

提 出 用

重要事項説明書

短期入所療養介護サービス（ショートステイ）

（2026年4月改訂）



特定医療法人 アガペ会

介護老人保健施設 若松苑

介護老人保健施設 若松苑 短期入所療養介護（ショートステイ）のご案内

（2026年4月1日改定）

1. 施設の概要

（1）施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設 若松苑
- ・開設年月日 平成7年3月23日
- ・所在地 沖縄県中頭郡北中城村字大城327番地
- ・電話番号 098-935-5858 ・ ファックス番号 098-935-5807
- ・管理者名 涌波 淳子
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（4751280084号）

（2）介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と介護などの介護保健施設サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるように支援します。

また、利用者の方が自宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所介護といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

《介護老人保健施設 若松苑の運営方針》

利用者の自立と在宅復帰を達成するために、明るく家庭的な雰囲気をもつ、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行う。

（3）施設の職員体制 サービスにあたっては、下記の職種で配置体制を行い、実施いたします。

職種	・医師	・薬剤師	・看護職員	・介護職員
	・支援相談員	・理学療法士	・作業療法士	・言語聴覚士
	・管理栄養士	・介護支援専門員	・歯科衛生士	

（4）入所定員等

- ・定員 100名
- ・療養室 4人室（22）、2人室（3）、個室（6）

通常の事業の実施地域

通常の実施地域は、下記の区域とする。

北中城村・中城村・宜野湾市（一部地域）・沖縄市（一部地域）・北谷町（一部地域）

※その他の地域は、要相談。

2. サービス内容

短期入所療養介護（以下ショートステイ）は、居宅介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただくことにより、利用者の療養生活の質の向上及び利用者のご家族の介護負担の軽減を図ることを目的としています。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、短期入所療養介護計画（ケアプラン）が作成されますが、その際、利用者やご家族の希望を十分に受け入れ、また、計画の内容については同意をいただいております。

サービスの種類	内 容	備 考
食 事 おやつ	<p>食事及びおやつ(経管栄養含む)は医師の指示により、栄養士の管理の下で1日3食提供致します。</p> <p>食事は基本的に食堂でおとりいただきます（経管栄養の方は朝のみベッド上で行います）。</p> <p>週間献立を各階に掲示しております。ご希望の方はお申し出下さい。</p> <p>朝食：午前 8時～午前9時 昼食：午後12時～午後1時 夕食：午後 6時～午後7時</p>	

入浴	基本的には週2回(1泊2日のみ1回)実施致します。	
医学的管理と看護	外来主治医の診療情報を基に、当施設の医師・看護師がご本人の状態に照らして、適切な医療・看護を行います。ただし利用期間中、当施設では行えない検査・治療が必要となった場合には、医療機関に受診・入院していただく場合があります。病状について詳しくお聞きになりたい場合は、お気軽に職員のほうにお申し出下さい。	
介護	当苑では、ご利用者が現在持っている能力を引き出し、かつ、その能力を維持することができるよう、認知症・看取り等、個々の状態に合わせた専門的ケアを施設サービス計画書（ケアプラン）に基づき、多職種で行なっております。	
個別リハビリ	当苑では、自立支援、重度化の予防、住宅復帰・支援を目標に、個別のリハビリテーション実施計画書を作成し、その内容に基づいた生活リハビリを提供しております。個別リハビリの依頼のある方においては、リハ職員のリハビリを行います。	
主な活動	各種レクリエーション、礼拝、苑外活動(現地でのおやつ代など、実費となる場合があります) 喫茶室（※有料1回200円） 誕生会・保育園児との交流会 手作りオヤツ会・その他季節の行事など	(フロアにより実施していない活動もあります)
送迎	専用車による送迎サービスがございます。(有料) ご希望の方はお申し出下さい。	曜日や時間帯、お住まい地域によってご利用戴けない事もございます。

3. ご利用料金

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として「介護保険負担割合証」に記載された割合分の金額をお支払い頂きます。ただし、介護保険の支給限度額を越えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 基本サービス費

【基本型】介護老人保健施設短期入所療養介護サービス費（I）

基本利用料 (1日につき)	従来型個室 (i)			多床室 (iii)		
	利用者自己負担			利用者自己負担		
	(1割)	(2割)	(3割)	(1割)	(2割)	(3割)
要介護1	753円	1,506円	2,259円	830円	1,660円	2,490円
要介護2	801円	1,602円	2,403円	880円	1,760円	2,640円
要介護3	864円	1,728円	2,592円	944円	1,888円	2,832円
要介護4	918円	1,836円	2,754円	997円	1,994円	2,991円
要介護5	971円	1,942円	2,913円	1,052円	2,104円	3,156円

【在宅強化型】介護老人保健施設短期入所療養介護サービス費（I）

基本利用料 (1日につき)	従来型個室 (ii)			多床室 (iv)		
	利用者自己負担			利用者自己負担		
	(1割)	(2割)	(3割)	(1割)	(2割)	(3割)
要介護1	819円	1,638円	2,457円	902円	1,804円	2,706円
要介護2	893円	1,786円	2,679円	979円	1,958円	2,937円
要介護3	958円	1,916円	2,874円	1,044円	2,088円	3,132円
要介護4	1,017円	2,034円	3,051円	1,102円	2,204円	3,306円
要介護5	1,074円	2,148円	3,222円	1,161円	2,322円	3,483円

加算の種類	利用者自己負担			
	(1割)	(2割)	(3割)	
夜勤職員配置加算	24円	48円	72円	円/日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円	44円	66円	円/日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18円	36円	54円	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6円	12円	18円	
個別リハビリテーション実施加算	240円	480円	720円	円/日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200円	400円	600円	円/日
認知症ケア加算	76円	152円	228円	円/日
緊急短期入所受入加算	90円	180円	270円	円/日
総合医学管理加算	275円	550円	825円	円/日
重度療養管理加算（要介護4・5に限る）	120円	240円	360円	円/日
送迎加算（片道につき）	184円	368円	552円	円/日
若年性認知症利用者受入加算	120円	240円	360円	円/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	51円	102円	153円	円/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	51円	102円	153円	
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3円	6円	9円	円/日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4円	8円	12円	
療養食加算（1日につき3回を限度）	8円	16円	24円	円/回
緊急時治療管理	518円	1,036円	1,554円	円/日
療養体制維持特別加算（Ⅰ）	27円	54円	81円	円/日
療養体制維持特別加算（Ⅱ）	57円	114円	171円	
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100円	200円	300円	円/月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円	20円	30円	
2026年6月より 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	各種サービス実施合計額の9.0%の料金 各種サービス実施合計額の9.7%の料金			円/月
2026年5月まで 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	各種サービス実施合計額の7.5%の料金			円/月

基本利用料は、厚生労働大臣が公示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面で知らせします。

(2) 加算 要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

(3) 別途料金

①滞在費・食費

利用者負担限度段階	1日あたりの滞在費		1日あたりの食費
	従来型個室	多床室	
第1段階	550円	0円	300円
第2段階	550円	430円	600円
第3段階①	1,370円	430円	(令和8年7月まで) 1,000円 (令和8年8月から) 1,030円
第3段階②	1,370円	430円	(令和8年7月まで) 1,300円 (令和8年8月から) 1,360円
第4段階	1,728円	437円	(令和8年7月まで) 1,650円 (令和8年8月から) 1,750円
食費	食事の提供を受けた場合（1回につき） （令和8年7月まで） 朝食：490円、 昼食：520円、 夕食：640円 （令和8年8月から） 朝食：520円、 昼食：550円、 夕食：680円		

②その他費用

おやつ代	おやつを提供を受けた場合、1食あたり80円（税込み）	
私物洗濯	1日あたり	200円（税込み）
病衣セット併用洗濯	1日あたり	150円（税込み）
理美容代	1回につき 1,800円～2,000円（税込み）	
日常生活費	※施設で準備する場合、1日あたり 130円（税込み） (タオル、ティッシュ、おしぼり、エプロン、歯磨き、歯ブラシ、 シャンプー、石鹸等) 利用者・ご家族等がご持参いただく場合は、日常生活費の負担はありません。 【 <input type="checkbox"/> 利用者・ご家族持込み ・ <input type="checkbox"/> 施設にて準備 】	
行事費・インフルエンザ予防接種代等、実費		

<ご請求と支払い方法>

1) ご請求方法

- ① 毎月 10 日から 13 日に、前月分の請求書を郵送いたします。（お手元には郵送後 3 日頃配達されます）
※届いた月の月末までにお支払いお願いいたします。
- ② 郵送を望まない方はお電話又は受付窓口にてお問い合わせください。
- ③ ペーパーレス化や効率化の推進を目的としてこれまで郵送にて送付してございました請求書の発行を電子請求書へと切替えさせていただいております。

2) お支払い方法は次の 3 方法からお選び下さい。

- ① 直接「若松苑事務課受付窓口」にて、現金もしくはキャッシュカード・クレジットカードによるお支払い。

※ 窓口は、月曜日から金曜日（祝日を除く）の午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分
（毎月第 3 土曜日のみ午前 8 時 30 分から午後 12 時 30 分）

- ② お振込みによるお支払い。

※ 請求書に記載してあります弊苑の銀行口座にお振込み下さい。（恐れ入りますが、振込み手数料はご利用者様のご負担となりますので、ご了承願います。）

- ③ご利用者様の金融機関口座からの引落とし。

※ 「若松苑事務課受付窓口」にて、「預金口座振替依頼書」を準備しておりますので、事前にお立寄り戴き、お手続きをお願い致します。

4. 協力医療機関等（当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいております。）

- ・ 協力医療機関
 - ：北中城若松病院 （北中城村字大城 3 1 1）
 - 宜野湾記念病院 （宜野湾市字志真志 1 8 3）
 - 中部徳洲会病院 （北中城村字比嘉 8 0 1）
- ・ 協力歯科医療機関：比嘉歯科医院 （宜野湾市新城 1 - 3 6 - 1）
- しらゆり歯科 （宜野湾市志真志 1 - 1 - 2 1 F）

5. 施設利用に当たっての留意事項

面 会	面会時間：午後 2 時～午後 4 時
外 出	外出をご希望の際は、外出届けの記入が必要です、必ず職員にお申し出下さい。
外出時施設外での受診について	外出時に具合が悪くなった場合は、まずは当施設のほうにご連絡下さい。 なお、当施設以外で外来受診する場合や特定の医療機関の受診を希望される場合は、当苑の医師の紹介状が必要ですので、必ずお申し出下さい。
高齢者の特徴とその危険性のご理解について	一般的に、加齢に伴い転倒や誤嚥の危険性が高くなります。 別紙「高齢者の特徴について」をご参照下さい。
居室・設備器具のご利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。不適切な利用により破損などが生じた場合、弁償していただくことがあります。 携帯電話は医療機器やペースメーカーへの影響が懸念されますので、指定の場所でご使用下さい。 利用者の心身状況に応じて居室を移動することがございますので、ご了承ください。
喫煙・飲酒	基本的には、施設も含め敷地内は禁煙です。 但し、高度の認知症やターミナルケア上必要な場合は、医師の許可の下、指定された場所で喫煙いただけます。 飲酒は、家族参加のカンファレンスにて決定し、介護サービス計画書(ケアプラン)に基づいて実施致します。
火気の取り扱い	いかなる場合でも施設および敷地内での火気取り扱いは厳禁です。
所持品管理	義歯、眼鏡、補聴器、指輪などご利用者の私物は、ご利用者及びご家族の責任で管理をお願い

	いたします。万一紛失、汚損されても、本施設では責任を負いかねます。 別紙「衣類の持ち込みについてのお願い」の説明文に沿った管理を行います。
現金・貴重品の管理	当施設で現金・貴重品の管理は致しませんので、利用者およびご家族等で責任を持って管理をお願い致します。
宗教活動 政治活動 営利活動	施設内での利用者やそのご家族、当施設職員に対する宗教活動・政治活動・営利活動は固くお断り致します。 ※ 当施設では、ケアのプログラムの一環としてキリスト教の礼拝を行っております。希望されない方はお申し出下さい。
ペット (動物飼育)	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断り致します。

6. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓
- ・ 防災訓練 年2回

7. ご意見・ご要望などの申し立て窓口

当施設のサービスについてのご意見やご要望、ご質問等は、当施設医療福祉相談課までお気軽にご相談下さい。又、各階(1階事務所横・2階入りロカウンター・3階入りロカウンター)にご意見箱を設置しておりますので、ご利用下さい。

なお、解決が困難な苦情を適切に解決する公正・中立な第三者機関として、沖縄県社会福祉協議会内に「沖縄県福祉サービス運営適正化委員会」が設置されております。

※ 沖縄県福祉サービス運営適正化委員会：電話 (098) 860-2866

8. HBV・HCV・HIVの検査について

採血時等の職員自身の針刺し等への対応の為、早急に血液検査が必要な場合には、速やかに検査を行うことをご了承ください。

血液検査の項目は、B型肝炎ウイルス(HBV)、C型肝炎ウイルス(HCV)、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)となっております。

9. その他

<利用の際必要となる手続き>

- できる限り事前に施設の見学をしていただきます。
- 重要事項説明書(本書)・契約書を基に担当者より説明を受けていただき、十分ご理解いただいた上で同意のサインを戴きます。また「連絡先」への記入もお願い致します。
- 利用当日までに、当施設で使用する物(洋服や薬など)を準備していただきます(別紙参照)。
- 利用当日に、介護保険被保険者証(お持ちの方は介護保険負担限度額認定証も)・健康保険被保険者証を受付に提示いただきます。

<介護保険の手続きについて>

- 介護保険は、その要介護度認定に対する有効期間が設けられています。更新手続きは有効期間内に確実に手続きを行ってください。
- 手続きされなかった場合は無保険者となり、ショートステイはご利用いただけません。
- 利用者の住民票が別の市町村に移った場合、転入先の市町村でも介護保険の所定の手続きが必要となります。手続きされない場合無保険扱いになりますので、手続きは確実に行うとともに当施設のほうに住所が変更となった旨ご連絡ください。
- 利用者が属する世帯の課税状況や年金額によって、食費や滞在費などの減額制度がご利用できます。但し、自己申告制となっておりますので、各市町村の介護保険窓口で手続きしてください。なお、お手元に「介護保険負担限度額認定証」が届きましたら当苑事務所にご提示ください。提示がない場合は減額することができません。
- 当苑を含め介護保険施設では、身体障害者手帳に基づく重度心身医療費助成はご利用いただけません。

<緊急時の連絡先>

- 緊急時は、「連絡先」にご記入戴いた順序でご連絡致しますので、連絡先及びその順序に変更などがありましたら、職員までお知らせ下さい。
また、発熱が続いているなど体調不良時は随時連絡致します。

<医療機関への受診について>

- 当施設の医師の判断により、医療機関への受診が必要な場合があります。その際はご家族の付添いが必要になりますのでご協力お願いします。

<利用までの流れ>

利用申し込み → 実態調査 → 利用判定会議 → 利用

<個人情報の保護について>

- 当施設では「個人情報の保護に関する法律」に基づき、利用者の個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでおります。個人情報の利用目的については別紙「個人情報の保護について」のパンフレットをご覧ください。
 - 見守りシステムの画像は、データとして記録され万一、転棟・転落等の事故が発生した場合の原因究明及び再発防止に活用します。
 - 面会簿は、設置しておりませんのでご面会の際は、1階窓口に設置してあります、ご面会票にご記入の上、面会箱へご提出下さいますようお願い致します。
 - なお、当施設では安全確保・事故防止・面会者の利便性の観点から以下のような対応をしております。
 - * 初回利用の際に顔写真を撮り診療録に添付しております。
 - * 居室入り口やベッドサイド、車椅子、食堂テーブルには名札付けをしております。
 - * 与薬時には顔写真とお名前を呼ぶことでご本人の確認をしております。
 - * 直接来苑された面会者が、利用者の居室を訪ねられた場合はご案内しております(電話でのお問い合わせにつきましては、利用の有無も含めお答えしておりません)。ご了承下さい。
 - * 電話・窓口での施設利用料の金額の問い合わせにはお答えしております。
- 上記のうち、同意し難い事項がありましたら、その旨お申し出ください(その際は別紙「個人情報に関する要望」にご記入いただきます)。お申し出がない場合は同意いただけたものとして取り扱わせていただきます。

20 年 月 日

私は、重要事項について説明を致しました。

説明者：介護老人保健施設 若松苑 医療福祉相談課

氏名 _____

私は、重要事項の説明を受け、内容を理解し承認しました。

利用者 氏名 _____

住所 _____

代筆者 氏名 _____

続柄()

保護者 氏名 _____

続柄()

住所 _____

※厚生労働省の通知に基づき重要事項説明書や契約書等の押印は、原則不要となりました。