

介護老人保健施設すいれん 介護予防短期入所療養介護 重要事項説明書

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 川福会
法人所在地	大阪府東大阪市出雲井本町3番25号
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 吉田 悟
電話番号	072-985-7771

2 ご利用施設

施設の名称	介護老人保健施設 すいれん
介護保険指定	大阪市指定
事業者番号	第2759280049号
施設の所在地	大阪府大阪市鶴見区諸口6丁目15番74号
管理者名	藤本 一郎
電話番号	06-6115-9002
FAX番号	06-6115-9005

3 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

介護予防短期入所療養介護は、要支援状態と認定された利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るために、介護予防短期入所療養介護サービスを提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

- 一 当施設では、利用者の心身の状況、病歴を踏まえて、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、介護予防短期入所療養介護計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行い、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- 二 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めるとともに、常に利用者の家族との連携を図ります。
- 三 前2項のほか、「指定介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する基準（平成11年厚生労働省令第40号）」第25条に定める内容を遵守し、事業を実施します。

4 施設の概要

(1) 構造等

建 物	構 造	鉄骨造4階建（耐火建築）
	利用定員	100名から利用予定日の実入所者数を引いた数

(2) 居 室

個 屋	4 室	4 人部屋	2 4 室
-----	-----	-------	-------

(注) 指定基準は、居室1人当たり 8㎡

(3) 主な設備

設 備	室 数
食堂	2 室
機能訓練室	1 室
個浴	4 室
談話室	2 箇所
診察室	1 室

設 備	室 数
レクリエーション室	1 室
理美容室	1 室
機械浴室	1 室
相談室	1 室
薬局	1 室

5 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	人 員	業務の内容
管理者（医師）	1 名	運営管理全般・従業者の総括管理、利用者の状況に応じた日常的な医学的対応を行う。
看護職員	10 名以上	医師の指示に基づく医療行為、利用者の施設サービス計画に基づく看護を行う。
介護職員	24 名以上	利用者の施設サービス計画に基づく介護を行う。
支援相談員	1 名以上	利用者及びその家族からの相談の対応、レクリエーション等の計画、指導を行う。
理学（作業）療法士	1 名以上	リハビリテーションプログラムの作成、機能訓練の実施並びに指導を行う。
管理栄養士	1 名以上	献立の作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等利用者の食事管理を行う。
介護支援専門員	1 名以上	利用者の施設サービス計画の原案の作成、要介護認定更新の申請手続きを行う。
事務員	1 名以上	一般事務及び庶務を行なう。

6 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 （食事時間） 朝食 8：00～ 8：30 昼食 12：00～12：30 夕食 18：00～18：30
医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の病状にあわせた医療・看護を提供します。 ・医師による定期診察は週に1回行いますが、それ以外でも必要がある場合には適宜診察いたします。 （ただし、当施設で行えない検査や処置、あるいは病状が著しく変化した場合は、他の医療機関での治療になります。）
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・療法士による機能訓練を利用者の状況にあわせて行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回の入浴を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。なお、入浴日に入浴しない方は、清拭を行います。
離床、着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・身の回りのお手伝いをします。 ・シーツ交換は、週1回行います。
娯楽等	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月、誕生会を行います。 ・当施設では、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション・行事を企画します。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用者及びそのご家族からのご相談に応じます。 ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及びご家族の依頼があれば、代わりに行います
送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状態、ご家族等の事情から見て送迎を行うことが必要な場合、送迎を行います。但し、通常の送迎の実施地域は大阪市内・東大阪市・大東市とします。

7 衛生管理

サービスに供する施設、食器その他の設備、また飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、事業所において感染症が発生、もしくは感染症がまん延しないように必要な措置を講じるとともに、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

8 秘密の保持

施設とその職員は、業務上知り得た利用者、利用者の家族または身元引受人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当施設は、利用者、利用者の家族または身元引受人から、予め同意を得た上で行うこととします。

- 一 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- 二 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

9 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> ・面会時間は、午前9時～午後8時 ・来訪者は、面会時間を遵守し、必ず受付に備え付けの「面会簿」に記入をしてください。
外出	<ul style="list-style-type: none"> ・外出の際は、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
他の医療機関への 受診	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関の受診については、当施設の医師が必要と判断した場合であり、原則として当施設の紹介状が必要となります。 受診された場合、一部負担金が発生する事があります。
居室・設備・器具 の利用	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合がございます。
喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ・健康増進法により第一種施設は原則敷地内禁煙となっている為、施設での喫煙はご遠慮下さい。 ・飲酒はできません。
迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none"> ・騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。

金銭管理	・原則として、金銭管理は、ご家族または身元引受人、代理人でお願いいたします。また、施設への金銭の持ち込みは一切お断りいたします。
宗教活動・政治活動	・施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	・施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

10 協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人盛和会 本田病院
所在地	大阪府大阪市鶴見区鶴見 4-1-30
電話番号	06-6939-6251
診療科	内科 消化器内科 循環器内科 整形外科 外科 脳神経外科
入院設備	ベッド数 100床

医療機関の名称	医療法人仁和会 和田病院
所在地	大阪市鶴見区横堤 3-10-18
電話番号	06-6911-0003
診療科	整形外科 外科 内科 放射線科 神経内科 リハビリテーション科 循環器内科 肛門科
入院設備	一般病床 31床 地域包括ケア病床 15床 医療療養型病床 20床

医療機関の名称	医療法人藤井会 大東中央病院
所在地	大東市大野 2丁目1番11号
電話番号	072-870-0200
診療科	内科 外科 整形外科 脳神経外科 泌尿器科 皮膚科 耳鼻咽喉科 放射線科 麻酔科 リハビリテーション科 リウマチ科
入院設備	ベッド数 117床

11 協力歯科医療機関

名称	医療法人 たに歯科医院
院長名	院長 播磨 宏真
所在地	大阪市平野区加美鞍作 1-4-5
電話番号	06-6793-4409

1.2 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設ご利用相談窓口	苦情解決責任者 運営部長 苦情受付担当者 支援相談員 受付時間 毎日午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 06-6115-9002 意見箱（玄関受け付けカウンターに設置）
大阪市福祉局高齢者施策部 介護保険課指定・指導グループ	住所 大阪市中央区船場中央3丁目1番7-331 電話 06-6241-6310 受付時間 午前9時～17時30分（土曜日、日曜日、祝日及び12月29日から翌年1月3日までは除く）
鶴見区役所保険福祉課相談窓口	住所 大阪市鶴見区横堤5丁目4番19号（鶴見区役所1階） 電話 06-6915-9859 受付時間 午前9時～17時（土日・祝日休業）
大阪府国民健康保険団体連合会	住所 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 電話 06-6949-5418 受付時間 午前9時～17時（土・日・祝日休業）
第三者委員会	第三者委員 栗山 武彦 電話 06-6781-3226 玉置 善春 電話 072-872-8394

苦情の解決方法

一 苦情の受付は面接、電話および書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けします。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることも出来ます。

二 苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申し出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申し出人に対して、報告を受け付けた旨を通知します。

三 苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申し出人は第三者委員の助言や立合いを求めることが出来ます。なお、第三者委員の立合いによる話し合いは以下ようになります。

ア 第三者委員による解決案や調整、助言

イ 話し合いの結果や改善事項の確認

受付時間 毎週月曜日～土曜日（日・祝休み） 午前9時～午後5時

1.3 身体拘束について

当施設は、原則として身体拘束は行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、利用者本人または他人の生命、身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者または利用者の代理人（家族や後見人等）に説明し同意を得て、身体拘束委員会において、次に掲げることに留意した上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び様態等についての記録を行います。

- (1) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
- (2) 非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りです。
- (3) 一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1.4 虐待の防止

施設は契約者の人権を擁護し、虐待の防止の為に、以下に掲げる必要な措置を講じます。

一 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止による責任者 (管理者) 藤本 一郎

二 成年後見制度の利用を支援します。

三 虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。

四 従業者に対して虐待防止の啓発・普及を目的とした研修を実施しています。

五 虐待もしくはその疑いがあると判断したケースについては、速やかに市町村への報告を行いません。

養介護施設従業者による高齢者虐待に関する相談窓口

大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課指定・指導グループ

電話：06-6241-6310 (平日 9 時 00 分から 17 時 30 分)

1.5 サービス従業者の禁止行為

当施設とその職員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書などの預かり
(ただし、やむを得ず金銭等を預かる場合は、預り証を交付するなど当法人の「利用者預り金等管理規程」等に従います。)
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

1.6 事故発生時の対応

当施設は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかに市町村、利用者の家族等、当該利用に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当施設はすみやかに利用者の損害を賠償します。ただし、当施設に故意過失がない場合にはこの限りではありません。なお、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることもあります。

当施設は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険会社
保険名	介護老人保健施設総合補償制度

17 非常災害時の対応

非常時の対応	「介護老人保健施設すいれん 消防計画」にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等防災設備	「介護老人保健施設すいれん 消防計画」にのっとり年2回（内1回は、夜間又は夜間想定）避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	8個所
	非難階段	2個所	非常通報装置	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ報知機	あり
	誘導灯	17個所	非常用電源	あり
	カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
防火管理者	増田 育久（運営部長）			

18 利用者の解約権

利用者は当施設に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合は、7日以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日にこの契約は解除されます。なお、当施設が、介護保険法等関連諸法令及び本契約に定める債務を履行しなかった場合または不法行為を行った場合には、利用者は当施設に対し、いつでもこの契約の解除を申し入れることができます。この場合は、申し入れ時に契約解除となります。

19 当施設の解除権

当施設は、利用者が次の各号に該当する場合には、1週間以上の予告期間をもってこの契約を解除することができます。ただし、第一号に該当する場合のみ1ヶ月以上の予告期間をもってこの契約を解除することができます。

- 一 利用者が正当な理由なく、利用料その他利用者が当施設に対し支払うべき費用を3ヶ月以上滞納したとき。
- 二 利用者の行動が、他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、当施設において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- 三 利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺をするおそれが極めて大きく、当施設において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- 四 利用者が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。

20 契約の終了

次の各号に該当する場合は、本契約を終了します。

- 一 当施設サービス利用契約書第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日以上前までに利用者から更新拒絶の申し入れがあり、かつ契約期間が満了したとき。
- 二 要介護認定の更新において、利用者が自立と認定されたとき。
- 三 利用者において、介護予防短期入所療養介護サービス提供の必要性がなくなったとき。
- 四 利用者について病院または診療所に入院する必要が生じ、その病院または診療所において利用者を受け入れる態勢が整ったとき。
- 五 利用者について他の介護保険施設への入所が決まり、その施設において利用者を受け入れる態勢が整ったとき。
- 六 利用者が死亡したとき。

21 契約終了後の退所と清算

- 一 このサービス利用契約後、利用者はただちに本施設を退所します。
- 二 契約期間中に契約が終了した場合、サービス未給付分について当施設がすでに受領している利用料があるときは、当施設は利用者に対し相当額を返還します。
- 三 この契約の終了により利用者が本施設を退所することになったときは、当施設はあらかじめ利用者の受け入れ先が決まっている場合を除き、居宅介護支援事業者またはその他の保険機関、医療機関、若しくは福祉サービス機関等と連携し、利用者の生命・健康に支障のないよう円滑な退所のために必要な援助を行います。

22 利用料金表

介護保険制度では、原則として料金表の1割負担分が利用者の負担額となります。ただし、一定以上の所得のある65歳以上の利用者は自己負担が2割もしくは3割になります。

介護保険適応の場合でも、保険料の滞納により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払い下さい。

領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要になります。

※ 一定上の所得とは本人の合計所得金額が160万円以上で、年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で280万円以上、2人以上の世帯で346万円以上の所得金額をいいます。

※

介護予防短期入所療養介護費（1日につき）

多床室（4人部屋）					
要支援	単位数	利用料金	利用者負担額		
要支援 1	613	6,571円	658円	1,315円	1,972円
要支援 2	774	8,297円	830円	1,660円	2,490円
個室（1人部屋）					
要支援	単位数	利用料金	利用者負担額		
要支援 1	579	6,206円	621円	1,242円	1,862円
要支援 2	726	7,782円	779円	1,557円	2,335円

加算 (1日につき)

種 類	単位数	利 用 料	利用者負担額		
送迎加算 (片道)	184	1,972円	198円	395円	592円
夜勤職員配置加算	24	257円	26円	52円	78円
※1 サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	235円	24円	47円	71円
※1 サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	192円	20円	39円	58円
※1 サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	64円	7円	13円	20円
療養食加算 (1食)	8	85円	9円	17円	26円
個別リハビリテーション実施加算 (1回につき)	240	2,572円	258円	515円	772円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (Ⅰ)	51	546円	55円	110円	164円
総合医学管理加算 (1回/日)	275	2,948円	295円	590円	885円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に7.5%を乗じた単位数				

※サービス提供体制強化加算については、介護職員の内、介護福祉士の割合に応じて変動します。

介護保険給付対象外のサービス

区 分	利 用 料
食事の提供に要する費用	・食事を提供した場合の費用として、朝食313円、昼食668円、夕食464円を負担していただきます。 (1日合計1,445円) ※1
おやつ代	・1回 100円 ※1
滞在に要する費用	・1日 4人部屋650円 1人部屋 1,668円 ※1
日用品費	・ティッシュ、ボディソープ、おしぼり、ウェットティッシュ、ハンドソープ、入れ歯洗浄剤等 1日150円
教養娯楽費	・色紙、画用紙、半紙、絵具、色鉛筆、クレヨン、のり、テープ、筆、ハサミ、写真プリント代等 1日100円
洗濯サービス	・1日につき、200円 ・洗濯物は、乾かした後、お部屋までお持ちします。
理容・美容サービス	・理容、美容サービス 1回 2,000円
レクレーション費	・レクレーションに要した費用の実費相当額

※1 市町村等に申請を行い、認定証の交付を受けた方は、次の1～5のようになります

(1日にあたり)	食 費	居住費 (多床室)	居住費 (個室)
1. 生活保護法による被保護者、老齢福祉年金受給者	300円	0円	490円
2. 市町村民税非課税世帯で年間収入額が80万円以下の方	600円	370円	490円
3. 市町村民税非課税世帯で年間収入額が80万円超120万以下	1,000円	370円	1,310円
4. 市町村民税非課税世帯で年間収入額が120万円超	1,300円	370円	1,310円
5. 市町村民税課税世帯の方	1,545円	650円	1,668円

キャンセル料

利用者の都合でサービスの利用を中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、病状の急変など、緊急やむを得ない場合は不要です。

利用当日の午前8時までにご連絡いただいた場合	無 料
利用当日の午前8時以降にご連絡いただいた場合 及びご連絡が無かった場合	介護予防短期入所療養介護費の自己 負担相当額

※2 介護保険適用範囲内のサービスにおいて、全て消費税は非課税となりますが、介護保険適用範囲外のサービスのうち「利用者の選定によるサービス及び日常生活用品等の購入費」は消費税を課税いたします。

2.3 料金のお支払い

利用料金・費用および施設が立替えた額などは1ヶ月ごとに計算いたしますので、合計額を利用月の翌月末までに、以下のいずれかの方法でお支払いください。

(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、入所日数に基づいて計算した金額といたします)

(ア) 利用者指定の金融機関口座から自動振替 (毎月20日引落とし)

(イ) 下記指定口座への振り込み (振込手数料は利用料を支払う方が負担してください)

三菱UFJ銀行 小阪支店 普通預金 0146680

口座名義人；社会福祉法人川福会 すいれん拠点区分 会計責任者 増田 育久

(ウ) 現金支払い

なお、できるだけ(ア)または(イ)によるお支払いをお願いいたします。

(ア)の場合、「預金口座振替依頼書」をご提出いただきます。手数料は無料です。

その初回の手続きや書類不備の場合または資金不足などにより口座引落しができなかった場合、2ヶ月分以上の利用料をまとめて引落としさせていただく場合がありますので、資金のご準備および残高のご確認をお願いいたします。

ただし、口座振替できないことが3ヶ月以上続いた場合、お振込みなどをお願いする場合があります。お振込みの場合、振込人名義は利用者ご本人のお名前にしてください。また、3ヶ月以上費用を滞納されますと契約解除になる場合がございますので、ご注意ください。

お支払いの確認をいたしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)領収書の再発行は致しかねます。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和____年____月____日

事業者乙	住所	大阪府東大阪市出雲井本町3番25号
	事業者(法人)名	社会福祉法人 川福会
	法人代表名	理事長 吉田 悟
	事業者名	介護老人保健施設 すいれん
	(事業者番号)	2759280049
	管理者名	藤本 一郎

説明者	職名	
	氏名	印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和____年____月____日

利用者	住所	_____
	氏名	印

利用者の家族等	住所	_____
	氏名	印 続柄_____