

社会医療法人愛仁会 介護老人保健施設ひまわり

指定（介護予防）短期入所療養介護  
重要事項説明書

様

---

## 指定（介護予防）短期入所療養介護 重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）様が利用しようと考えている指定（介護予防含む）短期入所療養介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、次のとおり説明させていただきます。ご不明な点がございましたら、遠慮なく、ご質問してください。

なお、文中ではあなた様を「利用者」、ご家族様を「家族」と表示していますので、ご了承ください。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成 24 年大阪府条例第 115 号）、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」（平成 24 年大阪府条例第 116 号）の規定により、施設サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

### 1. 開設者の名称及び所在地等について

名称・法人種別	社会医療法人 愛仁会
代表者名	理事長 高岡 秀幸
所在地	大阪府大阪市西淀川区福町三丁目 2 番 39 号
法人設立年月日	1958 年 11 月 1 日

### 2. 事業の目的及び運営方針

#### (1) 事業の目的

介護老人保健施設ひまわりにおいて実施する指定（介護予防）短期入所療養介護事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、施設の医師、以下各専門職等が、要介護状態の利用者に対し、適切な指定（介護予防）短期入所療養介護を提供する事を目的とする。

#### (2) 運営方針

- 指定（介護予防）短期入所療養介護の提供にあたっては、要介護状態（要支援状態）の利用者に、心身の状況、病歴を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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（支援）を行うことにより、利用者の療養生活の質の向上及び心身の機能の維持回復、又、家族の身体的及び精神的負担の軽減や要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
- 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
- 利用者の意思及び人格を尊重し常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。
- 利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療・福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
- 利用者が指定（介護予防）短期入所療養介護の利用後においても、利用前と同様のサービスを受けられるよう、居宅介護支援事業者その他保健医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携によ

り利用者が継続的にサービスを利用できるよう必要な援助に努めるものとする。

### 3. 事業所の概要

#### (1) 名称・所在地等

施設の名称	社会医療法人愛仁会 介護老人保健施設ひまわり
施設長の氏名	磯島 さおり
所在地 連絡先	大阪府茨木市南春日丘7丁目9番18号 電話 072 (621) 2691 FAX 072 (621) 2734
介護保険指定番号	大阪府指定 (第 2754280077 号)

#### (2) 構造等の概要

建物	構造	鉄筋コンクリート造3階建(耐火構造)
	延べ床面積	3752.11 m <sup>2</sup>

#### (3) 居室及び主な設備の概要

療養室 共用部分	療養室	100床
	個室	12室
	多床室(2人部屋)	8室
	多床室(4人部屋)	18室
	食堂 / 談話室 / レクリエーションルーム / 浴室	
共有部分	診察室 / 機能訓練室	

#### (4) 通常を送迎の実施地域

茨木市、吹田市・豊中市・箕面市の一部の地域
-----------------------

#### (5) 当事業所の従業者の体制

職名	業務内容	基準 人員数	実配置 人員数
医師	日常的な医学管理	1	1
薬剤師	調剤、服薬指導、薬剤保管管理		0.7
看護職員	看護(投薬・検温・血圧測定等の医療行為) 施設サービス計画の作成補助	10	13.5
介護職員	施設サービス計画に基づく介護 (入浴・排泄・オムツの取替え・着替え等の介助)	24	30
支援相談員	生活相談、レクリエーション計画、市町村との連携 ボランティアの指導	1	3
理学療法士	リハビリテーション実施計画の作成、機能回復訓練	2	6
作業療法士			
言語聴覚士			
管理栄養士	栄養ケアマネジメント、献立作成	1	1.9
介護支援専門員	施設サービス計画の作成、要介護認定の申請支援	1	1
事務員	庶務、会計、施設の保安全管理、委託業者への指示管理		4

#### 4. 指定（介護予防）短期入所療養介護の内容

項目	対象	具体的内容
医療及び看護	全利用者共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期診察（週 1 回）</li> <li>・緊急時の医療対応</li> <li>・血圧測定、検温等による日常健康チェック</li> <li>・服薬管理</li> <li>・病状急変時の医療機関との連携</li> </ul>
医学管理下における介護	全利用者共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間を通じて週 2 回以上の入浴又は清拭</li> <li>・排泄介助</li> <li>・適時適切なオムツ交換</li> <li>・寝たきり防止のための離床促進</li> <li>・生活リズム維持のための毎朝夕の着替え介助</li> <li>・清潔な寝具の提供</li> <li>・シーツ、包布、枕カバーの週 1 回の定期交換</li> <li>・寝具汚染時の適時交換</li> </ul>
食事の提供及び栄養管理	全利用者共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士の管理の元、利用者の身体状況及び栄養に配慮</li> <li>・食事時間 朝食 08:00～ おやつ 15:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～</li> <li>・食事の自立支援</li> <li>・栄養食事相談の実施</li> <li>・栄養状態や口腔衛生の管理</li> </ul>
機能回復訓練	全利用者共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーション実施計画に基づき、週 2 回以上の機能訓練の実施</li> </ul>
相談及び援助	全利用者共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援相談員による入所時の相談及び援助</li> <li>・入所中のサービス提供に関する相談及び援助</li> <li>・在宅復帰の相談及び援助</li> <li>・退所後の相談及び支援</li> </ul>
教養・娯楽	全利用者共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「朗らか」で「個性豊かな」に過ごすことができるように適宜レクリエーションの企画 季節行事（誕生日会 月 1 回 花見、夏祭り、運動会年 1 回 クラブ活動（書道、華道、茶道、料理 カラオケ、詩吟、手芸）</li> </ul>
理美容サービス	全利用者共通	原則実費で月 1 回～ 2 回実施
送迎サービス	全利用者共通	利用者の心身の状態、ご家族等の事情を考慮し、送迎を行うことが必要な場合に実施

#### 5. 協力医療機関

当事業所は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関または歯科医療機関での診察を依頼することがあります。

医療機関	病院名	社会医療法人愛仁会 井上病院
	所在地	吹田市江の木町 16-17
	電話番号	06 (6385) 8651
	診療科名	内科・外科・整形外科・レントゲン科・泌尿器科・眼科
	入院設備	有
歯科	病院名	医療法人 ムーミン歯科
	所在地	寝屋川市緑町 18-13

	電話番号	072 (834) 2401
	入院設備	無

## 6. 利用料金（利用料金表は別紙参照）

### （1）介護保険給付サービスについて

- ①介護保険制度では、要介護（要支援）認定により利用料金が異なります。
- ②介護保険での給付の範囲を超えた利用料金は、全額が利用者の自己負担となります。
- ③要介護（要支援）認定を受けていない場合は、利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。その場合、利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書と領収書を交付します。認定を受けられた後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

### （2）要介護（要支援）認定に係わらず、加算される自己負担分

- ①短期入所利用の中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに関わる費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。
- ②経済状況の著しい変化やその他のやむを得ない事由がある場合、利用者に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更します。
- ③利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他費用のお支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払い督促から30日以内に支払いがない場合は、サービス提供の契約を解除した上で未払い分をお支払いいただきます。

### （3）お支払い方法

ご指定の金融機関からのお引き落としとなります。毎月15日までに前月ご利用料の請求書を発行し、引き落とし日は請求書お渡し月（ご利用の翌月）の27日です。曜日により27日以降に変更となることがあります。お支払いを確認後に領収書を発行し、次月の請求書とともに送付いたします。

## 7. 事業所利用の手続き

### （1）利用手続き

- ①当事業所の支援相談員により、利用を希望する期間の初日の3ヶ月前から、短期入所相談受付を行います。
- ②必要書類（利用申込書、当事業所指定健康診断書、日常生活動作表）を提出していただきます。
- ③利用者及びご家族と面談させていただきます。
- ④当事業所の医師、看護師、介護福祉士、管理栄養士、理学療法士、支援相談員、介護支援専門員で短期入所判定を行います。
- ⑤後日、支援相談員より短期入所判定の結果等について連絡通知させていただきます。
- ⑥当事業所の短期入所にあたり重要事項の説明に同意をいただいた上で、契約を締結いたします。

### （2）当事業所からの契約解除

当事業所は、利用者及びご家族に対し、次に掲げる場合には本契約に基づくサービスを解除・終了することができます。

- ①利用者が要介護認定において自立と認定された場合。
- ②利用者の病状及び心身の状態が著しく悪化し、当事業所での適切な指定（介護予防）短期入所療養介護のサービス提供が困難と判断された場合。
- ③天災、災害等その他やむを得ない理由で当事業所をご利用いただくことが困難となった場合。
- ④利用者が他の介護保険施設に入所された場合。
- ⑤利用者が病院等の医療機関に入院された場合。
- ⑥利用者が死亡された場合。
- ⑦利用者が当事業所の従事者並びに他の利用者、又は、当事業所の設備並びに備品に対して、利用継

続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。

- ⑧利用者が、本契約に定める利用料金を2か月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合（極度額50万円）

## 8. 施設利用にあたっての留意事項

事項	内容
食事	栄養管理を施した食事を提供いたします。食べ物の持ち込みは、健康管理及び感染防止上、原則禁止とさせていただきます。
面会時間 面会方法	面会時間は午前9時～午後7時とします。 入館時に受付カウンター上の面会簿に必要事項をご記入いただきます。 ※感染症予防の対策の一環として、あらかじめお知らせいたしますが、面会を制限したり、お断りする場合がございますので、その際はご了承ください。
消灯時間	通年午後9時とします。
外出	各階サービスステーションにお申し出下さい。 所定の届出書に記載いただき、医師の許可により外出をしていただきます。
外出時の他科受診	施設側が事前に利用者のかかりつけ医を把握し、診療情報の共有を図ります。 緊急時は、施設側に連絡をしていただき、受診先と対応を図ります。
飲酒	栄養管理上、原則禁止とさせていただきます。
喫煙	健康管理上、原則禁止とさせていただきます。
火気の取扱い	防火管理上、原則禁止とさせていただきます。
設備・備品の利用	本来の使用法に従ってご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
所持品・備品等の持ち込み	収納スペースに限りがあるため、記名の上、必要最小限でお願い致します。 使い慣れた車イスや歩行補助器等は、各階サービスステーションにご相談下さい。 ※各居室のスペースに限りがありますので、所持品によってはご遠慮願ひ場合がございます。
金銭・貴重品管理	原則自己管理をしていただきます。多額な金銭及び貴重品は所持されないようにして下さい。
ペットの持ち込み	衛生管理上、原則禁止とさせていただきます。
私物洗濯	家族で対応をお願いします。施設へ依頼（有料）することもできます。
営利行為 宗教・政治活動	他の入所様にご迷惑がおよぶ行為・活動は一切禁止とさせていただきます。

## 9. サービス提供の記録

### (1) 作成・保存

利用者の指定（介護予防）短期入所療養介護サービスの提供に関する記録を作成し、サービスを提供した日（施設サービス計画にあっては当該計画の完了の日、市町村への通知に係る記録にあたっては当該通知の日）から5年間保存します。

### (2) 閲覧・開示

利用者ご自身に関する指定（介護予防）短期入所療養介護サービス実施記録を当法人規定にて閲覧できます。また、謄写を希望される場合、謄写にかかる実費をいただきます。

## 10. 身体拘束について

当事業所では、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合等、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、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、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、理由及び態様等についての記録を行います。

- ・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。
- ・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。
- ・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。

当施設では、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- ①身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従事者に周知します。
- ②身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ③介護職員その他の従事者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

### 1 1. 守秘義務の徹底

当事業所の職員及び委託業務職員は、業務上知り得た利用者又はご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様と致します。但し、次の各号の情報提供について、当事業所は利用者及びご家族から予め同意を得た上で行うこととします。

- ①指定（介護予防）短期入所療養介護サービスのための市町村、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を提供する場合。
- ②指定（介護予防）短期入所療養介護サービスの質の向上のための学会及び研究会等での事例研究発表等の場合。この場合、仮名等を使用し利用者個人を特定できないような対策を講じます。前項に掲げる事項は、契約終了後も同様の取り扱いとします。

### 1 2. 個人情報の提供

次のような状況の場合に、当事業所はその必要とする範囲内の個人情報の提供を行います。

- ①介護保険法令に従い、利用者のサービス計画に基づくサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において利用する場合。
- ②利用者が医療機関を受診する際、当該医療機関に対しての個人情報を提供する場合。
- ③契約終了によって、利用者を他の施設へ紹介する等の援助を行う際、当該施設に対して個人情報を提供する場合。
- ④利用者に対する外部の方からの所在確認及び面会等の問い合わせについては、応じさせていただきます。

### 1 3. 虐待の防止について

当事業者では、利用者等の人権擁護・虐待の防止等の為に次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ①虐待防止のための指針を整備し、虐待防止に関する責任者（療養科長）を選定しています。
- ②虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果を従業者に周知徹底します。
- ③成年後見制度の利用を支援します。
- ④苦情解決体制を整備しています。
- ⑤従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を年2回以上実施しています。
- ⑥介護者（家族）に対して、虐待防止を啓発・普及するための相談窓口を設置しています。各地域包括支援センター及び茨木市福祉部福祉総合相談課（072-655-2758）も相談窓口を設置しています。

#### 1 4. ハラスメント発生時の対応について

当事業所としてハラスメントの発生を把握した場合、ハラスメントの事実確認を行う、職員と具体的対応について話し合う場を設ける、職員に今後の対応を明確に示す、利用者・家族等と速やかに話し合いを行う等、再発防止策を検討します。

#### 1 5. 感染症及び食中毒発生の防止及び発生時の対応

- ①施設は、感染症及び食中毒が発生し又は蔓延しないように、施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備し、感染対策マニュアル及び食中毒予防対策マニュアルを定め、介護職員その他の従事者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための委員会及び研修を定期的実施します。その結果を従業者に周知します。
- ②施設は、入所者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、並びに衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。
- ③栄養士、調理師等厨房勤務者は、毎月1回、検便を行います。
- ④定期的に、鼠族、昆虫の駆除を行います。

#### 1 6. 事故発生の防止及び事故発生時の対応

- ①施設は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生防止のための指針を整備し、事故発生の防止のためのマニュアルを定め、介護・医療事故を防止するための委員会及び従事者に対する研修を定期的に行う。又、適切に実施するための担当者を置きます。  
利用者がサービス利用中に事故（転倒による骨折や飲食中の誤嚥等）が発生した場合、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。
- ②施設は、速やかに市町村、居宅介護支援事業者に連絡し、その状況等を記録します。
- ③施設は、利用者に対する指定（介護予防）短期入所療養介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【保険会社名】 東京海上日動火災保険株式会社

【保険名】 介護老人保険施設総合補償制度 補償内容：賠償事故補償制度

第1緊急連絡先	
氏名	様
住所	
電話番号	
続柄	
第2緊急連絡先	
氏名	様
住所	
電話番号	
続柄	

## 17. 非常災害対策

非常時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消防計画に基づき対応します。</li> <li>・火災及び地震の発生時のために、非常災害要員を定め、組織を編成し任務の遂行にあたります。</li> </ul>			
消防訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・防火教育及び消火・通報・避難訓練を年2回（うち1回は夜間を想定した）実施します。※火災以外の自然災害も想定</li> </ul>			
設備	消火	スプリンクラー設備	消火器	移動式消火設備
	警報	自動火災報知機設備	非常警報設備	
	避難	避難誘導灯	避難階段	
防火管理者	事務長			

## 18. 業務継続計画の策定等

- ①施設は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- ②施設は、介護従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年2回以上）に実施するものとする。
- ③施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

## 19. サービス内容に関する苦情相談窓口

### (1) 当事業所の苦情・相談窓口

窓口担当者	支援相談員
ご利用時間	月～金曜日 午前9時から午後5時 ※土、日、祝日は除く
ご利用電話番号	072-621-2691
面談場所	相談室
ホットメール	1階エレベーター前、2階エレベーター横

### (2) 行政等関係機関の苦情受付

茨木市健康医療部 長寿介護課	茨木市駅前 3-8-13 072-620-1639 受付時間 午前8時45分から午後5時15分
茨木保健所 地域保健課	茨木市大住町 8-11 072-624-4668 受付時間 午前9時から午後5時45分
大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室介護保険課	大阪市中央区常磐町 1-3-8 06-6949-5418 受付時間 午前9時から午後5時
大阪府福祉部 高齢介護室介護事業者課	大阪市中央区大手前 3-2-12 06-6944-7106 受付時間 午前9時から午後6時

※全て土、日、祝日は除く

## 20. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施あり	実施年月日	
	評価機関名称	
	結果の開示	
実施なし	現在、第三者評価を実施しておりませんが、提供するサービスの質の向上を図るために当施設では介護相談員の積極的な受入を実施しています。	

当事業者は、この重要事項説明書の内容について、次の者が説明を行いました。

年 月 日

<事業者>

事業者名 社会医療法人 愛仁会  
介護老人保健施設 ひまわり  
説明者職名 支 援 相 談 員

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、この重要事項説明書の内容を上記事業者から説明を受け、その内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

年 月 日

<利用者>

住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

<代理人様>

住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( \_\_\_\_\_ )

# 利用料金支払い同意書

重要事項説明書（料金表）に基づく介護保険対象サービス及び加算自己負担分  
その他の介護保険給付対象外サービスの請求に対しての支払いに同意します。

年 月 日

<利用者>

住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_

<代理人>

住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )