

重要事項説明書（介護老人保健施設サービス）

あなたに対する介護老人保健施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令40号5条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

| | |
|------------|----------------------|
| 事業者の名称 | 医療法人 敬英会 |
| 主たる事務所の所在地 | 大阪府大阪市大正区鶴町二丁目15番18号 |
| 法人種別 | 医療法人 |
| 代表者の氏名 | 光山 誠 |
| 電話番号 | 06-6553-6666 |

2. ご利用施設

| | |
|-----------|----------------------|
| 施設の名称 | 介護老人保健施設さくらがわ |
| 施設の所在地 | 大阪府大阪市浪速区桜川四丁目10番13号 |
| 介護保険事業者番号 | 27, 5, 43, 8001, 8 |
| 施設長の氏名 | 岩阪 可織 |
| 電話番号 | 06-6567-4165 |
| ファクシミリ番号 | 06-6567-4185 |

3. 施設の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 施設の目的 | 当施設は、要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、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にするとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービスを提供することを目的とする。 |
| 運営の方針 | <p>当施設では、利用者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、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下における機能訓練、看護、介護その他日常的に必要とされる医療並びに日常生活上の世話を行い、居宅における生活への復帰を目指します。</p> <p>利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。</p> <p>介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。</p> <p>明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。</p> <p>サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。</p> |

4. 施設の概要 介護老人保健施設さくらがわ

| | | |
|----|----------|-------------|
| 敷地 | 1377.61㎡ | |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート8階建 |
| | 延床面積 | 4,750.73㎡ |
| | 利用定員 | 100名 |

(1) 居室

| 居室の種類 | 室数 | 面積 | 1人あたり面積 |
|--------------------------------|-----|---------------|---------------|
| 1人部屋 | 100 | 13.24㎡～19.06㎡ | 13.24㎡～19.06㎡ |
| 全室個室・全室ユニット型（ユニット数10・1ユニット10名） | | | |

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面積 |
|------------|------------------|---------|
| 療養室 | 100室 | 277.24㎡ |
| 共同生活室 | 10室 | 208.10㎡ |
| 医務室 | 1室 | 16.13㎡ |
| 機能訓練室 | 1室 | 101.30㎡ |
| 相談室 | 1室 | 10.53㎡ |
| 浴室 | 11室 | 72.10㎡ |
| 特殊浴室 | 1室（特殊浴槽1台設置） | 12.83㎡ |
| 会議室 | 1室 | 8.83㎡ |
| 便所 | 1階 1箇所 | 5.82㎡ |
| | 2階 3箇所 | 35.56㎡ |
| | 3～7各階 20箇所（各療養室） | 42.12㎡ |
| サービスステーション | 5室 | 45.35㎡ |
| 調理室 | 1室 | 108.81㎡ |
| 洗濯室または洗濯場 | 1室 | 24.83㎡ |
| 汚物処理室 | 7室 | 58.03㎡ |

5. 職員体制

| 従業者の職種 | 職務内容 | 基準 人員数 | 実配置 人員数 |
|--------------|------------------|-----------|------------|
| 施設長 | 施設の運営管理 | 1 | 1 |
| 医師 | 日常的な医学管理 | 1 | 1 |
| 介護職員 | 施設サービス計画に基づく介護 | 34 | 34 |
| 看護職員 | 投薬・検温・血圧測定等の医療行為 | (10) | (10) |
| 支援相談員 | 生活相談・市町村との連携等 | 1 | 3 |
| 理学療法士又は作業療法士 | 機能回復訓練・実施計画の作成等 | 1 | 3 |
| 管理栄養士 | 栄養ケアマネジメント・献立作成等 | 1 | 1 |
| 介護支援専門員 | 施設サービス計画の作成等 | 1 | 3.6 |
| 事務員 | 庶務・会計・施設の保全管理等 | — | 4 |

6. 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休 暇 |
|------------------|--|------|
| 施設長 | 9:00～18:00 | 週休3日 |
| 医師 | 9:00～18:00 | 週休3日 |
| 看護職員 | 9:00～18:00 10:30～19:30 16:30～9:30 | 週休2日 |
| 介護職員 | 7:00～16:00 9:30～18:30 12:00～21:00 16:30～9:30 | 週休2日 |
| 支援相談員 | 9:00～18:00 10:30～19:30 | 週休2日 |
| 理学療法士又は 作業療法士 | 9:00～18:00 | 週休2日 |
| 管理栄養士 | 9:00～18:00 10:30～19:30 | 週休2日 |
| 介護支援専門員 | 9:00～18:00 10:30～19:30 | 週休2日 |
| 事務員 | 9:00～18:00 10:30～19:30 | 週休2日 |

7. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付によるサービス

| サービスの種別 | 内 容 | 自己負担額 |
|---------|--|---|
| 食事 | <p>食事時間 朝 食 8時から 昼 食 12時から オヤツ 15時から 夕 食 18時から</p> <p>食事場所 できるだけ離床して食堂でお召し上がり下さい。 献立表 月間と週間を食堂に掲示しております。</p> | <p>朝 食 309円 昼 食 530円 おやつ 96円 夕 食 510円</p> |
| 医療・看護 | <p>あなたの病状にあわせた医療・看護を提供します。医師による診察は随時行います。それ以外でも必要がある場合には適宜診察しますので、看護師等にお申し付けください。ただし当施設では行えない処置（透析）や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。</p> | <p>施設サービス費の1割をお支払いただきます。</p> |
| 機能訓練 | <p>理学療法士、作業療法士による機能訓練をあなたの状況にあわせて行います。</p> | |
| 排せつ | <p>自立排せつ・時間排せつ・おむつ使用について利用者の状況にあわせて行います。</p> | |
| 入浴・清拭 | <p>入浴は週2日となっております。入浴日でも入浴しない方はタオルで体をおふきします。</p> | |
| 離床 | <p>寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。</p> | |
| 着替え | <p>毎朝夕の着替えのお手伝いをします。</p> | |
| 整容 | <p>身の回りのお手伝いをします。</p> | |
| シーツ交換 | <p>シーツ交換は週1回行います。</p> | |
| 介護相談 | <p>入所者とその家族からのご相談に応じます。</p> | |

(2) 介護保険給付外サービス

| サービスの種別 | 内 容 | 自己負担額 |
|------------|--|------------------|
| 理髪・美容 | 毎月1回理髪店の出張理美容サービスをご利用いただけます。 | 料金表の通りご負担いただきます。 |
| レクリエーション行事 | 当施設では、定期的にレクリエーション行事を行っております。参加されるか否かは任意です。 | 実費をご負担いただきます。 |
| クラブ活動 | 当施設では、クラブ活動を用意しております。参加されるか否かは任意です。 | 実費をご負担いただきます。 |
| 日常生活品の購入代行 | どうしてもご家族さままでご準備できない場合、衣服やスリッパ、歯ブラシ等日用品の購入代行をさせていただきます。 | 代金をご負担いただきます。 |

8. 利用料について

- 1 利用料金は厚生労働省が定める基準（告示上の報酬額）により、入所者様の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（1割、2割、3割）及び居住費・食費をお支払いください。
 ※ 別途利用料金一覧表をご覧ください。
 ※ その他、日常生活に必要な物品（ただし、おむつを除きます）につきましては、ご入所者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。
 ※ 医療について当施設の医師で対応できる医療・看護につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、当施設で対応できない処置や手術、及び病状の著しい変化に対する医療につきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくこととなります。
- 2 食費・居住費については、介護保険負担限度額認定証の交付を受けた方にとっては、当該認定証に記載されている負担限度額となります。
- 3 居住費については、外泊中も料金をいただきます。ただし、外泊中のベッドを入所者様の同意を得た上で、短期入所療養介護又は介護予防短気秋暑療養介護に利用する場合は、入所者様から居住費はいただきません。
- 4 上記に定める利用料については、経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、入所者様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。
- 5 お支払い方法
 - (1) 毎月10日から請求書をお渡しさせていただきます。領収書は引き落とし確認後の発行となります。
 - (2) お支払い方法は、原則、毎月翌月23日に指定口座よりの引き落としとなります。
 - (3) お支払い方法に不都合等がございましたらご相談ください。

9. 事故発生時の対応

当施設は、利用者に対する介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、必要な措置を講じます。また、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わせていただきます。

10. 身体拘束について

当施設は、原則として入所者様に対し身体拘束は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合、当施設の医師がその様態及び時間、その際の入所者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するとともにご家族様にその旨を説明し同意を得ます。

11. 虐待の防止について

当施設は、入所者様の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 支援相談員 林 正章

(2) 成年後見人制度の利用を支援します。

(3) 従業者に対する虐待を防止するための研修の実施

(4) 入所者様及びその家族からの虐待等に関する苦情処理体制の整備

(5) その他虐待防止のために必要な措置

2 当施設は、サービス提供中に、当該施設又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入所者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

12. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設事務所（電話 06-6567-4165）、又は下記相談窓口までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

相談又は苦情等に対応する担当者： 介護支援専門員 仲田 由香里

| | |
|------------------------|--------------|
| 大阪市浪速区保健福祉センター介護保険担当窓口 | 06-6647-9882 |
| おおさか介護サービス相談センター | 06-6766-3800 |
| 大阪府国民保険団体連合会相談窓口 | 06-6949-5418 |
| 大阪市福祉局介護保険課 指定・指導グループ | 06-6241-6310 |

13. 協力医療機関

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 一般財団法人 住友病院 |
| 所在地 | 大阪市北区中之島5丁目3番20号 |
| 電話番号 | 06-6443-1261 |
| 診療科 | 一般内科及び禁煙外来・内分泌代謝内科・膠原病、リウマチ内科 呼吸器内科・腎センター・メンタルヘルス科・血液内科・小児科・循環器内科 腎臓、高血圧内科・消化器内科・脳神経内科・消化器外科・ 呼吸器外科・整形外科・心臓血管外科・乳腺外科・リハビリテーション科 皮膚科・形成外科・麻酔科・泌尿器科放射線診断科・歯科 |
| 入院設備 | 499床 |

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 社会福祉法人 石井記念愛染園 附属 愛染橋病院 |
| 院長名 | 寺川 直樹 |
| 所在地 | 大阪府大阪市浪速区日本橋5丁目16番15号 |
| 電話番号 | 06-6633-2801 |
| 診療科 | 内科・外科・整形外科・形成外科・耳鼻咽喉科・皮膚科 泌尿器科・眼科・放射線科・麻酔科・リハビリ科・産婦人科 小児科・小児外科 |
| 入院設備 | 一般病床 274床 |

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 医療法人 彰療会 大正病院 |
| 院長名 | 福本 健治 |
| 所在地 | 大阪府大阪市大正区三軒家東5丁目5-16 |
| 電話番号 | 06-6552-0621 |
| 診療科 | 内科・循環器内科・消化器内科・心療内科・外科・整形外科 ・産婦人科・小児科・皮膚科・リハビリテーション科・放射線 科形成外科 |
| 入院設備 | 一般病床 173床 |

| | |
|---------|---|
| 医療機関の名称 | 社会医療法人 寿楽会 大野記念病院 |
| 院長名 | 山内 伸一 |
| 所在地 | 大阪府大阪市西区南堀江1丁目26-10 |
| 電話番号 | 06-6531-1815 |
| 診療科 | 内科・腎臓内科・循環器内科・消化器内科・肝、胆、膵内科 ・糖尿病内科・呼吸器内科・外科・消化器外科・腫瘍外科・乳 腺外科・肛門外科・整形外科・泌尿器科・脳神経外科・救急 科・リウマチ科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科 |
| 入院設備 | 一般病床 226床 |

14. 協力歯科医療機関

| | |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | 浅埜歯科医院 |
| 院長名 | 浅埜 豊 |
| 所在地 | 大阪府大阪市大正区三軒家2-3-24 |
| 電話番号 | 06-6551-2114 |
| 入院設備 | 無 |

| | |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | まんだ歯科医院 |
| 院長名 | 萬田 浩一 |
| 所在地 | 大阪府豊中市少路1-10-25 |
| 電話番号 | 06-6855-2280 |
| 入院設備 | 無 |

15. 非常災害時の対策

| | |
|--------|--|
| 災害時の対応 | 別途定める「介護老人保健施設さくらがわ消防計画」にのっとり対応を行います。 |
| 平常時の訓練 | 別途定める「介護老人保健施設さくらがわ消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。 |
| 防災設備 | スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯、ガス漏れ報知器、防火扉・シャッター、屋内消火栓、非常通報装置、漏電火災報知器、非常用電源 カーテン等は防災性能のあるものを使用しております。 |
| 消防計画等 | 消防署への届出日 2015年3月1日 防火管理者 北谷 善寛 |

16. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|-------------|---|
| 受診・薬 | <p>他の医療機関への受診につきましては、当施設医師による紹介状が必要となります。外泊や外出時においても無断での受診はおやめ下さい。</p> <p>薬の処方につきましては当施設医師により処方いたします。ご本人さまの状態に合わせて、薬の変更をさせていただく場合があります。</p> |
| 食事 | <p>施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。</p> <p>食事の持ち込みについては、利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、必ず職員に声をおかけください。また、生もの等の熱処理をしていない物については、食中毒予防のため持ち込みはご遠慮いただきます。</p> |
| 喫煙・飲酒 | <p>喫煙は決められた場所以外ではお断りします。</p> <p>飲酒は医師（管理者）より許可された方に限ります。</p> |
| 所持品の持込 | 日常生活に必要不可欠なものに限ります。 |
| 現金や貴重品等の管理 | 認知症状でご自身の物と他人の物との区別がつかない方もいらっしゃるため、思わぬ紛失が起こる場合があります。できるだけ高価な金品は持ち込まないようお願いいたします。どうしても必要で持ち込まれた場合は、ご本人さまの自己責任の下で管理を行ってください。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。 |
| 来訪・面会 | <p>面会時間 9時～19時</p> <p>来訪者は面会時間を遵守してください。ただし、事情によりどうしても面会時間内に来訪できない時は事前にご連絡ください。</p> |
| 外出・外泊 | <p>外出・外泊の際は必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。</p> <p>外泊は原則一ヶ月あたり7泊8日が限度になっております。期間中の居住費については当施設に在籍している点からご負担いただくこととなります。ただし、ご本人さまの了承の上、緊急のショートステイでベッドを使わせていただく場合、居住費はいただきません。</p> |

| | |
|-----------|--|
| 居室の変更 | 事前にご相談させていただきますが、他のご利用者さまの事情により居室を変わっていただく場合があります。ご了承ください。 |
| 迷惑行為等 | 廊下や食堂等の共有スペースでの携帯電話、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、やみくも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。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及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及び飼育はお断りします。 |
| 個人情報について | <p>当施設での個人情報の利用目的については別紙をご参照ください。</p> <p>以下、ご希望があれば、当施設職員で対応させていただきます。希望しない項目については○印を付けてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 居室入口の名札の掲示 2. ご本人さま宛てにかかってきた電話の取り次ぎ 3. 来客時の居室への案内 4. 当施設に届け出をしているご家族からの問い合わせへの返答 |

当法人は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設さくらがわのサービス内容及び重要事項並びに利用料金の説明をしました。

年 月 日

(事業者)

事業者名 医療法人 敬英会
介護老人保健施設さくらがわ

説明者職名

氏 名

印

私は、本書面に基づいて、乙の職員から上記重要事項、利用料金の十分な説明を受け理解した上で同意します。

年 月 日

(入所者)

住 所

氏 名

印

(署名代行者)

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所

氏 名

印

署名を代行した理由

(入所者の家族等)

住 所

氏 名

印

続 柄