

居宅サービス（指定短期入所療養介護）

重要事項説明書

公益社団法人 地域医療振興協会
介護老人保健施設にっこう

居宅サービス（指定短期入所療養介護） 重要事項説明書

指定短期入所療養介護サービス提供の開始にあたり、厚生省令第37号第155条（第125条）に基づいて、当施設が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業所及び施設の概要

運 営 主 体	公益社団法人 地域医療振興協会		
所 在 地	〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3		
代 表 職 氏 名	理事長 吉 新 通 康		
事 業 所 名 及び 提供可能サービス	①介護老人保健施設 ②通所リハビリテーション 介護老人保健施設 にっこう ③短期入所療養介護 ④介護予防通所リハビリテーション ⑤介護予防短期入所療養介護		
所 在 地	〒321-1436 栃木県日光市清滝安良沢町1752-10		
提供可能サービス 及び 介護保険事業所番号	①介護老人保健施設 ②通所リハビリテーション ③短期入所療養介護 ④介護予防通所リハビリテーション ⑤介護予防短期入所療養介護 栃木県 0950680017 号		
管理者及び連絡先	サービスの種類	氏 名	連 絡 先
	① 介護老人保健施設 ②通所リハビリテーション ③短期入所療養介護 ④介護予防通所リハビリテーション ⑤介護予防短期入所療養介護	高 橋 洋	0288-50-1165
サービス提供地域	①介護老人保健施設	日光市（旧日光市の地域 但し、中宮祠、湯元、山久保、小来川地区を除く）	
	②通所リハビリテーション		
	③短期入所療養介護		
	④介護予防通所リハビリテーション		
	⑤介護予防短期入所療養介護		

開設年月日		平成14年4月1日	定 員	通所リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション	20人
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 5階建(1・2階部分)		認知症棟 (2階)	14人
	総床面積	9, 553. 57 m ²		一般棟 (2階)	36人
敷 地		2, 309. 61 m ²	居 室	4人部屋	8室
				1人部屋	18室

フロア	主 な 設 備 ※全館冷暖房完備
1 階	通所リハビリテーション・診察室・厨房
2 階	療養室・診察室・浴室・レクリエーション・機能訓練室・ サービスステーション・家族介護教室・ボランティア室・洗濯室・事務室

2. 事業所の職員体制等

職 種		業 務	人 員	実従業者数
施 設 長		施設の運営管理に関する こと	1 名(常勤／下記と兼務)	1 名
介護支援専門員		ケアプランの作成管理に関 すること	1 名(常勤／下記と兼務)	1 名
サ ー ビ ス 提 供 者	医 師	医学的管理に関すること	0. 5 名(常勤／兼務)	1 名以上
	看 護 職 員	看護業務に関すること	4. 8 名(常勤)	5 名以上
	介 護 職 員	介護業務に関すること	12. 2 名(常勤)	13 名以上
	支援相談員	相談援助業務に関すること	1 名(常勤)	1 名以上
	理学療法士・作業療法士	リハビリテーションに関すること	1 名(常勤／兼務)	1 名以上
	管理栄養士・栄養士	栄養管理・指導に関するこ と	1 名(常勤)	1 名
	薬 剤 師	服薬管理に関すること	0. 2 名(常勤／兼務)	1 名
	調理師・調理員	食事調理に関すること	委託業者	—
	事 務 職 員	各種事務処理に関すること	2 名(常勤)	3 名

3. 事業所の基本理念

介護老人保健施設にっこうは、高齢者・障害者介護の総合的なサービスを提供する日光地区の拠点施設として設置されたものである。

当施設は、地域社会と連携し、利用者が自立した家庭生活に復帰するための、良質な介護サービスとリハビリテーション環境を提供する。

当施設は、利用者が気軽にサービスを受けられるよう、地域における高齢者・障害者介護のネットワークを築く。

4. 窓口営業時間

営業時間		休日
平日	8:30～17:15	土・日曜日、祝祭日、 年末年始（12/29～1/3）

ただし、電話により、24時間、常時連絡が可能な体制をとっています。

5. サービスの概要と利用料

提供するサービスの内容は次のとおりです。

（1）提供するサービス

介護老人保健施設での短期入所療養介護（ショートステイ）

※ 利用期間は、担当の居宅介護支援事業所が作成する居宅サービス計画書に基づき、当施設の支援相談員が別紙に記載し、利用の都度その写しを交付します。

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし、分からないことがありましたら、いつでも担当職員にご遠慮なくお尋ねください。
- ③ サービスの提供にあたっては、常にあなたの心身の状況および置かれている環境を把握し、適切なサービスを提供するようにいたします。特に、認知症の状況にある方については、必要に応じ、その特性に応じたサービスを提供できる体制を整えます。

（2）短期入所療養介護サービス計画

- ① 短期入所療養介護サービスは、当施設を一定期間ご利用いただき、利用者の療養生活の質の向上、および利用者のご家族等の身体的、精神的負担の軽減を図るために提供されるものです。そのために、サービスを提供する医師・理学療法士・作業療法士・看護師・介護福祉士・支援相談員等の職員が、医学的管理とともに身体機能の検査、面接などを行います。その結果をもとに協同して利用者の心身の状況や、ご希望および置かれている環境に合わせてそれぞれの目標を設定し、その目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した施設サービス計画を作成します。
- ② この短期入所療養介護サービス計画は、居宅サービス計画が作成されている場合、それに沿って作成するものとします。

(3) サービスの内容

介護保険一部負担額及び施設利用料につきましては別に定める料金表によりご負担いただきます。

＜介護保険給付によるサービス＞

サービス項目	提 供 方 法	自己負担額
医療・看護	○ 入所者の病状に合わせた医療・看護を提供します。医師による診察は必要がある場合、随時行います。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(急変時には原則として協力病院：日光市民病院)での治療となります。 ○ 入所中の歯科受診は医療保険適用となります。 ○ 健康チェックは毎日行います。	施設サービス費の1割または2割、3割をお支払いいただきます。
リハビリテーション	○ 理学療法士・作業療法士によって利用者に適合したリハビリテーション計画を作成し、生活機能の維持改善に努めます。 ※個別訓練・集団訓練・生活リハビリテーション	
排泄の介助	○ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ○ おむつを利用する方に対しては、必要時に交換を行います。	※オムツ代の自己負担はありません。
入浴の介助	○ 週2回以上の入浴または清拭を行います。 ○ 寝たきり等で座位のとれない方は、寝た姿勢で機材を用いた入浴も可能です。	
着替え等の介助	○ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ○ 生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ○ 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ○ 寝具交換は週1回実施します。	
食事の介助	○ 食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるよう配慮します。 ○ 管理栄養士により、利用者の栄養管理、及び栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理を行います。	

サービス項目	提 供 方 法	自己負担
送迎	○ 身体状況等の事情により、入退所の送迎がご家族では困難な場合は、当施設所有のリフト付等の車両にて送迎を行います。 （但し、サービス提供地域（日光市 但し一部地域を除く）外のお住まいの方でご利用を希望される場合は別に定める料金表よりご負担いただきます。）	施設サービス費の1割または2割、3割をお支払いいただきます。 （但し、サービス提供地域外の方のご利用は、別に定める料金表のとおりご負担いただきます。）

<介護保険給付外サービス>

サービス項目	提 供 方 法	自己負担										
療養室の利用 (居住費)	○ 多床室及び1人用の居室を、利用者のご希望に応じて提供いたします。 ※ 従来型個室を利用する方で、次のいずれかに該当する場合は多床室の利用料金として扱うことができます。 ①感染症等により従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者 ②著しい精神状態等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者	料金表のとおりご負担いただきます。 多床室の利用 (光熱水費のみ) 個室の利用 (光熱水費及び室料)										
食事の提供	○ 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 <table border="1"><tr><td colspan="2">食事時間</td></tr><tr><td>朝食</td><td>7:50 ～ 8:40</td></tr><tr><td>昼食</td><td>12:00 ～ 13:00</td></tr><tr><td>おやつ</td><td>15:00 ～ 15:30</td></tr><tr><td>夕食</td><td>18:00 ～ 19:00</td></tr></table> ○ おやつは1回／日の提供となります。 ○ 食事補助剤(トロミ剤)について、食事以外の嗜好品等への使用分につきましては、持ち込みをお願いします。	食事時間		朝食	7:50 ～ 8:40	昼食	12:00 ～ 13:00	おやつ	15:00 ～ 15:30	夕食	18:00 ～ 19:00	料金表のとおりご負担いただきます。
食事時間												
朝食	7:50 ～ 8:40											
昼食	12:00 ～ 13:00											
おやつ	15:00 ～ 15:30											
夕食	18:00 ～ 19:00											
趣味・教養娯楽活動	○ 当施設では次の趣味・教養活動を実施しております。また、作業療法士や介護福祉士が趣味活動を援助しております。 ※ 書道教室・手芸活動(編物、籐細工、アクセサリー作り等)・書籍、雑誌、新聞コーナー	料金表のとおりご負担いただきます。 ※趣味活動については希望者のみ実費をご負担いただきます。										

サービス項目	提 供 方 法	自己負担
レクリエーション 各種行事	○ 当施設では、施設内外での季節行事や日常的なレクリエーションを実施しております。 ・ 遠足(春、秋)・運動会・観劇 ・ 敬老会・クリスマス会・誕生会(毎月) ・ 施設外の各種行事参加や散歩外出(臨時)他	希望者のみ実費をご負担いただきます。
理美容	○ 毎月各2回ずつ、理美容の出張サービスをご利用いただけます。 美 容 第2週の火曜日 理 容 第1、3週の木曜日 ※予約制となりますので、前もってお申し出下さい。	希望者のみ実費をご負担いただきます。
その他	○ 電気製品の持込 ○ インフルエンザ予防接種代 ○ 記録の謄写費用など	希望者のみ実費をご負担いただきます。

(4) 利用料のお支払

- ① 利用するサービスが介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割を自己負担としてお支払いいただきます。(別紙 料金表 記載) ただし、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い(いったん利用者が利用料の全額を支払い、その後、市町村から9割分の払い戻しを受ける方法)の方法が適用される方は事前にお申し出ください。

また、介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には居宅サービス計画を作成する際に担当の介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。)

- ② 提供を受ける短期入所療養介護サービスのうち、介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③ 当施設は、翌月中旬までに、サービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付します。
- ④ 毎月の利用料は、原則、口座振替にて翌月18日(休日の場合、翌営業日)のお支払いとなります。ただし、口座振替がご利用できない方につきましては下記の方法でお支払いください。

(1) 現金での支払 介護老人保健施設にっこう2F事務室窓口

(前日までに電話連絡の上ご来所下さい。)

(2) 振込での支払 (金融機関に備え付けの振込み依頼書をご利用ください。

振込手数料は利用者負担となります。)

振込先 金融機関名 足利銀行 日光支店

口 座 番 号 普通 2921644

フリガナ コウエキシャダンホウジンチイキイリョウシンコウキョウカイ
口 座 名 義 公益社団法人地域医療振興協会

カイゴロウジンホケンシセツニッコウシセツチョウ タカハシ ヒロシ
介護老人保健施設にっこう 施設長 高橋 洋

6. キャンセル料

利用者のご都合でサービスの利用を事前に中止にする場合は、原則としてキャンセル料はいただきませんが、すみやかに下記までご連絡ください。

但し、交通費等の実費相当額をご精算いただくことがありますので、予めご了承ください。

TEL 0288-50-1165

7. 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める「日光市民病院・介護老人保健施設につこう消防計画」にのっとり、対応を行います。			
非常時の訓練	別に定める「日光市民病院・介護老人保健施設につこう消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方の参加を得て実施します。			
防災設備	設備名称	設備の有無	設備名称	設備の有無
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり
	非常階段	3ヶ所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	漏電火災報知器	あり
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源	あり
	カーテン・布団等は、難燃・防災性のあるものを使用しています。			
消防計画	消防署への届け出日：平成15年3月7日 防火管理者：松井 敦史			

8. ご利用の際の留意事項

来 訪 ・ 面 会	・ 面会時間は、午前9時～午後8時までです ・ 来訪の際は、面会届に記入し、指定ボックスに投函してください。 ・ 入所利用者への差し入れ(特に食品類)は、必ず職員にお声かけください。
外 出 ・ 外 泊	・ 外出、外泊される際は、所定の用紙にご記入いただきますので必ずサービスステーションの職員にお知らせください。
医 療 機 関 へ の 受 診	・ 入所利用中に他の医療機関を受診する必要がある際は、必ず当施設の医師・看護職員・支援相談員にご相談ください。(12 ページ詳細記載)
喫 煙 ・ 飲 酒	・ 指定の喫煙所以外は、全館禁煙とさせていただきます。 ・ 入所者で喫煙・晩酌をご希望の方は、職員までお申し出ください。
所持品・現金の管理	・ 高価・高額な金品の持ち込みはご遠慮ください。 ・ 原則として、現金は利用者各自で管理をお願いしております。事情によりご相談にも応じますので、支援相談員までご相談ください。
居室・設備・機器の利用	・ 施設内の設備等は、本来の使用方法にしたがってご利用ください。使用方法等がわからない場合は、職員がご説明いたします。なお、故意又は過失による破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
そ の 他	・ 職員に対してのお志、差し入れ等は、固くご辞退いたします。 ・ 施設内において、布教活動・特定の政治活動、またはそれに類する行動はご遠慮ください。

9. 相談窓口、苦情対応

当事業所が提供するサービスや居宅サービス計画にもとづいて提供している各サービスについて、ご相談や苦情などがございましたら、下記の窓口までご相談ください。

当事業所の総合窓口	TEL	0288-50-1165
	FAX	0288-50-3553
	担 当	松本 佳之
	対応時間	上記4 の営業時間
	苦情対応	苦情窓口を設置し、利用者からの苦情に対し、調査を行い、改善を図ります。 また、市町村、国保連合会の調査に協力し、指導を受けた場合、改善を行います。
日光市役所 本庁 高齢福祉課 介護サービス係	TEL	0288-21-5100
	FAX	0288-21-5137(代)
	対応時間	平日 9:00~17:00
	苦情対応	利用者から苦情を受けた場合、事業者に対して、調査・指導・助言を行います。
日光市役所 日光行政センター 市民サービス係	TEL	0288-54-1116
	FAX	0288-54-1604
	対応時間	平日 9:00~17:00
栃木県 運営適正化委員会	TEL	028-622-2941
	FAX	028-622-2316
	対応時間	平日 9:00~17:00
	苦情対応	利用者から苦情を受けた場合、相談や助言、当事者双方の同意を得て事情調査、解決に向けてのあっせんを行います。
栃木県 国民健康保険団体連合会 (苦情処理担当)	TEL	028-643-2220
	FAX	028-643-5111
	対応時間	平日 9:00~17:00
	苦情対応	利用者から苦情を受けた場合、事業者に対して、調査・指導・助言を行います。

なお、担当の介護支援専門員や居宅介護支援事業所でも相談や苦情を受け付けています。

10. 秘密の保持

事業所とその職員は、業務上知り得た利用者とその家族や保証人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。また、当事業所利用終了後も同様の取り扱いとします。

但し、介護保険サービスの利用や在宅療養のための情報について、市町村や居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者、医療機関等へ情報提供を行う場合には、利用者及び保証人から、予め同意を得た上で行うこととします。

11. 緊急時の対応

施設は、入所者に対し、施設の医師の医学的判断により、対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

施設は、入所者に対し、施設での対応が困難な状態、または専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。

また、入所中に心身の状態が急変した場合、利用者又は保証人及び保証人が指定するものに対し、直ちに連絡します。

12. 災害、事故、行方不明の際の対応

入所者が災害、事故、行方不明などに遭遇した場合は、次のとおりに対応します。

- ① 利用者の避難、手当等に関する措置を最優先とし、併せて関係官公署への通報を速やかに行います。
- ② あらかじめ、施設職員に対しその対応等を熟知させるとともに、定期的な訓練を行います。
- ③ 利用者が、災害・事故等で負傷し、また、行方不明となった場合、直ちに家族等へ連絡します。

13. 身体拘束について

事業者は、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、自傷他害等のおそれがある場合など、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、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、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。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (ア) 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ます。
- (イ) 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ます。
- (ウ) 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。

14. 虐待防止について

施設は、利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針の整備。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実行するための担当者の配置。

施設は、サービス提供中に、当該施設従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者	施設長 高橋 洋
-------------	----------

15. 感染症などの安全管理体制について

- (1) 感染症などの集団感染を予防するために、職員に対する研修会や感染症対策委員会等を開催し発生の予防に努めます。また、発生時には施設内マニュアルをもとに対応します。
- (2) インフルエンザ等の感染症が流行している状況がある場合、ご相談の上、施設の利用の延期や隔離対応をさせていただく場合があります。
- (3) ご面会につきましては、マスクの着用等施設の対応にご協力いただきますようお願い致します。
- (4) 在宅での生活に比べ、多くの高齢者の方が共同で生活し、また、多くの方が面会に来られる施設生活においては、ご利用者は様々な「感染症」と接触する機会が多くなります。そして、高齢であるがゆえに「感染症」にかかるリスクも高くなりがちです。ご家族におかれましては施設における「感染症」発生のリスクを十分ご認識していただき、ご協力くださいますようお願いいたします。なお、「感染症」の疑いのある方には、ご面会をお断りさせていただくことがあります。ご理解とご協力をお願いいたします。

16. 業務継続計画の策定等について

施設は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対するサービス提供を持続的に実施するための計画（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ます。

施設は、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実施します。

施設は、定期的に業務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います。

17. 介護老人保健施設における医療と医療機関の受診について

標準的な医療行為は、入所中の介護老人保健施設が担当し、より専門的な治療・入院受診等は、併設の医療機関（日光市民病院）、協力病院、協力歯科医療機関との連携のもとに、施設からの依頼（「診療状況に関する情報の提供」以下同じ）により行われることとなります。

以上のことにより、入所前に受診していた「かかりつけ医」には入所期間中（外出・外泊を含む）施設主治医からの「依頼（状）」なしに受診（診療、検査、処方箋の交付、投薬等）することはできません。また、家族の方が薬を貰ってくることもできません。

他の病院、診療所の受診が必要と当施設の主治医が判断した方は、当施設より依頼（状）「施設療養情報提供書（介護老人保健施設の入所者である旨の文書）」をお出しいたしますので、ご相談ください。

18. 日光市民病院へ受診した際の診察料について

利用者の体調に応じて、当施設の主治医が日光市民病院への受診が必要と判断する場合があります。その際、受診内容によっては医療保険適用になる場合があります、利用者の一部負担が発生することがあります。その場合、当施設が一旦負担し、後日、施設利用料とあわせてご請求させていただきます。

なお、受診内容の詳細につきましては、サービスステーションまでお問い合わせ下さい。

本書面（居宅サービス（指定短期入所療養介護・重要事項説明書）に基づいて

重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

介護老人保健施設にっこの職員 職名

氏名 印

上記重要事項の説明を受け、そのことに同意します。

また、重要事項説明書も受領しました。

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