

短期入所療養介護サービス利用案内

(重要事項説明書)

《短期入所療養介護サービス利用の案内にあたって》

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている介護老人保健施設かがやきが行います短期入所療養介護（以下「短期入所」といいます。）サービスについて、利用される前に知っておいて頂きたい重要事項を説明いたします。

わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問してください。

《短期入所サービスに関する重要な事項》

1 短期入所サービスを提供する事業者

事業者	社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
代表者名	理事長 行松 英明
所在地	大阪府箕面市白島三丁目 5 番 50 号
(連絡先)	(電話) 072-724-8166 (ファックス番号) 072-724-8165

2 短期入所サービスを提供する施設

(1) 施設の名称等

施設の名称	介護老人保健施設かがやき
施設所在地	豊中市刀根山元町 5 番 60 号
管理者	管理者（施設長） 眞下 節
連絡先	(電話) 06-6850-3400 (ファックス番号) 06-6850-9700
介護保険事業者番号	2754080121
通常の送迎地域	豊中市の区域（原則として当施設と居宅との間）
利用定員	利用者を施設サービスの利用者とみなした場合の 入所定員（定員 100 人）を超えない範囲

(2) 短期入所サービスの目的および運営方針

目 的	介護保険法に基づき、要介護と認定された方が、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支援するとともに、その家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
運営方針	1. 利用者の意思および人格を尊重するとともに、常に利用者の立場に立った短期入所サービスの提供に努めます。 2. 明るく家庭的な雰囲気を作り、地域と家庭との結びつきを重視します。 3. 居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者およびその他の保健医療サービス・福祉サービスを提供する者との密接な連携を行うよう努めます。 4. 短期入所サービスの目的の達成のため、職員の熱意と資質の向上を図るよう努めます。

3 施設の職員体制等

(1) 施設の配置職員

職 種	基準人員	職 務 内 容
医師	1	施設サービス業務を統括するとともに、入所者の健康管理及び医療の措置を講じる。
薬剤師	0.4	医師の処方に基づく調剤及び医薬品の管理業務を行う。
看護職員	10	管理者の指示のとともに、入所者の保健衛生・看護業務を行う。
介護職員	24	管理者の指示のもとに、入所者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1	管理者の指示のもとに、入所者に対し機能訓練・指導等の業務を行う。
介護支援専門員	1	入所者の施設サービス計画の作成し、説明、同意のうえ交付を行う。
支援相談員	1	管理者の指示のもとに、入所者等に対し支援相談の業務を行う。
栄養士	1	管理者の指示のもとに、入所者等の食事献立に関すること及び栄養指導ならびに栄養管理業務を行う。
事務職員	実情に応じた 適当数	管理者の指示のもとに、事業の運営事務及び施設の維持管理業務を行う。
(調理業務は委託)		

(2) 職員の勤務体制

① 看護・介護職員（入所者：看護・介護職員＝3：1）

勤務体制	勤務時間
日中の勤務者	8：45 ～ 17：30
早出の勤務者	7：00 ～ 15：45
遅出の勤務者	11：30 ～ 20：15
	13：15 ～ 22：00
夜間の勤務者	16：30 ～ 翌日 9：30
	22：00 ～ 翌日 7：00

② その他の職員

受 付 日	月曜日から土曜日（ただし祝日及び12月29日～1月3日を除く）
受付時間	午前8時45分～午後5時30分まで

4 非常災害時の対策

- (1) 非常時の対応として、当施設の消防計画及び防災マニュアルにより対応します。
- (2) 防災訓練は、当施設の消防計画により、昼間と夜間を想定した避難・防災訓練を年2回以上実施します。

(3) 防災設備

・避難階段	2ヵ所	・防火・防排煙設備	あり
・スプリンクラー設備	あり	・自動火災報知器	あり
・火災通報装置	あり	・非常電源設備	あり
・非常警報装置	あり	・避難器具（すべり台）	1ヵ所
・ガス漏れ火災警報器	あり	・誘導灯及び誘導標識	86ヵ所
・漏電警報装置	あり	・カーテン等は防災加工商品を使用	

5 短期入所サービスを受けることができる方

- (1) 介護保険法に基づく被保険者証を有し、要介護と認定された方または生活保護法による居宅介護に係る介護扶助を受けることができる方
- (2) 病状が安定し、看護・医学的管理下での介護および機能訓練その他必要な医療等が必要な方
- (3) 利用者の家族等介護者の身体的および精神的負担の軽減を図る必要がある方
- (4) 居宅介護支援事業者等による居宅サービス計画が作成されている方
- (5) 事業所内において集団生活が可能な方

6 短期入所サービスを受けるための手続

- ① 短期入所サービスを受けようとする場合は、所定の利用申込書およびかかりつけ医師の診療情報提供書を提出してください。
ただし、施設の医師が必要でないと認めた場合は提出不要です。
- ② 本人の心身の状況を確認するため、居宅介護支援事業所からの情報提供を受けさせていただきます。

7 短期入所サービス中の療養等

- (1) 入所中の療養は、認定された要介護度、本人・家族の意思及び施設の医師等の各専門職の意見により、計画的に療養を行います。
- (2) 入浴は、介護保健施設サービスにおいて実施する基準曜日といたします。その他必要の場合は適宜清拭を行います。
- (3) ケアサポートセットを利用されない場合は利用者の衣類の洗濯をご家族等にてお願いいたします。

(4) おむつが必要な方は、施設において用意いたします。

(5) 褥瘡を防止するための適切な介護を行います。

(6) 配膳をする時間は、特別な理由がない限り、次のとおりといたします。

朝食－8時 昼食－12時 おやつ－15時 夕食－18時

(7) 家族等の面会時間は、14時から17時までとなっております。面会時間以外でのご来所は、他のご入所者の就寝時間などを考慮し、ご遠慮くださいますようお願いいたします。

8 利用者の留意事項

(1) 団体生活の秩序を守り、相互の和に努めること。

(2) 他の利用者をはじめ他人に迷惑となる行為をしないこと。

(3) 所定の場所以外において火気を使用しないこと。

(4) 入所中（外出時を含む）は、原則、医療機関への受診をしないこと。

(5) 現金・貴重品を持ち込まないこと。

(6) 宗教の勧誘、特定の政治活動及び営利行為をしないこと。

(7) ペット等を持ち込まないこと。

(8) その他職員指示に従うこと。

9 短期入所サービスの終了

次のいずれかに該当する場合は、終了となります。

(1) 居宅サービス計画に基づく利用期間が終了したとき

(2) 利用者または家族等が、退所を決めた場合

(3) 利用者の病状、心身の状態が著しく悪化し、当施設での適切なサービスの提供が困難と判断された場合

(4) 他の利用者または職員に対して、利用継続が困難となる程度の迷惑行為を行い、その改善が認められない場合

(5) その他やむを得ない事情により施設使用が困難となった場合

(6) 利用者が、要介護認定において自立と判定されたとき。

(7) 支払期日から2か月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いが無い場合

10 短期入所サービスの利用料、その他の費用

次の（１）及び（２）の合計額が利用料となります。

（１）基本利用料

【在宅強化型】

	費用項目	単位数	利用料	1割	2割	3割	算定回数
基本報酬	多床室（４人部屋） 要介護１	902	9,507円	951円	1,902円	2,853円	１日につき
	多床室（４人部屋） 要介護２	979	10,318円	1,032円	2,064円	3,096円	１日につき
	多床室（４人部屋） 要介護３	1,044	11,003円	1,101円	2,201円	3,301円	１日につき
	多床室（４人部屋） 要介護４	1,102	11,615円	1,162円	2,323円	3,485円	１日につき
	多床室（４人部屋） 要介護５	1,161	12,236円	1,224円	2,448円	3,671円	１日につき
	従来型個室 要介護１	819	8,632円	864円	1,727円	2,590円	１日につき
	従来型個室 要介護２	893	9,412円	942円	1,883円	2,824円	１日につき
	従来型個室 要介護３	958	10,097円	1,010円	2,020円	3,030円	１日につき
	従来型個室 要介護４	988	10,413円	1,042円	2,083円	3,124円	１日につき
	従来型個室 要介護５	1,044	11,003円	1,101円	2,201円	3,301円	１日につき
加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	231円	24円	47円	70円	１日につき
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	189円	19円	38円	57円	１日につき
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	63円	7円	13円	19円	１日につき
	夜勤職員配置加算	24	252円	26円	51円	76円	１日につき
	個別リハビリテーション実施加算	240	2,529円	253円	506円	759円	１日につき
	認知症ケア加算	76	801円	81円	161円	241円	１日につき
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	2,108円	211円	422円	633円	１日につき （入所後7日間）
	若年性認知症利用者受入加算	120	1,264円	127円	253円	380円	１日につき
	重度療養管理加算	120	1,264円	127円	253円	380円	１日につき
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	34	358円	36円	72円	108円	１日につき
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	51	537円	54円	108円	162円	１日につき
	療養食加算	8	84円	9円	17円	26円	１日につき （1日3回を限度）
	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	31円	4円	7円	10円	１日につき
	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	42円	5円	9円	13円	１日につき
	総合医学管理加算	275	2,898円	290円	580円	870円	１日につき （入所後7日間）
	緊急短期入所受入加算	90	948円	95円	190円	285円	１日につき
	緊急時治療管理	518	5,459円	546円	1,092円	1,638円	１日につき （1月1回、連続3日）
	生産性向上推進加算（Ⅰ）	100	1,054円	106円	211円	317円	1月につき
	送迎加算（片道）	184	1,939円	194円	388円	582円	片道につき
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	月の総単位数×9.7%					

【基本型】

	費用項目	単位数	利用料	1割	2割	3割	算定回数
基本報酬	多床室（4人部屋） 要介護 1	753	7,936円	794円	1,588円	2,381円	1日につき
	多床室（4人部屋） 要介護 2	801	8,442円	845円	1,689円	2,533円	1日につき
	多床室（4人部屋） 要介護 3	864	9,106円	911円	1,822円	2,732円	1日につき
	多床室（4人部屋） 要介護 4	918	9,675円	968円	1,935円	2,903円	1日につき
	多床室（4人部屋） 要介護 5	971	10,234円	1,024円	2,047円	3,071円	1日につき
	従来型個室 要介護 1	830	8,748円	875円	1,750円	2,625円	1日につき
	従来型個室 要介護 2	880	9,275円	928円	1,855円	2,783円	1日につき
	従来型個室 要介護 3	944	9,949円	995円	1,990円	2,985円	1日につき
	従来型個室 要介護 4	997	10,508円	1,051円	2,102円	3,153円	1日につき
	従来型個室 要介護 5	1,052	11,088円	1,109円	2,218円	3,327円	1日につき
加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	231円	24円	47円	70円	1日につき
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	189円	19円	38円	57円	1日につき
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	63円	7円	13円	19円	1日につき
	夜勤職員配置加算	24	252円	26円	51円	76円	1日につき
	個別リハビリテーション実施加算	240	2,529円	253円	506円	759円	1日につき
	認知症ケア加算	76	801円	81円	161円	241円	1日につき
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	2,108円	211円	422円	633円	1日につき (入所後7日間)
	若年性認知症利用者受入加算	120	1,264円	127円	253円	380円	1日につき
	重度療養管理加算	120	1,264円	127円	253円	380円	1日につき
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	34	358円	36円	72円	108円	1日につき
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	51	537円	54円	108円	162円	1日につき
	療養食加算	8	84円	9円	17円	26円	1日につき (1日3回を限度)
	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	31円	4円	7円	10円	1日につき
	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	42円	5円	9円	13円	1日につき
	総合医学管理加算	275	2,898円	290円	580円	870円	1日につき (入所後7日間)
	緊急短期入所受入加算	90	948円	95円	190円	285円	1日につき
	緊急時治療管理	518	5,459円	546円	1,092円	1,638円	1日につき (1月1回、連続3日)
	生産性向上推進加算（Ⅰ）	100	1,054円	106円	211円	317円	1月につき
	送迎加算（片道）	184	1,939円	194円	388円	582円	片道につき
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	月の総単位数×9.7%					

※ 上記金額は、厚生労働省の告示に基づきます。

※ 保険請求の算定上、誤差が生じることがあります。

※ 夜勤職員配置加算は、夜間及び深夜の時間帯について手厚い人員体制をとっている場合

に算定します。

- ※ 個別リハビリテーション実施加算は、医師、看護職員、理学療法士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該計画に基づき 20 分以上個別リハビリテーションを実施した場合に算定します。
- ※ 認知症ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから、介護を必要とする認知症の利用者に対してサービスを提供した場合に算定します。
- ※ 認知症行動・心理症状緊急対応加算は、医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所療養介護を利用することが適当であると判断した利用者に対し、サービスを提供した場合に算定します。
- ※ 緊急短期入所受入加算は、居宅サービス計画において計画的に位置づけられていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合に、7 日間を限度として算定します。
- ※ 若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症（40 歳から 64 歳まで）の利用者を対象に指定短期入所療養介護を行った場合に算定します。
- ※ 重度療養管理加算は、要介護 4 又は 5 の利用者であって別に厚生労働大臣が定める状態にある者に対して計画的な医学的管理を継続的に行い、療養上必要な処置を行った場合に算定します。別に厚生労働大臣が定める状態とは、次のとおりです。
 - イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
 - ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
 - ハ 中心静脈注射を実施している状態
 - ニ 人口腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
 - ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
 - ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者程度等級表の 4 級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
 - ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
 - チ 気管切開が行われている状態
- ※ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算は、厚生労働大臣が定める入所者の割合や人員基準等に適合するものとして届け出ている場合に算定します。
- ※ 送迎加算は、利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合に算定します。
- ※ 総合医学管理加算は、治療を目的として、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所療養介護を提供した場合に算定します。
- ※ 療養食加算は、疾病治療のため医師の発行する食事箋に基づき糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、脂質異常食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合に算定します。
- ※ 認知症専門ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる

認知症の利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。

- ※ 緊急時治療管理は、利用者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむをえない事情により行われる医療行為が発生した場合に算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して短期入所療養介護を行った場合に算定します。
- ※ 介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
- ※ 地域区分別の単価(4級地 10.54 円)を含んでいます。
- ※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

(2) その他の費用(実費負担分)

ア 加算料金(入所された方)

内 容		日 額 等
食 費	朝 食	1 食 340 円
	昼 食	1 食 665 円
	おやつ	1 食 115 円
	夕 食	1 食 580 円

内 容	日 額 等	
滞在費	多床室(4人部屋)個室	450 円

- * 介護保険負担限度額認定証の交付を受けている方は、上記の金額に代えて認定証記載の負担限度額となります。ただし、負担限度額を下まわった場合は、その額となります。
- * 利用日前日の正午(12時)までに利用中止等の連絡がない場合は、上記の食費を徴収します。

イ 加算料金(利用された方)

内 容	日 額
特別療養室料(個室)	3,300 円(税込)

ウ その他（必要とした場合）

内 容		日 額
理美容料	1 回	実費
各種診断書料	1 通	1,100 円（税込）
文書料	1 通	550 円（税込）
その他	ケアサポートセットをご利用の場合は業者との契約が必要となり実費が発生します。	

なお、（２）その他の費用額は、経済状況の著しい変化その他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までに説明を行い、当該費用額を相当額に変更することがあります。

11 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法

（１）利用料、その他の費用の請求

ア 利用料、その他の費用(各種診断書料及びその他文書料を除く)は利用月ごとの合計金額により請求いたします。

イ 前アにかかる費用の請求は、利用月の翌月 17 日頃になります。

ウ 各種診断書料及びその他の文書料は、交付時にお支払いいただきます。

（２）利用料、その他の費用のお支払い

ア お支払い方法は、ご指定された金融機関預金口座からの振替となります。

利用開始に際しては、「預金口座振替依頼書」にご記入・ご捺印の上、利用料の振替口座をご登録ください。

イ 請求した額を、毎月 22（土・日曜日、祝日の場合は、次の銀行営業日）日にご指定の預金口座から振替えます。預金通帳の印字は「RKS. ホンニンフタンキン」となります。

ウ 振替が完了した利用料については、翌月 17 日頃に領収書を送付させていただきます。

領収書の再発行は致しませんので、必ず保管しておいて下さい。

エ 口座振替登録未完了、預金残高不足等により口座振替ができなかった場合は、振込にてお支払いいただきます。振込でのお支払いができない場合は、翌月以降に合計して振替となります。

オ その他、やむを得ない事由がある場合等は、別にお支払いをお願いすることがあります。

12 記録の作成

（１）当施設は、利用者の短期入所サービスの提供に関する記録を作成し、利用終了後 5 年間は保管します。

（２）当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。ただし、家族等（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

13 身体の拘束等

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ます。
- (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ます。
- (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。

14 秘密の保持と個人情報の保護

(1) 利用者及びその家族等に対する秘密の保持について

管理者及びその従業員は、利用者及びその家族等から、サービス提供をする上で知り得た利用者またはその家族等に関する秘密（個人を特定する情報を含むものをいいます。）を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、利用終了後および職員の離職後も継続します。ただし、下記の事項については、利用者およびその家族等から、あらかじめ文書による同意を得た上で、情報提供を行うことがあります。

- ① 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情報提供
- ② 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
この場合、利用者及びその家族等の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。

(2) 個人情報の保護について

- ① 管理者及びその従業員は、利用者(代理人)又はその家族等から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者又は家族等の個人情報を用いません。
- ② 管理者は、利用者及びその家族等に関する個人情報が含まれる記録物について、細心の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

15 医療機関への受診および緊急時の対応

- (1) 利用中の治療については、当施設の医師が診察いたしますので、医師の指示なく病院等の医療機関での受診（投薬を含む。）はできません。
- (2) 疾病の内容により専門的な治療を必要とする場合は、当施設の医師の指示に基づき協力病院等に受診していただきます。
- (3) 当施設の医師の指示により受診された場合は、介護老人保健施設入所中において健康保険の適応となるもの以外は、施設が負担いたします。
- ※介護老人保健施設入所中において健康保険の適応となる主なもの
- ・・・初診料、再診料及び画像診断料等
- (4) 協力病院等への受診および入所利用中に心身の状態が急変した場合、必ず「緊急時の連絡者」にご連絡いたします。
- (5) 前項の内容につきましては、担当居宅介護支援事業者へ報告させていただきます。

「協力病院」

千里山病院	豊中市東寺内町 5 番 25 号 (電話番号) 06-6385-2395
診療科目	内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器・アレルギー内科 他
関西メディカル病院	豊中市新千里西町 1 丁目 1 番 7-2 号 (電話番号)06-6836-1199
診療科目	内科、消化器内科、循環器内科、外科、整形外科、脳神経外科 他

「協力歯科」

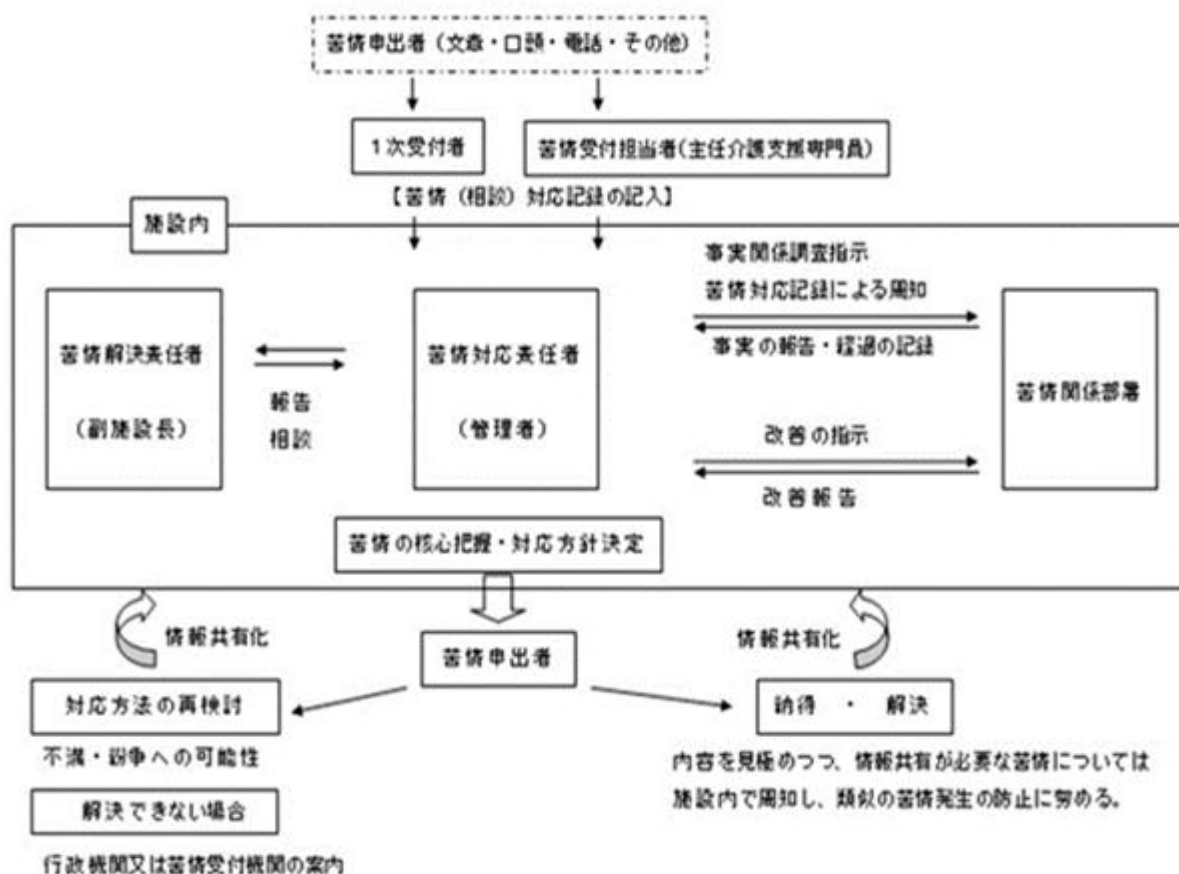
医療法人聖翔会 リー・デンタルクリニック 千里桃山台	大阪府豊中市上新田 1-10-21 06-6832-1313
----------------------------------	--------------------------------

※歯科受診の流れ

- ① 入所後に、施設職員（歯科衛生士）が入所者の歯科受診の必要性を確認致します。
- ② 歯科受診が必要な場合、入所者およびその家族に、受診申込の意思確認を行います。
- ③ 受診申込の意思確認が取れた場合、施設職員にて、受診の代理申込を行います。
- ③ 協力歯科より入所者家族へ連絡致しますので、ご対応をお願い致します。

16 短期入所サービスに関する要望または苦情の申し出

利用者およびその家族等は、当施設が提供する短期入所サービスに対しての要望または苦情について、当施設に申し出ることができ、または、所定の場所に設置する「意見箱」に投函して申し出ることができます。



【事業所の窓口】 介護老人保健施設かがやき (担当：支援相談員)	所在地 電話番号 受付時間	豊中市刀根山元町 5-60 TEL：06-6850-3400 FAX：06-6850-9700 平日 8：45～17：30
【豊中市の窓口】 豊中市 福祉部 長寿社会政策課	所在地 電話番号 受付時間	豊中市中桜塚 3-1-1 TEL：06-6858-2838 FAX：06-6858-3146 平日 8：45～17：15
【豊中市の窓口】 『話して安心、困りごと相談』	所在地 電話番号 受付時間	豊中市中桜塚 3-1-1 TEL：06-6858-2815 FAX：06-6854-4344 平日 9：00～17：15
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	大阪府中央区常盤町 1-3-8 TEL：06-6949-5418 平日 9：00～17：00

17 事故発生の防止および事故発生時の対応について

(1) 当事業所は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じるものとします。

①事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備します。

②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。

④ 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行います。

④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

(2) 利用者に対する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、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じることとします。

(3) 施設は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するものとします。

(4) 施設は、利用者に対する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。

【市町村等への連絡】 豊中市福祉部長寿社会政策課

豊中市中桜塚3丁目1番1号 06-6858-2868

18 賠償責任

(1) 当施設の責めに帰すべき事由により、賠償すべき事故が発生した場合には、利用者に対してその損害を賠償します。

(2) 利用者の責めに帰すべき事由により、当施設が損害を被った場合には、利用者及び利用者の家族等にその損害を賠償していただきます。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	: 損害保険ジャパン株式会社
保 險 名	: 福祉事業者賠償責任保険

19 虐待の防止について

当施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(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 所長 敦賀 教仁

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(5) 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

(6) 従業員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

- (7) 虐待防止のための指針を整備します。
- (8) 虐待防止対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果を従業員に周知します。
- (9) 当該施設従業員又は養護者（入所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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

20 衛生管理等

- (1) 短期入所療養介護の用に供する施設、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、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 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。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 感染症対策を検討する委員会を月に一回以上開催し、その結果を周知しています。
 - ② 感染症対策の指針を整備しています。
 - ③ 従業員に対して定期的に研修及び訓練を実施しています。

21 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定短期入所療養介護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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、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に実施します。
- (3) 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います。

22 職場におけるハラスメントの防止

当事業所は、「ハラスメント防止対策に関する基本方針」に基づき、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するため、次の措置を講じます。

- (1) ハラスメントを未然に防ぐため、従業員に対する研修の実施をしております。
- (2) ハラスメントに関する相談、分析等実施体制の整備をしております。
- (3) ハラスメント行為者が利用者またはその家族であり以下に掲げる迷惑行為のように著しく常識を逸脱していると考えられる場合において、当事業所からの申し入れにもかかわらず、改善の見込みがないと判断した場合は、担当者の変更やサービスの中止または

サービス利用契約に基づく不信行為として契約の解除を行うことがあります。

【利用者や利用者家族から当施設の職員に対する迷惑行為】

- ・当事業所を通さない状況での職員によるサービス提供や個人的な連絡（個人契約など）
- ・当事業所職員の自宅住所、電話番号などの個人情報に関する聞き取り
- ・当事業所職員の無断での写真や動画の撮影
- ・暴言、暴行、嫌がらせ、誹謗中傷、パワーハラスメント、セクシャルハラスメント
- ・その他厚生労働省で発表された参考資料に記載の行為

23 その他定めない事項について

この重要事項説明書に定めのない事項については、介護保険法令その他関係法令に定めるところにより、利用者または利用者の家族等と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

24 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和6年 3月31日
実施した評価機関の名称	一般社団法人ば・まる
評価結果の開示状況	独立行政法人福祉医療機構が運営する WAM NET（ワムネット）に掲載 (令和10年3月31日まで)

介護老人保健施設かがやき短期入所療養介護利用及び

介護老人保健施設かがやき 短期入所療養介護を利用するにあたり、短期入所療養介護サービス利用案内（重要事項説明書）を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、十分理解した上で同意し、また、施設サービスを利用するに際して、施設の定める料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団

介護老人保健施設かがやき

施設長 眞下 節

<利用者>

住所

氏名



＜利用者家族代表＞

住所

氏名

請求書・明細書の送付先

住所 〒 —

氏名

(続柄)

緊急時の連絡先

①住所 〒 —

氏名

(続柄)

$$T_{\text{EL}} \quad (\quad) \quad -$$

②住所 〒 —

氏名

(続柄)

TEL () —