

介護老人保健施設ノーブル楽音寺

短期入所療養介護/介護予防短期入所療養介護 重要事項説明書

(令和6年4月1日)

ご利用者される方やご家族様に介護老人保健施設サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明させていただきます。

この「重要事項説明書」は、介護老人保健施設の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定めた規定に基づき、介護老人保健施設サービス提供契約・締結に際して、説明するものです。ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくご質問ください。

1. 開設者の名称及び所在地等について

名 称 ・ 法 人 種 別	医療法人 貴島会
代 表 者 名	理事長 貴島秀樹
所 在 地 連 絡 先	大阪府八尾市楽音寺 3-33 電 話 072-941-1499 FAX 072-941-4666
法 人 設 立 年 月 日	昭和41年12月27日

2. 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

当施設は、要介護及び要支援の状態と認定された入所者様（以下、「入所者様」という）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、入所者様が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く居宅における生活に復帰できるように支援することを目的とします。

(2) 運営方針

入所者様の意思及び人格を尊重し、入所者様の立場に立って、それぞれの状態に応じた医療・看護・介護サービス・相談・援助を実施し、家庭や地域との結びつきを重視した運営を行います。

3. 施設の概要

(1) 名称・所在地等

施 設 の 名 称	介護老人保健施設 ノーブル楽音寺
施 設 長 の 氏 名	平野 正明
所 在 地 連 絡 先	大阪府八尾市楽音寺 3-5 電 話 072-941-8005 FAX 072-941-0845
介 護 保 険 指 定 番 号	大阪府指定（ 第 2755580038号 ）

(2) 入所定員

1 0 0 名	(短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護含む)
---------	---------------------------

(3) 構造等の概要

敷 地 面 積		1,952 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 4階建 (耐火構造)
	延べ床面積	3,789 m ²

(4) 居室及び主な設備の概要

従 来 型	療 養 室	1 0 0 床
	個室	2 室
	多床室 (2 人室)	5 室
	多床室 (4 人室)	2 2 室
	食堂	1 室
	談話室	3 室
	レクリエーションルーム	2 ヶ所
共 用 部 分	診察室	1 室
	機能回復訓練室	1 室
	特別浴室	1 室
	個人浴	1 室
	一般浴	1 室

(5) 当施設の従業者の体制

職 名	業 務 内 容	基 準 人員数
医 師	日常的な医学管理	1
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
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
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
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	1

管理栄養士	栄養ケアマネジメント、献立作成	1
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
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	1

4. 当施設のサービス内容

項目	対象	具体的内容
医療及び看護	全入所者様共通	・ 定期診察（週 1 回） ・ 緊急時の医療対応 ・ 定期健康診断（年 1 回） ・ 血圧測定、検温等による日常健康チェック ・ 服薬管理 ・ 病状急変時の医療機関との連携
医学管理下における介護	全入所者様共通	・ 年間を通じて週 2 回以上の入浴又は清拭 ・ 排泄介助 ・ 適時適切なオムツ交換 ・ 寝たきり防止のための離床促進 ・ 生活リズム維持の為に毎朝夕の着替え介助 ・ 清潔な寝具の提供 ・ シーツ、包布、枕カバーの週 1 回の定期交換 ・ 寝具汚染時の適宜交換
食事の提供及び栄養管理	全入所者様共通	・ 管理栄養士の献立により、入所者の身体状況及び栄養に配慮 ・ 食事時間 - 朝食 7：45～8：30 - 昼食 12：00～13：00 - おやつ 15：00～ - 夕食 18：00～19：00 ・ 食事の自立支援 ・ 栄養食事相談の実施
	従来型の入所者様	・ 原則、食堂を利用
機能回復訓練	全入所者様共通	・ 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
相談及び援助	全入所者様共通	・ 支援相談員による入所時の相談及び援助 ・ 入所中のサービス提供に関しての相談及び援助 ・ 在宅復帰の支援相談及び援助 ・ 退所後の相談及び援助
教養・娯楽	全入所者様共通	・ 「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、遠足等、月 2 回実施）
理美容サービス	全入所者様共通	・ 原則、実費にて月 1 回実施

5. 協力医療機関

当施設は、入所者様に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又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	貴島病院本院
	所 在 地	八尾市楽音寺 3-33
	電 話 番 号	072-941-1499
	診 療 科 名	内科・外科・脳神経外科・整形外科 他
歯 科	入 院 設 備	○有 ・ 無
	病 院 名	吉崎歯科
	所 在 地	八尾市山本町南 1-4-6
	電 話 番 号	072-922-1401

*受診に関しましては、一部負担金等の実費を申し受けますので、ご了承ください。

6. 利用料金

- 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（通常は9割）を除いた金額（通常は1割の自己負担額）及び居住費・食費をお支払いください。※平成27年8月より割合負担の方あり、保険者の発行する負担割合証に記載の支払いになります。
- ② 要介護・要支援認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額をお支払いいただきます。その場合、利用料のお支払いと引換にサービス提供証明書と領収書を交付いたします。
- ③ 認定を受けられた後に、サービス提供証明書と領収書を添付の上、保険者（市町村）に申請すれば、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）。

【料金表】

（1）介護保険給付対象サービス（日額）

要 介 護 度	多 床 室	従 来 型 個 室
要支援1	641円	605円
要支援2	809円	759円
要介護1	868円	787円
要介護2	920円	837円
要介護3	987円	903円
要介護4	1,021円	960円
要介護5	1,100円	1,015円

（2）要介護度にかかわらず、加算される自己負担分（日額）

療養食加算	医師の指示に基づいた食事を提供した場合	1食につき	9円
夜勤職員配置加算	夜勤職員を基準より多く配置	1日に付き	25円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	①介護福祉士 50%以上 ②常勤職員が 75%以上 ③勤続 7 年以上 30% ①・②・③のいずれかの要件を満たしている場合。	1日に付き	7円
送迎加算	車での送迎の片道の費用。	片道	193円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	介護老人保健施設の基準型を算定し、在宅復帰・在宅支援等指標により算定した数が 40 以上である場合。	1日に付き	54円
個別リハビリテーション実施加算	医師・看護師・PT・OT・ST等が共同して個別リハビリテーション計画を作成。	1日に付き	251円

	個別リハビリテーション計画に基づき、医師又は医師の指示を受けたPT・OT・STが概ね20分以上の個別のリハビリテーションを。実施する		
処遇改善加算	介護職員の処遇改善に資する費用として加算	1月に付き	総単位数の3.9%
特定処遇改善加算	経験年数ある介護職員の処遇改善に資する費用として加算	1月に付き	総単位数の1.7%
処遇改善支援加算	介護職員賃金ベースアップに資する費用として加算	1月に付き	総単位数の0.8%
処遇改善加算（Ⅱ）	上記処遇改善加算・特定処遇改善加算・処遇改善支援加算が廃止となり一本化される。令和6年6月より	1月に付き	総単位数の7.1%

※施設サービス費及び各種加算項目（保険給付の自己負担額）につきましては単位を基礎に算定しており、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じますのでご了承願います。

（３）介護保険給付対象外サービス

①食費・居住費

項 目	金 額		
食事の提供に要する費用	朝食	300 円	1,800 円
	昼食	800 円	
	夕食	700 円	
居住に要する費用	多床室	1日につき	450 円
	従来型個室		1,728 円

利用者負担段階	居住費（滞在費）		食 費	合 計
	居室環境	負担限度額	負担限度額	利用者負担額
第1段階	多床室	0	300	300
	従来型個室	550		850
第2段階	多床室	430	600	1030
	従来型個室	550		1150
第3段階①	多床室	430	1,000	1430
	従来型個室	1,370		2370
第3段階②	多床室	430	1,300	1730
	従来型個室	1,370		2670
第四段階	多床室	450	1,800	2250
	従来型個室	1,728		3528

※1 食費・居住費については、介護保険負担限度額認定書の交付を受けた方にあつては、当該認定書に記載されている負担限度額（上記の表に掲げる額）となります。

②その他の費用

種 類			金 額	内 容
日用品費		1日につき	250 円	石鹸・シャンプー・おしぼり等の共用物品費
教養娯楽費		1日につき	100 円	クラブ活動・レクリエーション等の材料

				費
理髪・美容	カット・顔そり	1 回につき	3, 200 円	理髪店の出張による理美容サービスとなっております。
	パーマ・顔そり	1 回につき	7, 700 円	
	カット・毛染め	1 回につき	7, 700 円	
私物洗濯料		1 回につき	500 円	基本的には、ご家族様で、ご自宅でお願 いします。

※ 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。

(4) お支払い方法

- ① 毎月 10 日位を目途に前月分の請求書を発行しますので、定期的にご利用いただいている場合は、10 日以降の初回の利用日とさせていただきます。
- ② 定期的なご利用がない（急な利用等）短期入所療養介護（月 1 回など）については、退所する日にご精算をお願い致します。

7. 利用開始までの流れ

(1) 利用手続き

- ① 当施設の支援相談員により、入所相談を行います。
- ② 必要書類【利用申込書、当施設指定健康情報提供書、入所者状況調査票（1）（2）】を提出して頂きます。
- ③ 利用者様及びご家族様と面談させていただきます。
- ④ 当施設の医師、看護師、介護福祉士、管理栄養士、理学療法士、支援相談員、介護支援専門員で入所判定を行います。
- ⑤ 後日、支援相談員より、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 当施設への短期入所療養介護利用にあたり、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。
- ⑦ 短期入所療養介護利用については居宅介護支援事業所の計画書に基づき行います。
- ⑧ 3 泊 4 日以上短期入所療養介護の利用については、ご家族様やご本人様の意向などを踏まえて介護計画書を策定しますので事前に希望等があれば御意見賜りますのでよろしくお願い致します。
- ⑨ 別紙にて短期入所利用時に持参して頂くものを記載していますので忘れ物がないようにお願いします。
- ⑩ 利用日の変更や中止等は早めにご連絡頂くと同時に居宅介護支援事業所にもその旨、連絡お願い致します。

注意事項、利用当日の朝、発熱がある、体調が優れず受診が必要な状況がある場合は短期入所療養介護の利用はできませんので予め御了承下さい。また、利用日にお迎えに伺った際に排便状況（最終便の日）や投薬の変更の有無等も確認させていただきますので宜しくお願い致します。貴重品や携帯電話などの持ち込みはご遠慮いただいております。

8. 施設利用に当たっての留意事項

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、健康管理及び感染予防上、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時から午後7時までとします。 各階サービスステーションに置いてあります面会簿に必要事項をご記入いただきます。
消灯時間	通年午後9時とします。
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。
火気の取り扱い	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ください。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。
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。携帯電話はペースメーカーに影響がある為、禁止しています。
他科受診	利用期間中の他科受診はご家族様にお願いしています。
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	ご家族様で、ご自宅でお願いします。施設には、コイン式洗濯機・コイン式乾燥機を設置しています。
宗教・政治活動	禁止しています。
営利行為	禁止しています。

9. サービス提供の記録

(1) 作成・保存

入所者様の介護保険施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録をその完結の日から5年間保存致します。

(2) 閲覧・開示

入所者様ご自身に関する介護保健施設サービス実施記録を閲覧できます。閲覧など業務に支障のない時間をお願いします。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。但し、申込日より2年前までの記録を限度とし、個人情報の保護の為、申請者はご本人またはご本人より依頼のあった方、契約時の代理人、後見人の方とさせていただきます。

10. 身体拘束

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. 守秘義務の徹底

当施設の職員及び委託業務職員は、業務上知り得た入所者様又ご家族様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いたします。但し、次の各号についての情報提供については、当施設は入所者様及びご家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

- ① 介護保健施設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の提供する場合。
- ② 介護保健施設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、仮名等を使用し入所者様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扱いと致します。

1 2. 事故発生時の対応

- (1) 施設は、入所者様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、速やかに市町村に連絡し、その状況等を記録します。
- (3) 施設は、入所者に対する施設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。

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	

1 3. 非常災害対策

非常時の対応		・消防計画に基づき対応します。 ・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。		
消防訓練		・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。		
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		森田耕平		

1 4. サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 当施設の苦情・相談窓口

窓口責任者	尾形幸生
ご利用時間	午前9時から午後7時まで随時
ご利用電話番号	072-941-8005
面談場所	面談室等
ご意見箱	受付カウンター等

(2) 行政等関係機関の苦情受付

大阪府 健康福祉部 高齢介護室 施設課	0 6 - 6 9 4 4 - 7 2 0 3
八尾市 健康福祉部 介護保険課	0 7 2 - 9 2 4 - 9 3 6 0
大阪府 国民健康保険 団体連合会	0 6 - 6 9 4 9 - 5 4 4 6

1 5. 虐待の防止について

当事業所は、入所者（利用者）などの人権の擁護・虐待防止のために必要措置を講じます。

- (1) 職員に対し虐待を防止するための研修を行います。
- (2) 施設内において虐待が発生しないように管理体制の強化をします。
- (3) 当事業所は、サービス提供中に、当該施設（事業所）または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護するもの）による虐待を受けたと思われる入所者（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する。
- (4) 成年後見人制度の利用支援。

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 短期入所利用要介護及び介護予防短期入所療養介護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>

事業者名 医療法人 貴島会
介護老人保健施設 ノーブル楽音寺

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 短期入所利用要介護及び介護予防短期入所療養介護のサービス及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

<入所者様>

ご住所 〒 _____

ご氏名 _____ 印

<代理人様>（後見人など）

ご住所 〒 _____

ご氏名 _____ 印 続柄（ ）