重要事項説明書

短期入所療養介護
介護予防短期入所療養介護

医療法人社団　恕和会
介護老人保健施設
カトレア六甲

1. 施設経営法人

（１）法人名	医療法人社団　恕和会
（２）所在地	神戸市北区松が枝町３丁目１番74号
（３）電話番号	０７８-５８３-７８８８
FAX番号	０７８-５８３-７５７１
（４）代表者氏名	理事長　松田　旭功
（５）設立年月日	平成　11年４月１日

2. ご利用施設

（１）施設名	介護老人保健施設　カトレア六甲 (短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護)
（２）開設年月日	令和　２年８月１日
（３）所在地	兵庫県神戸市北区唐櫃台４丁目３９-１
（４）電話番号	０７８-９８７-００３６
FAX番号	０７８-９８７-０３０１
（５）管理者	施設長　齊藤　直興

3. 当施設で実施する事業

事業の種類		兵庫県知事の事業指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施　設	介護老人保健施設	令和２年８月１日	2855080129	１００名
居　宅	通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ 介護予防通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	令和２年８月１日 令和２年８月１日		４５名
	短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護	令和２年８月１日 令和２年８月１日		空床利用
	訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ 介護予防訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	令和２年８月１日		

4. 事業の目的

短期入所療養介護は、利用者がその能力に応じた居宅での生活を一日でも長く継続できるよう、利用者の要支援、要介護状態の軽減又は、悪化の防止に資すると共に、利用者の心身の状況を踏まえて当該利用者の療養を適切に行い、利用者の療養生活上の質の向上及び利用者家族の身体的または精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

<u>短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護カトレア六甲の運営方針</u>

（１）利用者個々の特性に応じたケアプランを作成し、（４日以上滞在の場合）医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護、その他日常生活上の支援を行います。

（２）心身機能、活動、参加などの生活機能の維持向上を目指し、在宅生活が

維持できるように療養生活を支援します。
（３）利用者の病状及び、その置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な説明をさせて頂きます。
（４）家族,地域の皆様にとって開かれた施設を目指すと共に、家庭的な雰囲気を大切にし、きめ細やかなサービスの提供に努めます。
（５）短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護サービスの提供に当たっては、原則として身体拘束等を行いません。但し、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体の保護を目的として緊急やむを得ない場合は、利用者または家族に対し説明と同意の上、最小限度のものとします。
（６）緊急ニーズに対応する為の事業間のネットワーク体制の構築に努めます。
（７）虐待ケースの対応、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅中重度者等への対応にも努めます。

5. 施設の概要

敷　地	５，４９１㎡
建　物	構造：鉄筋コンクリート造地下１階地上２階建（耐火建築）
	延べ床面積　　４，９１９．２７㎡

6. 居室数の概要

入所室	個室	２人部屋	３人部屋	４人部屋
一般療養室	6	1	0	１２
認知症療養室	5	0	1	9

7. 施設の職員体制

（１）	管理者	１人
（２）	医師	１人以上　（常勤換算）
（３）	薬剤師	0.４人以上　（常勤換算）
（４）	看護職員	10 人以上　（常勤換算）
（５）	介護職員	24 人以上　（常勤換算）
（６）	支援相談員	１人以上
（７）	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	１人以上
（８）	管理栄養士	１人以上
（９）	介護支援専門員	１人以上
(10)	事務員	１人以上

従業者の職務内容
（１）　管理者は、介護老人保健施設に携わる従業者の総括管理、指導を行う。
（２）　医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
（３）　薬剤師は、医師の指示に基づき調剤を行い、施設で保管する薬剤を管理するほか、利用者に対し服薬指導を行う。
（４）　看護職員は、医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行なうほか、利用者の施設サービス計画に基づく看護を行う。
（５）　介護職員は、利用者の施設サービス計画に基づく介護を行う。

（６）　支援相談員は、利用者及びその家族からの相談に適切に応じるとともに、レクリエーション等の計画、指導を行い、市町村との連携をはかるほか、ボランティアの指導を行う。
（７）　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施、又は指導を行う。
（８）　管理栄養士及び栄養士は、利用者の栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理、食事相談を行う。
（９）　介護支援専門員は、利用者の施設サービス計画の原案をたてるとともに、要介護認定及び要介護認定更新の申請手続きを行う。
(10)　事務員は施設、設備の維持管理、人事・経理等の事務全般を行う。

8. 非常災害対策
防災設備：スプリンクラー，消火器，消火栓
防災訓練：年２回程度

９．当施設が提供する（介護予防）短期入所療養サービス

（１）　短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護サービス計画の立案（週４日以上滞在の場合）
（２）　食事（栄養管理）
（３）　入浴
（一般浴槽のほか、入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します）
（４）　医学的管理・看護
（５）　介護（退所時の支援も行います）
（６）　機能訓練（リハビリテーション・レクリエーション）
（７）　相談援助サービス
（８）　適宜利用者の為のレクリエーション行事
（９）　理美容サービス（原則として月１回実施します）
（１０）健康管理（インフルエンザ予防接種に係る費用等）
（１１）行政手続き代行

10. サービス利用料（１日あたり）
介護保険法に基づき、別表による費用徴収を致します。在宅強化型施設の基準を満たす場合は、これに準ずる費用を徴収いたします。（要介護認定申請中にご利用の方で、認定が非該当［自立］であった場合、みなし介護度に準じた介護報酬額を実費で徴収致します。）
基本利用料金とは別に利用料金を頂くサービスがあります。
特別な食費・日用品費・教養娯楽費は実費による徴収を致します。別表による申込みが必要ですので、具体的にご相談下さい。
＊利用料金の支払い方法
毎月１０日までに、前月分の請求書を送付いたしますので当月末までにお支払い下さい。支払い方法は事務所窓口・ゆうちょ銀行自動払い込み・銀行振り込みをご利用下さい。領収書は請求書に領収印の捺印で代えさせて頂きます。（振込の方は振り込み明細確認の上、捺印致します。）

支払期日を過ぎても支払いのない場合は新たなサービス利用はできません。

11. 相談・苦情について

（１）当施設における苦情の受付

① 苦情受付窓口（担当者）　支援相談員：橋本　知彦
苦情解決責任者　施設長　：齊藤　直興
TEL：０７８（９８７）００３６
受付時間：９：００～１６：００(平日)

② 「ご意見箱」の設置をしております。
投函にてお申し出下さい。

（２）行政機関、その他苦情受付機関

① 神戸市福祉局監査指導部
TEL：０７８（３２２）６２４２
受付時間：平日８：４５～１２：００
１３：００～１７：３０

② 神戸市消費生活センター　TEL：０７８（３７１）１２２１
受付時間：平日９：００～１７：００

③ 兵庫県国民健康保険団体連合会　TEL：０７８（３３２）５６１７
受付時間：平日８：４５～１７：１５

④ 養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話
(監査指導部内)　TEL：０７８（３２２）６７７４
受付時間：平日８：４５～１２：００
１３：００～１７：３０

12. 個人情報の保護等

事業者及びサービス従業者は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者または家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩いたしません。ただし、サービスを提供する上で利用者の個人情報を用いる必要がある場合は、利用者もしくは家族の同意を得てから用いる事とし、同意の場合には同意書の提出をお願いしております。

13. 記録の保管

（１）当施設は、利用者の短期入所療養介護サービス等の提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後５年間保管します。

（２）当施設は、利用者及び家族が前項記録の閲覧・謄写を求められた場合は、原則としてこれに応じます。ただし、契約者・その他の者（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。

14. 賠償責任

（１）サービスの提供に伴って、当施設の責任によって利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して損害を賠償するものとします。

（２）利用者の責任によって、当施設が損害を被った場合、利用者は当施設に対して損害を賠償するものとします。

（３）万一の事故の発生に備え、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険会社株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	事業者が所有、使用または管理している各種の施設・設備・用具などの不備や業務活動上のミスが原因で、第三者の身体障害や財物損壊等が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合の補償として

15. 緊急時の対応

（１）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、協力歯科医療機関での医療を依頼することがあります。

（２）当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、他の医療機関を紹介します。

（３）利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は利用者及び契約者が指定するものに対して緊急に連絡すると共に居宅介護支援事業者等関係機関との連携を速やかに行います。

16. 協力医療機関

当施設では、利用者の状態が急変した場合に速やかな対応がとれるよう下記の医療機関、歯科医療機関に協力いただいております。

協力医療機関等

名　　称　　医療法人社団　恕和会　松田病院
住　　所　　神戸市北区松が枝町３丁目１番７４号
名　　称　　医療法人社団　顕修会　顕修会すずらん病院
住　　所　　神戸市北区鈴蘭台西町２丁目２１番５号

協力歯科医療機関

名　　称　　なかたに歯科クリニック
住　　所　　神戸市兵庫区駅前通１－３２－１

17. 他機関との連携について

利用者及び契約者の希望により、利用者の置かれている環境などを勘案し、利用者が継続的かつ包括的にサービスを利用できる様、他機関との連携に努めます。

18. 施設を退所していただく場合

（１）利用者及び契約者から退所申し出があった場合。

（２）利用者が施設、施設の職員もしくは他の入所者に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為もしくは反社会的行為を行った場合、または重大な自傷行為を繰り返すなど利用者自身の生命もしくは健康に重大な影響を及ぼすおそれがある行為を行った場合。

（３）利用者が、医療機関への入院が必要となった場合。

（４）利用者の（介護予防）居宅介護サービス計画で定められた利用予定日数を満了した場合。
（５）天災、災害（感染症の拡大を含む。）、施設・設備の故障その他、やむを得ない理由により当施設を利用されることができない場合。
（６）利用者が死亡された場合。

19. 利用の留意点

短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の利用にあたっては、下記の事項をお守り下さい。

（１）送迎が必要な場合は、時間等の調整をさせて頂きます。
（２）面会

面会時間	平日	１０：００～１７：３０
	土 日 祝	１０：００～１７：３０

＊来訪時は、受付にて必ず記名をお願いします。
（３）飲酒･喫煙
施設内では飲酒・喫煙を行ってはいけません。
（４）火気の取り扱い
施設内での火気の取り扱いは禁止させて頂いております。
（５）設備備品等の利用
施設の設備備品は、利用者相互で公平平等にご使用下さい。
（６）所持品備品等持ち込み
日常生活に必要な最小限のものにとどめて下さい。
（７）金銭貴重品の管理
必要最小限の金銭貴重品とし、自己責任で管理をお願いします。
（８）宗教活動
施設内での政治活動、宗教活動は行わないで下さい。
（９）ペットの持ち込み
施設内へのペットの持ち込みは禁止しております。
（１０）秩序・風紀
施設内の秩序、風紀を乱すこと、または安全衛生を害することを行わないで下さい。
（１１）拘束の禁止
緊急やむを得ない場合は身体拘束を行いますが、その際は家族等の許可を得、書面に残します。
（１２）利用予約は原則１週間以上前から電話等にて受付けを行います。
（ご利用に際しては、担当のケアマネジャーさんにご相談下さい）
（１３）要介護・要支援認定申請がお済みでない方、非該当（自立）の方はご利用頂けません。
（１４）利用日程の変更・キャンセルについては利用予定日の前々日までに当施設へご連絡下さい。事前のご連絡がなく、前日もしくは当日になって利用の中止をお申し出になられた場合、取消料として１５００円をキャンセル料金として一律に徴収致します。

令和　　年　　月　　日

短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護老人保健施設　カトレア六甲
短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護

説明者　　職　名　　支援相談員

氏　名　　印

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護サービスの提供に同意しました。

利用者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代理人　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（続柄：　　）

個人情報の使用に係る同意書

私は、私およびその家族の個人情報について、介護老人保健施設カトレア六甲が（介護予防）短期入所療養介護を実施するにあたり、以下に記載するところにより、必要最低限の範囲内で使用、提供することに同意します。

１．使用する目的

（１）貴事業所外部に対して行う情報提供

・介護保険における私の要介護（要支援）認定の申請および更新、変更に必要な最小限の情報提供

・私の居宅サービス計画および施設計画を作成し、介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護のサービスを円滑に提供するために行うサービス担当者会議等において必要な最小限の情報提供

・上記のほか、医療機関、福祉事業者、居宅介護支援事業所の介護支援専門員、介護サービス事業者との連絡調整に必要な最小限の情報提供

（２）貴事業所内部において、私に対し、介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護のサービスを円滑に提供するために必要となる最小限の範囲の使用

（３）その他、貴事業所内外において、私に対する介護サービスが円滑に提供されるために必要となる最小限の範囲の使用

居室前への氏名の掲示　生活上や行事等での活動記録・様子・写真を掲示・広告誌・お便り・ホームページ（ブログ）への最小限の使用

２．使用にあたっての条件

・個人情報の使用は、１ に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、使用に際しては関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

・貴事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録し、私の請求があれば開示すること。

３．使用する個人情報の内容

・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、貴事業所が私に対し介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護のサービスを円滑に提供するために最小限必要な、私や家族に関する個人情報

４．使用する期間

契約期間に準ずる。

令和　　年　　月　　日

介護老人保健施設カトレア六甲　管理者様

利用者（または代理人）　住所

氏名　　印

電話

署名代筆者　住所

氏名　　印

電話

（利用者との関係　　）

利用者家族代表　住所

氏名　　印

電話