

介護老人保健施設ヴィヴァン居宅介護サービス

介護老人保健施設ヴィヴァン短期入所療養介護

介護老人保健施設ヴィヴァン介護予防短期入所療養介護

重要事項説明書

医療法人社団 三恵会

介護老人保健施設ヴィヴァン短期入所療養介護

介護老人保健施設ヴィヴァン短期入所療養介護重要事項説明書

<はじめに>

- ・この説明書は、介護老人保健施設ヴィヴァン短期入所療養介護のご利用にあたり、利用契約書及び同意書を施設と交わしていただく時にご承知いただく重要事項を説明したものです。
- ・介護老人保健施設ヴィヴァンは、医療法人社団三恵会が運営する事業所です。当事業所は、要介護状態と認定された利用者に、短期入所療養介護サービス（ショート・ステイ）を提供します。
- ・介護老人保健施設ヴィヴァンは、介護保険法の趣旨に基づき、老人の自立を支援し、家庭への復帰を目指す施設であり、明るく家庭的な雰囲気のもとで、地域や家庭との結びつきを重視して運営します。
- ・介護老人保健施設ヴィヴァンは、「利用者の笑顔づくり」、「明るい職場づくり」、「地域から支持された施設づくり」を三大方針として、これに基づいたサービスを提供します。

1. 老人保健施設ヴィヴァンの施設概要

(1)施設の名称等

経営主体	医療法人社団 三恵会 理事長 三宅 泰二郎
事業所名	介護老人保健施設ヴィヴァン短期入所療養介護 施設長 江嶋 克史
施設開設年月日	平成9年7月7日
所在地	〒761-0080 香川県高松市木太町 4443 番地 1
建物	鉄筋コンクリート造 3階建 1389.00 m ²
定員	短期入所定員 （※老人保健施設の空室利用）
電話等	T E L : 087-869-1111 F A X : 087-869-1182

(2)施設の短期入所介護指定番号及びサービス提供地域等

介護保険事業所番号	介護老人保健施設 3750180063
サービスを提供する地域	地域は問いませんが、送迎の場合、その可能な地域。
入所相談	午前8時30分～午後5時30分
営業時間	通年、24時間体制
その他	サービス提供開始にあたり、日程調整を頂く場合があります。

(3)施設の職員体制

職 種	常勤人員	非常勤人員	摘 要
管理者	1名		
医師	1名	1名	
理学・作業療法士	4名		
支援相談員	1名		
看護・介護職員	22名	3名	うち1名介護支援専門員

栄養士	1名		管理栄養士
その他の職員	3名	3名	

※職員の異動等に伴い変動する場合があります。

2. 施設が提供するサービスについての相談窓口

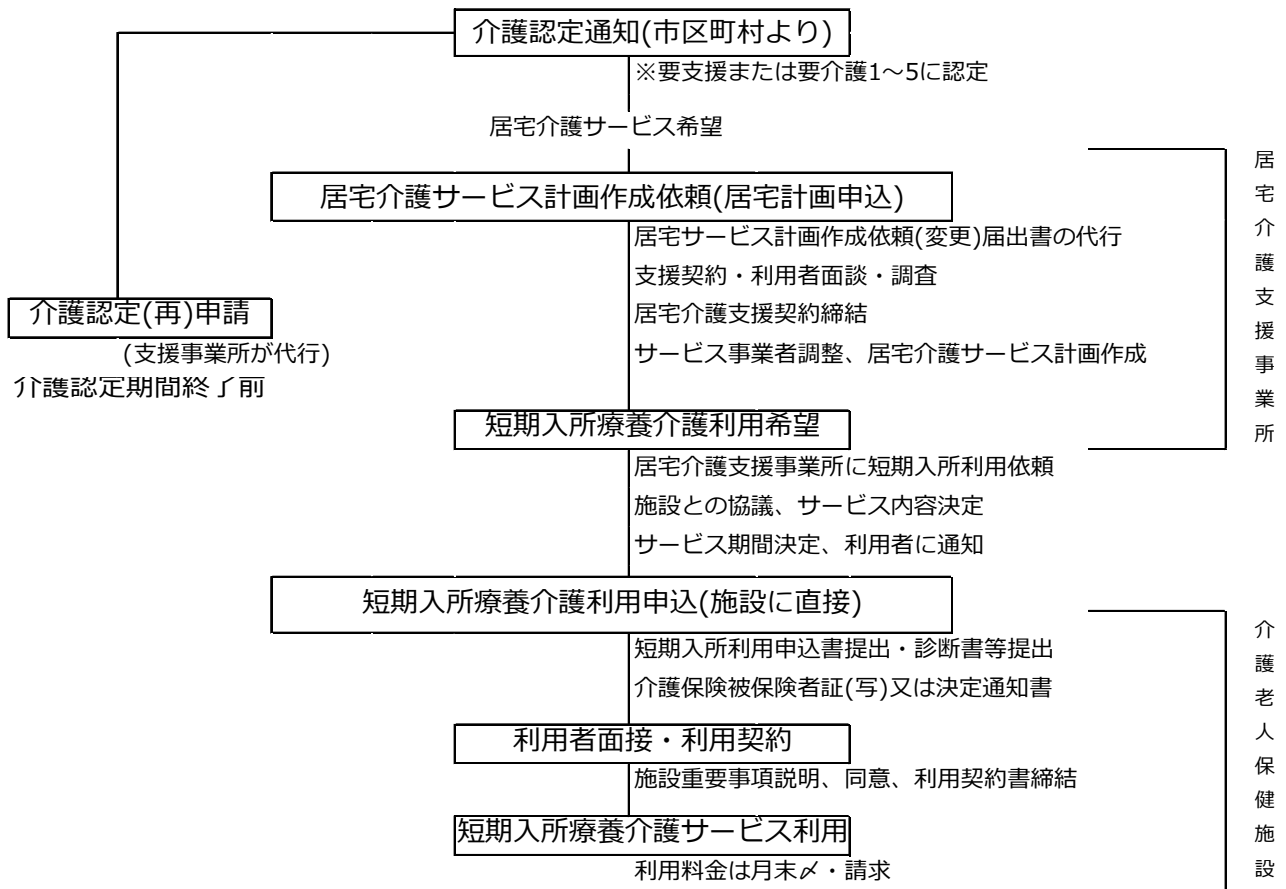
電話	087-869-1111
FAX	087-869-1182

担当：通所・短期入所担当 支援相談員 あかぎき たかお 赤崎 隆雄 相談及び苦情受付 えじま かつひと 江嶋 克史

3. 施設利用の申し込みからサービス提供までの流れ

(1)短期入所療養介護サービスを受けることができる方は、要支援又は要介護1～5に認定された方です。介護保険給付限度額の範囲でサービスを受けられます。

(2)短期入所療養介護サービス（ショートステイ）利用の流れ



4. 施設の主なサービス内容

(1) サービスの内容

①居宅サービス計画の実施	居宅介護サービス計画に基づき、施設でのサービス内容を検討、立案し、施設でのサービスを実施します。
②医療・看護サービス	医師の指示に基づき、医療・看護サービスを実施します。
③リハビリ機能強化訓練 個別リハビリ	サービス計画に基づき、専門の療法士がリハビリテーション計画を作成、自立、家庭復帰に向けたサービスを提供します。レクリエーション、クラブ活動を実施し、生活面からのリハビリテーションサービスも併せて提供します。
④日常生活のサービス	利用者の心身状況にあった、食事の提供、入浴、排泄の介護を実施します。 又、医師の指示に基づき、日常の健康管理を実施し、生活相談に応じます。理美容・喫茶もサービス提供します。
⑤支援相談サービス	日常的な生活相談に応じます。又、介護保険制度についてのお問い合わせに対応します。
⑥送迎サービス	短期入所をご利用の利用者は、居宅介護サービス計画に基づき、送迎します。

(2)ご利用時に必要なもの

①書類等

- ・ 介護保険被保険者証、健康保険被保険者証、老人医療受給者証、健康手帳
※保険証等が変更になりましたら、必ず施設にご持参ください。
- ・ 所定の預金口座振替依頼書（利用料金口座振替ご希望の場合）
- ・ 診断書
- ・ ご服用のお薬
- ・ 身体障害者手帳等

※事業所の通所リハビリテーションをご利用の方で、被保険証、口座振替依頼書、診断書等をご提示いただいている方は、提出いただく必要はありません。

②持ち物

- ・ 入所時の持ち物には必ず名前をご記入いただくか、縫い付けるようにして持ち物の特定ができるようにご準備ください。名前の位置は、衣服の場合、ズボン等には、腰周りの前側に、シャツ等は、裾周りの前側で特定ください。
特に、お持込の袋、バック、はきものなどにも必ずお名前をご記入ください。
- ・ 持ち込み電気製品のご利用時は、電気料をご負担いただきます。事前に施設にご相談ください。
- ・ 使い慣れた車椅子、老人車等を持ち込みできます。（施設でもご用意いたします。）

- ・洗濯の提供は、ご希望により施設でさせていただきますが、洗濯機などで水洗いできないウール地等は、ご家族各々で対応いただくことになります。
- ・オムツは、施設がご用意します。但し、持ち込みも可能です。

○短期入所ご利用の場合の持ち物例

種 類	内 容	必 要 数
衣類	普段着(トレーナー・ジャージなど) パジャマ(上・下) 肌着(シャツは前あき・首周りの広いもの) 靴下	各 1~3 枚程度
日用品	タオル、バスタオル はきもの(室内用運動靴) はきもの(外出時運動靴) 歯ブラシ等の洗面用具(割れないもの) 茶器セット(ご希望の場合、割れないもの) くし、電気かみそり(ご希望の場合)	1~3 枚 1 足 1 足 1 組 1 組 1 組

寝具	タオルケット、毛布	
電気製品	テレビ・ラジオはイヤホン必要	事前相談
その他	日常生活で必要な筆記用具等、ご希望があればご持参ください。但し、利用者にて管理いただくこととなります。	必要な場合

(3)その他サービスご利用時に留意いただくこと

①食事時間

- 朝食 午前 7時 50分から
昼食 午前 11時 35分から
夕食 午後 4時 50分から

②入浴日

月曜日から土曜日の間で、居宅介護サービス計画に基づき入浴の提供をします。

③面会時間

入所の方への面会は、曜日及び時間指定となっております。

面会時には、玄関に備え付けの面会人名簿にご記入をお願いします。

面会ご希望時に、風邪・其他のご病気がある方は、面会を差し控えてください。

又、お持込みのものは厳禁です。

④協力医療機関等

事業所では、協力医療機関として病院等と契約を締結しています。利用者の状態が急変した場合は、速やかな対応をお願いすることとしています。その場合、ご家族に連絡いたしますが、ご状態により先行して医療機関に搬送させていただくことがありますのでご承知ください。

●協力医療機関	木太三宅病院	高松市木太町 3836 番地 7
●協力歯科医療機関	木村歯科	高松市木太町 466 番地 6

⑤緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先にご連絡します。

「同意書」にご記入いただいている連絡先が不在の場合は第2連絡先がある場合はそちらにご連絡致します。

⑥短期入所の利用者の他医療機関への受診

短期入所中の利用者が医療機関を受診される場合は、必ず施設に事前にご相談ください。他の医療機関での受診については、その内容によって健康保険等の適用が受けられず、全額自己負担いただく事案もありますので、事前のご相談は遵守をお願いいたします。

⑦賠償責任事項

居宅サービスの提供に伴って事業所の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、事業所は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

利用者の責に帰すべき事由によって、事業所が損害を被った場合は、利用者及び扶養者は、連帯して、事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

⑧非常災害対策

防災設備：スプリンクラー・消火器・消火栓・自動火災報知設備等

防災訓練：年2回以上

施設運営の安全のため、各種保守点検を実施しています。年2回の防災訓練時には、利用者のご協力をお願いいたします。

⑨施設ご利用にあたって、現金の持ち込みはお断りします。

又、施設、職員に対する金品の付け届けは禁止いたしております。

⑩事業所では、ご利用者、職員に対する外部の営利行為・宗教活動・特定の政治活動は、ご遠慮願っております。

- ⑪施設は、サービス提供にあたり利用者が快適な施設生活を送れるよう、安全な環境作りに努めるが、予見不可能な利用者の心身状態や疾病に伴う様々な症状及び行動が原因により、回避できない危険性（リスク）が伴うことがあり得ることをご理解願います。

5. 利用料金

(1)利用料金

ご負担いただく利用料金は、別表2、3のとおりです。法令で定められた介護保険給付の利用者負担金と、施設で定めた利用料によりご負担いただきます。

別表2、3（短期入所利用料金一覧表、介護予防短期入所療養介護利用料金一覧表）中利用料金は、世帯の収入に応じて利用者負担段階が認定された負担段階第1段階から第4段階）により利用料金をご負担いただくことになります。

尚、利用者負担段階に関する認定及び決定につきましては、利用者ご本人の住所地の自治体（市町）にご本人又は代理人（ご家族等）の申請により認定・決定されます。

また、利用料の他、居室使用料(家賃)・食費・光熱費が必要となります。

その他、医療費・理美容代・おむつ類代・嗜好品購入費等については実費負担となります。

※詳細は別表2、3「利用料金一覧表」にあります。

利用料金は、毎月月末締切り請求させていただきます。

(2)お支払いの方法

現金、口座振替、振込の3種類の方法があります。どちらの場合も1ヶ月まとめた請求とさせていただきます。現金の場合は、直接施設でお支払いください。

利用者の口座金融機関は、香川県内に本店のある金融機関です。振替等の手数料は、利用料金の消費税とともにご負担いただきますので、ご了承ください。

なお、事業所の通所リハビリテーションサービスをご利用の利用者で口座振替手続がお済みの方は、当該口座から振替させていただきます。

(3)お支払いの期限

毎月10日までには、請求明細が出来ますので、現金及び振込の方は、1週間以内にお支払いください。自動振替の場合は、原則毎月20日に振り替えします。

(4)医療費控除

利用料金の一部が医療費控除になります。詳しくは、確定申告前にもよりの税務署等にご相談ください。申告には領収書が必要になります。

(5)高額介護サービス費

利用者が負担される毎月の介護保険給付の1割利用者負担金について、高額介護サービス費が適用され、支給される場合があります。市町村への申請が必要です。

6. サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

利用者ご指定の居宅介護支援事業所が作成する居宅サービス計画に基づきサービスの提供が開始されます。

(2)サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

文書（施設で備え付けております。）によりお申し出下さればいつでも解約できます。

②施設の都合でサービスを終了する場合

契約書第5条第2項に該当した場合、やむを得ず、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、10日以上予告期間をもってお知らせいたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所された場合、又は病院等に入院された場合

※ 介護保険施設とは、介護福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護医療院の3種類の施設です。

- ・利用者がお亡くなりになった場合

7. サービス内容に関する苦情等

①ご相談・苦情相談機関

施設の担当者以外に、ご指定の居宅介護支援施設及び市町村で各サービスの相談・苦情を受け付けています。

施設の担当者以外に、県又は市町村で各サービスの相談・苦情を受け付けます。

- 施設担当者：赤崎支援相談員

- 高松市役所介護保険課

（住所）高松市番町 1-8-15 （TEL）087-839-2326

- 香川県国民健康保険団体連合会

（住所）高松市福岡町 2-3-2 （TEL）087-822-7435

- 香川県社会福祉協議会サービス運営適正化委員会

（住所）高松市番町 1-10-35 （TEL）087-861-1300

②介護保険制度に関する資料等は、施設で準備していますので、ご相談ください。

8. 成年後見人制度及び地域権利擁護事業等

当法人又は事業所が入所利用申込の際、判断能力等に障害があると判断した場合は、成年後見人制度又は地域権利擁護事業の利用、第三者である立会人を求める場合がある。

9. 緊急及び事故発生時の対応

(1) 緊急時等における対応

従業者は、サービス提供を行っている時に利用者に病状の急変が生じた場合、その他の緊急事態は、速やかに医師・親族・居宅介護支援事業所等への連絡、対応を行います。また、その経過を記録して残します。

(2) 事故発生時の対応等

当施設は、施設サービス提供により事故が発生した場合には速やかに親族・当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。必要時には、市町に報告いたします。

は事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。また、その経過の記録を残し、その完結の日から5年間保存します。

10. 損害賠償責任

(1) 事業所は、契約に基づくサービスの提供にあたって、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は速やかにご家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(2) 前項の場合において、当該事故の発生につき施設の故意もしくは重大な過失がある場合には損害を賠償いたします。

11. 個人情報保護について

(1) 利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業所における個人情報の適切な取り扱いの為のガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めていきます。

(2) 事業所及び従業者は、業務上で知り得た利用者およびその家族に関する個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に関わる目的以外は決して使用しません。

利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了以降において、また、従業者の退職後も第三者に漏らしません。

(3) 事業所は利用者に医療上、緊急の必要がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとしします。

12. 非常災害時の対応

- (1) 非常災害に関する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、施設の見やすい場所に掲示します。
- (2) 前項の計画に基づき、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- (3) 非常災害に備え、飲料水、日用品等の備蓄3日分程度を常備しています。

13. 衛生管理等

- (1) 「介護職員のための感染症対策マニュアル」に則って、感染対策を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

14. 身体的拘束適正化について

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。

施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。

- (1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（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。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業員に周知徹底を図るものとする。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
- (3) 介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

15. 虐待防止について

①利用者の人権の擁護・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（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。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図る
- (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（年2回以上）な研修の実施
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

②施設は、介護保健施設サービス提供中に、当該施設従事者又は養護者（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。

15. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する本サービスの提供を継続的に実施するための計画、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（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。
- (2) 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年に1回以上実施します。
- (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。

16. ハラスメント対策の強化

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又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職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていきます。またカスタマーハラスメント（利用者やその家族などからの著しい迷惑行為）の防止にも取り組みます。職員の心身に危害が生ずるおそれがある場合であって、その危害の発生、再発生を防止することが著しく困難な場合、当該従事者ないし事業所が利用者へサービス提供することが困難となった場合は契約解除を行う事があります。

17. 当法人の事業

医療法人社団 三恵会 定款の目的に定めた事業	1. 老人保健施設ヴィヴァンの設置運営 介護老人保健施設（入所介護） 通所リハビリテーション（デイ・ケア） 短期入所療養介護（ショート・ステイ） 介護予防通所リハビリテーション（予防デイ） 介護予防短期入所療養介護（予防ショート）
---------------------------	--

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記の内容について、ご利用者に説明を行いました。

事業所	法人名	医療法人社団 三恵会
	事業所名	介護老人保健施設ヴィヴァン短期入所療養介護
	所在地	香川県高松市木太町4-4-3番地1
	説明者(職員名)	⑩

上記内容の説明を事業所から確かに受け、内容について同意、承諾し、重要事項説明書の交付を受けました。

ご利用者	住所	
	氏名	⑩

※ 利用者本人自署 / 本人自署不能につき身元引受人代筆 (いずれかに○)

私は、重要事項説明書の説明を受け、これに同意、承諾します。

ご利用者	住所	
	氏名	続柄() ⑩