

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

社会医療法人愛仁会

介護老人保健施設しんあい

〒569-1035

大阪府高槻市西之川原 2 丁目 46 番 1 号

TEL 072-680-3000

FAX 072-680-3002

社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設しんあい

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

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている短期入所療養介護【介護予防短期入所療養介護】について契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明致します。

この重要事項説明書は指定居宅サービスの人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第125条の規定に基づき、短期入所療養介護【介護予防短期入所療養介護】の提供の開始に際して事業所が予め説明しなければならない内容を記した物です。

1) 短期入所療養介護【介護予防短期入所療養介護】を提供する事業者について

事業者名称 社会医療法人 愛仁会
代表者氏名 理事長 高岡 秀幸
所在地 大阪府大阪市西淀川区福町三丁目2番39号
連絡先 電話 06-6375-0660 FAX 06-6375-0560

2) ご利用者へのサービスを担当する事業所について

事業所名称 社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設 しんあい
介護保険事業者番号 2750980084
事業所所在地 大阪府高槻市西之川原二丁目46番1号
連絡先 電話 072-680-3000 FAX 072-680-3002
相談担当者 支援相談員

3) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにすると共に、利用者の居宅における生活への復帰を目指した短期入所療養介護【介護予防短期入所療養介護】の提供を目的とします。
運営方針	利用者の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用後の生活が連続したものとなるよう、ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援します。その為に、サービス提供には関連スタッフと協働し、短期入所療養介護【介護予防短期入所療養介護】計画を作成しご利用者及び、そのご家族等に対し療養上必要な事項について懇切丁寧に説明を行い同意を得て実施いたします。

4) サービス提供可能な日と時間帯・実施地域

営業日	月曜日から日曜日
営業時間	24時間
実施地域	高槻市内

5) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から日曜日
営業時間	午前8時半～午後6時

6) 事業所の定員

定員 定員 69名 (ユニット数:7箇所)

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 1階ユニット 雪 9名 | ☐ 2階ユニット 宙 10名 |
| ☐ 2階ユニット 虹 10名 | ☐ 3階ユニット 月 10名 |
| ☐ 3階ユニット 星 10名 | ☐ 4階ユニット 風 10名 |
| ☐ 4階ユニット 光 10名 | |

7) 事業所の職員体制

事業所の管理者		1人	
従業員の職種	医師	1人以上	利用者の病状及び心身の状況に応じ適切な診療を行います。
	看護職員	7人以上	利用者の短期入所療養介護【介護予防短期入所療養介護】計画及びリハビリテーション計画に基づく看護を行います。
	介護職員	16人以上	利用者の短期入所療養介護【介護予防短期入所療養介護】計画及びリハビリテーション計画に基づく介護を行います。
	支援相談員	1人以上	利用者及びその家族からの相談に適切に応じると共に市町村との連携を図ります。
	理学療法士 又は作業療法士 又は言語聴覚士	1人以上	リハビリテーション計画を作成し、それに基づき機能訓練の提供にあたります。
	管理栄養士	1人以上	利用者の栄養管理及び指導を行います。
	介護支援専門員	1人以上	短期入所療養介護【介護予防短期入所療養介護】計画を作成します。
	事務員	1人以上	

勤務時間帯	早出	7:00～15:30(介護職)
	日勤	8:30～17:00(医師・看護・介護・リハビリ・栄養士・事務・相談員)
	日勤	9:30～18:00(事務・相談員)
	遅出	11:30～20:00(介護職)
	夜勤	16:30～09:00(看護・介護職)
	夜勤	22:30～07:00(介護職)

8) 提供するサービス内容

短期入所療養 介護計画の作成	利用者の状態に応じ、関連スタッフと協議し、計画を作成し、利用者若しくはその家族等に計画内容を説明し、同意を頂きその内容に基づいた介護サービスを提供します。
食 事	各ユニットの食卓で召し上がって頂き、身体状況に配慮した食事を提供します。また、病状に応じ、特別な食事が必要な場合には、医師の指示に基づき調理して提供します。
入 浴	各階に個別浴槽を設置しマンツーマン方式の介助を基本にします。身体の状態に応じ、簡単なリフト個浴もあり、1階には機械浴槽も準備しています。
医学的管理・看護	入院の必要のない程度の要介護(要支援)者を対象としていますが、状態に応じて適切な医療・看護を行います。ただし、当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療は医療機関での治療となります。
排 泄	利用者の状態に合わせ細かく対応し、排泄の自立について適切な援助を行います。

リハビリ マネジメント	医師、理学療法士、作業療法士やその他の職種の者が協働して、状態に応じたリハビリテーション実施計画を作成します。また、事業所全体がリハビリの効果を期待したものです。
相談援助	利用者ご本人や、ご家族等からのご相談に応じます。

9) 事業所利用にあたっての留意事項

保険証の提示	ご利用のお申し込みにあたり、介護保険証、障がい者手帳等の確認をさせていただきます。
面会時間	原則午前9時30分から午後5時となっております。面会時は事務所で面会簿にご記入願います。
外出・外泊	外出・外泊の際は職員にお申し出下さい。ただし、同伴者がご家族以外の方の場合、確認させて頂くことがあります。
居室、設備、備品の利用	居室や施設の設備、備品は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
金銭、貴重品等	高額な金銭、貴重品は持ち込まないことを原則とします。紛失した場合には責任を負いかねますのでご了承下さい。
飲食物	利用者が購入された食品及び、ご家族などが持参された食品は必ず、職員にお申し出下さい。
営利行為、宗教、政治活動	施設内での他の利用者に対する営利行為、宗教活動、政治活動はご遠慮願います。
飲酒・喫煙	原則、禁止とさせて頂いています。飲酒については行事などでの提供がありましたら、個別で相談させて頂きます。
備品の持込み	陶器やガラスなど割れやすい物、カイロや電気あんか、電気毛布などの火傷の可能性のある物は禁止とさせて頂いています。持参物については個別で相談させて頂きます。

10) 緊急時の対応方法

サービス提供中に、緊急の事態が発生した場合、予め指定された連絡先に連絡します。

緊急の場合は下記に記す協力医療機関へ搬送させて頂きます。

医療機関の名称 所在地及び連絡先	社会医療法人 愛仁会 高槻病院 大阪府高槻市古曽部町1丁目3番13号 電話 072-681-3801
	社会医療法人愛仁会 しんあいクリニック 大阪府高槻市芥川町2丁目3番5号 電話 072-681-5533
協力歯科医院の名称 所在地及び連絡先	高槻ハート歯科 大阪府高槻市高槻町15-22 フェリーチェ寺本2F 電話 072-684-3606

11) サービス提供に関する相談、苦情について

利用者及び身元引受人は、当事業所の提供する介護保健施設サービスに対しての要望または苦情等について、苦情受付担当者に申し出ることができます。

(事業所の窓口)	所在地	大阪府高槻市西之川原2丁目46-1
社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設 しんあい	電 話	072-680-3000
	FAX	072-680-3002
	受付時間	午前9時から午後5時
	担当者	苦情受付担当者 療養科長
(市町村の窓口)	所在地	大阪府高槻市桃園町2-1
高槻市役所 長寿介護課 福祉指導課	電 話	072-674-7167
	FAX	072-674-7183
	電 話	072-674-7821

	FAX 受付時間	072-674-7820 午前8時45分から午後5時15分
(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 FAX 受付時間	大阪府大阪府中央区常盤町1-3-8 06-6949-5418 06-6949-5417 午前9時から午後5時

12) 賠償責任について

当事業所において、事業所の責に帰すべき事由において入所者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者のおかれた心身の状況により相当と認めたときに限り、事業者の損害賠償責任を減じることがあります。利用者に対する、短期入所療養介護【介護予防短期入所療養介護】の提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、居宅介護支援事業所、利用者の家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

13) 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者等に関する秘密の保持について	当事業者及び事業者の雇用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者等の個人情報を用いません。事業者は、利用者等に関する個人情報が含まれる記録物については、管理者の注意をもって管理し、また処分の際についても第三者への漏洩を防止するものとします。

14) 非常災害対策について

防災設備を設置し、消防計画を作成すると共に、防火訓練を行います。
自然災害時には風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき対応します。

15) 虐待の防止について

当施設は、利用者の人権の擁護・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 虐待防止に関する委員会の定期開催と職員への周知をします。
- ② 虐待防止に関する責任者を選定しています。(介護支援専門員)
- ③ 成年後見制度の利用を支援します。
- ④ 苦情解決体制を整備しています。
- ⑤ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及する為の研修を実施しています。
- ⑥ 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ⑦ 従業者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、従業者が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。

16) 身体拘束等について

当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急時やむを得ない場合は、施設管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、利用者または身元引受人に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し同意を得た上、当事業所の医師がその容態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載します。

17) ハラスメントの防止について

1 当施設では、職員に対するカスタマーハラスメントを一切容認しません。

カスタマーハラスメントとは、以下の行為をさします。

- ①暴力、身体的、精神的な攻撃、暴言、脅迫
- ②セクシュアルハラスメント、差別的な行為
- ③過度な要求や不合理な要求を繰り返す行為
- ④プライバシーの侵害、名誉毀損
- ⑤その他、利用者、ご家族の皆様と職員との関係を著しく損なう行為

2 当施設の判断において、上記の行動が繰り返され、施設からの説明をさせていただいたにもかかわらず改善を認められないと判断した場合には、やむを得ずサービスの利用停止又は、利用契約の解除を行う場合がございますので、ご理解ご協力をお願いいたします。

苦情・相談等の申し立てにおける対応について

(2026年8月1日現在)

1 総則

社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設しんあい(以下「当施設」という。)は、入所者からの日々の相談や生活上の問題点や苦情等に真剣に取り組み、生活の質の向上に努めます。苦情・相談等の申し立てがあった場合、対応者は相談の話を誠実に受け止め、個々の意思や人格を尊重し、多様な実態に配慮し親切丁寧な対応に心がけます。

2 受付窓口

担当者:支援相談員、介護支援専門員

連絡先:072-680-3000

3 対応・改善

苦情・相談等の申し立てがあった場合、苦情対策会議等を開催し、迅速な対応を心掛けます。

構成メンバー:施設管理者(施設長、事務長、療養科長)、支援相談員、介護支援専門員

①苦情内容(相談内容)の調査・・・施設管理者、支援相談員、介護支援専門員

②原因分析・・・調査に基づき、苦情(相談)発生の根本原因を分析します。

③再発防止策の策定と実行・・・根本原因を解消するため、明確な再発防止策を策定し、実行します。

④適切な対応・・・調査結果を基に、申し立て者に対して、調査で判明した事実や今後の改善策などを具体的に説明します。

4 記録

苦情・相談等の日時、内容、申し立て者氏名、連絡先等を詳細に記録します。

18) 利用料

●介護保険給付の自己負担額

【短期入所療養介護】

項 目	金額(円/日)			内容	
	1割	2割	3割		
在宅強化型 要介護1	955	1,910	2,865	☐	基本サービス費(介護度に応じて)。
在宅強化型 要介護2	1,036	2,072	3,108	☐	
在宅強化型 要介護3	1,105	2,209	3,314	☐	
在宅強化型 要介護4	1,166	2,332	3,498	☐	
在宅強化型 要介護5	1,228	2,456	3,684	☐	
夜勤体制加算	26	51	76	☐	施設基準適合の場合。
在宅復帰・在宅療養支援 機能加算Ⅱ	54	108	162	☐	施設基準適合の場合。
個別リハビリテーション実施加算	253	506	759	☐	一日 20 分以上の個別リハビリテーションを行った場合。
認知症行動・心理症状緊急対応 加算	211	422	633	☐	認知症の行動・心理症状が認められるため緊急に入所することが 適当と医師が判断し、入所した場合。(入所日から 7 日を限度)
若年性認知症利用者受入加算	127	253	380	☐	若年性認知症入所者に対して施設サービスを行った場合。
緊急短期入所受入対応加算	95	190	285	☐	緊急に短期入所療養介護を行った場合。 (入所日から 14 日を限度)
総合医学管理加算	290	580	870	☐	緊急に治療管理を目的として短期入所療養介護を行った場合。 (入所日から 7 日を限度)
重度療養管理加算	127	253	380	☐	厚生労働大臣が定める利用者に対し、計画的な医学的管理の もと、療養上必要な処置を行った場合。
送迎加算	194	388	582	☐	居宅との送迎を行った場合。(片道につき)
療養食加算	9/食	17/食	26/食	☐	医師の発行する食事せんに基づき特別な食事を提供した場合。
口腔連携強化加算	53/月	106/月	159/月	☐	介護職員等で利用者の口腔衛生状態について評価を行い、歯科 医療機関及び介護支援専門員への情報提供を行った場合。
認知症専門ケア加算Ⅰ	4	7	10	☐	専門的な認知症ケアを行った場合。
認知症専門ケア加算Ⅱ	5	9	13	☐	
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10	21	32	☐	生産性向上ガイドラインに基づいた活動を継続的に行い、取り組 みの効果を示すデータを厚労省に提出した場合。
緊急時治療管理加算	546	1,092	1,638	☐	病状の悪化で緊急的な治療管理を行った場合。 (月に 3 日を限度)
サービス提供体制強化加算Ⅰ	24	47	70	☐	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 80%以上の場合。
介護職員等処遇改善加算Ⅰ口	所定単位数の 9.7%			☐	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、施設基準 適合の加算率を乗じた金額となります。

※介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額対象外となります。

●介護保険給付の自己負担額

【介護予防短期入所療養介護】

項目	金額(円/日)			内容	
	1割	2割	3割		
在宅強化型 要支援1	717	1,434	2,151	☐	基本サービス費(介護度に応じて)。
在宅強化型 要支援2	892	1,784	2,675	☐	
夜勤体制加算	26	51	76	☐	施設基準適合の場合。
在宅復帰・在宅療養支援 機能加算Ⅱ	54	108	162	☐	施設基準適合の場合。

個別リハビリテーション実施加算	253	506	759	☐	一日 20 分以上の個別リハビリテーションを行った場合。
認知症行動・心理症状緊急対応加算	211	422	633	☐	認知症の行動・心理症状が認められるため緊急に入所することが適当と医師が判断し、入所した場合。（入所日から 7 日を限度）
若年性認知症利用者受入加算	127	253	380	☐	若年性認知症入所者に対して施設サービスを行った場合。
送迎加算	194	388	582	☐	居宅との送迎を行った場合。（片道につき）
総合医学管理加算	290	580	870	☐	緊急に治療管理を目的として短期入所療養介護を行った場合。（入所日から 7 日を限度）
療養食加算	9/食	17/食	26/食	☐	医師の発行する食事せんに基づき特別な食事を提供した場合。
口腔連携強化加算	53/月	106/月	159/月	☐	介護職員等で利用者の口腔衛生状態について評価を行い、歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を行った場合。
認知症専門ケア加算Ⅰ	4	7	10	☐	専門的な認知症ケアを行った場合。
認知症専門ケア加算Ⅱ	5	9	13	☐	
生産性向上推進体制加算Ⅱ	11	21	32	☐	生産性向上ガイドラインに基づいた活動を継続的に行い、取り組みの効果を示すデータを厚労省に提出した場合。
緊急時治療管理加算	546	1,092	1,638	☐	病状の悪化で緊急的な治療管理を行った場合。（月に 3 日を限度）
サービス提供体制強化加算Ⅰ	24	47	70	☐	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 80% 以上の場合。
介護職員等処遇改善加算Ⅰ口	所定単位数の 9.7%			☐	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、施設基準適合の加算率を乗じた金額となります。

※介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額対象外となります。

●利用料

項 目	金額(円／日)		内 容
食 費	朝食 452	☐	昼食代におやつ代を含む。お食事のキャンセルは、ご利用日の 2 日前までお受けいたします。
	昼食 839	☐	
	夕食 716	☐	
居 住 費	4,120	☐	

※食費・居住費については負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記されている食費・居住費の負担額が1日にお支払いいただく食費・居住費の上限となります。

特別室料	1,580	☐	入所者が当該居室を希望、利用する場合。
教養娯楽費	120	☐	折り紙、粘土等の材料、風船、雑誌等、レクリエーション等で必要な物品の購入代として。
理美容代	2,500～	☐	カット代として。（別途、顔剃り、毛染め、パーマ等実施可能。）
日常生活費	実費	☐	石鹸、ティッシュペーパー、ペーパータオル、紙おしぼり等必要な物品の利用費用。業者に入所セットとしての申し込み可能。
洗濯代	実費	☐	洗濯を施設に依頼された場合、業者に1袋単位で委託。
健康管理費	実費	☐	インフルエンザ予防接種等を希望された場合。
文書費用	1,100/通	☐	1 通につきの料金。（内容により、金額が異なる場合があります。）
電気代	50	☐	テレビ、加湿器等の電気製品をお持込みの場合1点につき。

交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域（高槻市）以外の場合、次の交通費を請求いたします。 1) 事業所から片道おおむね10キロメートル未満 500 円 2) 事業所から片道おおむね10キロメートル以上 800 円
-----	--

※上記料金は全て税込み料金となっております。

※上記料金は1日あたり項目毎の金額を計算している為、実際の月単位の計算とは誤差が生じます。あらかじめご了承ください。

※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、利用者及び身元引受人に対して事前に説明を行い、当該利用料を相当額に変更します。

●お支払方法

- ◇ 月ごとに精算し、月末締めで翌15日頃に請求書を発行します。
- ◇ 請求書は郵送または直接お渡し致します。
- ◇ 金融機関からの口座振替、もしくは直接事務所にて末日までにお支払頂きます。
- ◇ 領収書は、医療費控除などで必要ですので、大切に保管して下さい。
- ◇ 利用料金のお支払を1ヶ月以上滞納し、当施設が催促したにも関わらず指定した期日までにお支払い頂けない場合は、当施設のご利用を解除、終了していただくことがあります。

※ この重要事項説明書の説明年月日… 年 月 日

※ 上記内容について指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令 37 号)第 125 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業 者	所 在 地	大阪府高槻市西之川原二丁目46番1号
	事業所名	社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設 しんあい
	説 明 者	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利 用 者	住 所	
	氏 名	
身元引受人	住 所	
	氏 名	
	続 柄	

「国が定める利用者負担限度額段階（第1～3段階）」 に該当する利用者等の負担額

- ◇ 利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。
- ◇ 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは身元引受人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくこととなります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）
- ◇ 利用者負担第1・第2・第3段階に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第1・第2・第3段階にある次のような方です。
- 【利用者負担第1段階】
生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方
- 【利用者負担第2段階】
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 82.65 万円以下の方
- 【利用者負担第3段階】
- ① 所属する世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 82.65 万円超 120 万円以下の方
 - ② 所属する世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 120 万円超の方
- ◇ 利用者負担第4段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第3段階」の利用料負担となります。
- ◇ その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

負担額一覧表(1日当たりの利用料)

利用者負担	食 費	ユニット型個室
第1段階	300 円	880 円
第2段階	600 円	880 円
第3-①段階	1,030 円	1,370 円
第3-②段階	1,360 円	1,470 円

