

# 介護老人保健施設港さつき苑 重要事項説明書

## (通所リハビリテーション)

令和 7 年 7 月 1 日現在

### 1. 施設の概要

#### (1) 施設の名称

施設名	介護老人保健施設港さつき苑
開設年月日	平成 24 年 2 月 1 日
所在地	〒552-0007 大阪府大阪市港区弁天 4 丁目 16 番 18 号
電話番号	06-6571-6675
FAX 番号	06-6571-6676
管理者名	黒田 嘉和
介護保険指定番号	介護老人保健施設港さつき苑 ( 2750480028 号)

#### (2) 施設の職員体制

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並び運営に関する基準に基づき配置

職種	業務	常勤
管理者 (医師兼務)	施設の運営管理、利用者の健康管理	1 名
看護・介護職員	看護・介護業務	5 名
理学療法士等	リハビリテーション業務	1,2 名

#### (3) 利用定員

定員 30 名／介護予防通所リハビリテーションを含む。

#### (4) 営業日・営業時間等

①営業日 日曜日、年末年始 (12 月 30 日～1 月 3 日) を除く毎日

②営業時間 9 時 30 分から 16 時まで

○基本サービス提供時間 6～7 時間 (短時間は 3～4 時間) です。

- 利用日、利用回数、入浴日に関しては事前にご相談させていただいておりますが、利用定員の都合でご希望に沿えない場合がございますのでご了承下さい。
- 送迎時には、ご家族にお見送りしていただくことを原則とします。独居等により、やむを得ずできない場合は事業所までご相談下さい。

#### (5) 送迎の実施地域

実施地域 港区全域・その他地域応相談

### 2. 事業の目的

医療法人英臯会が開設する介護老人保健施設港さつき苑において実施する通所リハビリテーション事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態の利用者に対し通所リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。

### 3. 運営の方針

- ・当施設では、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の回復を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう住宅ケアの支援に努める。
- ・当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
- ・当施設では、高齢者の心身の安全と尊厳を保護し、職員が非意図的に加害者となる事態を未然に防ぐため、適切な予防措置に継続的に取り組み、すべての職員が高齢者虐待に関する正確な認識を持ち、高齢者虐待を防止する。
- ・当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努める。
- ・当施設では、明るく家庭的な雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努める。
- ・サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、通所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。
- ・利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了承を得ることとする。

#### 4. サービス内容

計画の作成	ご利用者及びご家族の意向を踏まえた上で、リハビリテーションの目標及びその達成期間、サービス内容、サービスを提供するまでの留意点を盛り込んだリハビリテーション実施計画を作成し、説明の上、同意を得て交付します。 また、リハビリテーション実施計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を記録します。
食事	管理栄養士が立てた献立表により、ご利用者の栄養並びに身体の状態及び、嗜好を考慮した食事を提供します。 必要に応じて、ご利用者及びご家族に対し栄養指導等必要な支援を行います。 食事時間は以下のとおりです。 昼食：12時～13時 ただし、上記以外の時間でもご利用者の希望や心身の状態、行事等により衛生上または管理上許容可能な時間で提供することがあります。
入浴	一般浴槽のほか入浴に介助を要するご利用者には特殊浴槽で対応します。 ご利用者の身体の状態に応じて中止となる場合があります。
医学的管理・看護	療養上必要な医療の提供は、医師・看護師がご利用者の状態に応じて行います。
介護	個別援助計画に基づいて必要な介護を行います。
リハビリテーション	理学療法士、作業療法士などにより、ご利用者の心身の状況に応じて、自立した日常生活を送るのに必要な機能の維持を図るための訓練及び指導を計画的に行います。 個別リハビリテーションを主体とし、日常生活につながるようにグループ活動や創作活動などの実施及び指導を行います。
排泄	排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
相談支援	ご利用者及びご家族への相談援助を行います。
送迎	希望者に対し、送迎サービスを行います。

## 5. 利用料金（基本サービス費）

	利用時間別		
		3時間以上4時間未満	6時間以上7時間未満
要介護 1		528 円/日	777 円/日
要介護 2		613 円/日	924 円/日
要介護 3		699 円/日	1,067 円/日
要介護 4		808 円/日	1,237 円/日
要介護 5		916 円/日	1,403 円/日

### （2）その他の介護給付サービス加算料金

加算名	自己負担金	
入浴介助加算 I	43 円/日	
サービス提供体制強化加算 I	23 円/日	
リハマネジメント加算 2 1	645 円/月	6月超は 297 円/月 になります。
科学的介護推進体制加算	43 円/月	
短期集中個別リハ加算	119 円/日	
退院時共同指導加算	652 円/回	
介護職員処遇改善加算 I		所定単位数に 8.6% を乗じた単位数

※ 利用者負担割合が2割・3割の方は、自己負担金額は2倍・3倍になります。

### （3）その他の料金（利用1回あたり）

- ・昼食代 500 円／食（おやつ含む）
- ・日用品費 74 円／日（シャンプー・ボディソープ・箱ティッシュ等）
- ・教育娯楽費 100 円／日（新聞・遊具・作業用教材等）
- ・行事費 実費（納涼大会・敬老祝賀会・新年祝賀会・外出等）

### （4）料金支払いについて

#### ①支払い方法

現金での事務所窓口払い、又は、振込払いも承ります。お支払いいただきますと領収書を発行します。

#### ②契約の解除

サービス料金の支払いが正当な理由なく2か月以上遅延し、料金を支払うように催促したにも関わらず指定期間内に支払われない場合は、契約を解除します。

## 6. 施設利用にあたっての留意事項

### ①飲酒・喫煙

施設内での飲酒・喫煙は全面禁止とさせていただきます。

### ②金銭・貴重品の管理

金銭・貴重品・高価な物などを持ち込んだ時は自己管理とし、当施設では紛失・盗難等の責任は負いかねますのでご了承下さい。

### ③禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動」は禁止します。

## 7. 虐待防止に関する事項

当施設は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等の為、次の措置を講じます。

- ・介護老人保健施設従事者に対する虐待を防止する為の研修の実施
- ・利用者及びその家族からの虐待等に関する苦情処理体制の整備
- ・その他成年後見制度の利用支援及び介護相談員の受入等、虐待防止の為に必要な措置

## 8. ハラスメント対策

- ① 事業所は職場ハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- ② 利用者及びその家族が事業所の職員に対して行う暴力・暴言・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為・セクシャルハラスメント等の行為については、事実確認の上、改善を求め、それでも解消されない場合は契約を解除する場合があります。

## 9. 身体拘束等の原則禁止

- ・事業所はサービス提供にあたって、利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為（以下身体拘束等）という）を行いません。
- ・事業所は、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、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など必要な事項を記録します。

## 10. 緊急時の対応

- ① 施設は利用者に対し、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、協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- ② 施設は利用者に対し、施設における介護保険サービスでの対応が困難な状態又は、専門的な医学的な対応が必要と判断した場合、他の専門機関を紹介します。
- ③ 前項のほか、通所リハビリテーション利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、施設は、利用者及び家族・代理人（後見人等）が指定する者に対し、緊急に連絡します。

## 1 1. 事故発生時の対応

- ① サービス提供等により事故が発生した場合、施設は利用者に対し必要な措置を講じます。
- ② 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的期間での診療を依頼します。
- ③ 前項のほか、施設は利用者又は、家族・代理人（後見人等）が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対し速やかに連絡します。

## 1 2. 賠償責任

- ① 介護保険施設サービスの提供に伴って施設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、施設は入所者に対して損害を賠償するものとします。
- ② 利用者の責に帰すべき事由によって、施設が損害を被った場合は、利用者及び家族・代理人（後見人等）は、連携して施設に対してその損害を賠償するものとします。

## 1 3. 秘密の保持及び個人情報の保護

- ① 施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき業務上知り得た利用者又は、家族・代理人（後見人等）に関する個人情報の利用目的を適切に取り扱います。また、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。
  - ・サービス提供困難時の事業者間連絡・照会等
  - ・居宅介護支援事業所等との連携
  - ・利用者が偽りその他不正行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
  - ・利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
  - ・生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を提供する場合）
- ② 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

## 1 4. 利用契約に定めのない事項

この説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は家族・代理人（後見人等）と施設が誠意をもって協議し定めることとします。

## 1 5. 非常災害対策

- ・防災の対応 消防署と別途定める消防計画により対応します。
- ・防災設備 火災報知器、スプリンクラー、消火器、非常用通報装置、誘導灯
- ・防災訓練 年2回実施します。
- ・防火責任者 藤崎拓矢

## 16. 要望及び苦情等の相談

当施設における苦情・相談等は以下の窓口で受け付けます。また、一階玄関に「意見箱」を設置しております。

- ① 苦情受付担当者：三坂ひふみ
- ② 受付時間：午前9時～午後5時
- ③ 連絡先：06-6571-6675
- ④ 苦情解決責任者：前川香 辻本慎介

以下の介護保険窓口でも相談を受け付けます。

大阪市港区役所	所在地 〒552-8510 大阪市港区市岡1-15-25 電話番号 06-6576-9859
大阪市此花区役所	所在地 〒554-8501 大阪市此花区春日出北1-8-4 電話番号 06-6466-9859
大阪市大正区役所	所在地 〒551-8501 大阪市大正区千島2-7-95 電話番号 06-4394-9859
大阪市西区役所	所在地 〒550-8501 大阪市西区新町4-5-14 電話番号 06-6532-9859
大阪市浪速区役所	所在地 〒556-8501 大阪市浪速区敷津東1-4-20 電話番号 06-6647-9859
大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地 〒540-0028 大阪市中央区常磐町1-3-8 電話番号 06-6949-5418
大阪市福祉局 高齢者施策部介護保険課 指定・指導グループ	所在地 〒541-0055 大阪市中央区船場中央3丁目1番 7-331号 (船場センタービル7号館3階) 電話番号 06-6241-6310

## 17. 協力医療機関について

独立行政法人 地域医療機能推進機構 大阪みなと中央病院

所在地 大阪府大阪市港区磯路1丁目7番1号

電話番号 06-6572-5721

医療法人 讀愛会 友愛会病院

所在地 大阪市住之江区浜口西3丁目5番10号

電話番号 06-6672-3121

医療法人 彰療会 大正病院

所在地 大阪市大正区三軒家東5丁目5番16号

電話番号 06-6552-0621

## 18. 業務継続に向けた取り組み

- ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する医療法人英臯会港さつき苑通所リハビリテーションはサービス提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るため、計画（以下、「業務継続計画」とする）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。
- ・また従業者に対し、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定期的に実施します。
- ・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。

[説明確認欄]

令和 年 月 日

1. 介護老人保健施設港さつき苑のサービス内容について、本書面を交付の上、重要事項を説明しました。

事業者名 介護老人保健施設 港さつき苑

説明者氏名

2. サービスの内容について、本書面を受領の上、事業者から説明を受け、サービスの内容に同意しました。

利用者 氏名

住所

電話

携帯番号

身元引受人 氏名

住所

電話

携帯番号

続柄

[緊急時における身元引受人以外の連絡先]

港さつき苑からの連絡は原則として身元引受人の方にさせていただきますが、緊急時等に身元引受人の方と連絡が取れなかった際のご連絡先としてご記入をお願い致します。

緊急連絡先① 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

緊急連絡先② 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_