

重要事項説明書（介護予防短期入所療養介護サービス）

あなたに対する介護予防サービスの提供にあたり、厚生省令第37号第155条、125条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名	医療法人社団 明和会
主たる事務所の所在地	神奈川県相模原市中央区上溝6-18-39
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 三井久男
電話番号	042-761-3721

2. ご利用施設

施設の名称	上溝介護老人保健施設 いずみ
指定番号	神奈川県 1452680064 号
施設長の氏名	前川 和彦
所在地	神奈川県相模原市中央区上溝6-18-40
電話番号	042-760-1715
ファクシミリ番号	042-760-8551

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		神奈川県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	介護老人保健施設	平成12年11月1日	1452680064	90
居宅	介護予防短期入所療養介護	〃	〃	5
	介護予防通所リハビリテーション	〃	〃	20

4. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要支援・要介護認定を受けられた方に対して看護、医学的管理下における介護及び機能訓練と必要な療養、並びに日常生活上のサービスを行うこと。
運営の方針	短期間入所して、介護者に代わり介護及び療養上のサービスを提供する事により、家族の介護負担の軽減を図るとともに、生活の質を向上させること。

5. 施設の概要

（1）敷地及び建物

敷 地 面 積		2 2 1 3 . 3 1 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造・地上 4 階建
	延床面積	3 7 1 5 . 4 8 m ²
	利用定員	9 0 床（うち SS は定員数より実入所者数を差引いた数） 通所 2 0 名

(2) 居 室

居 室 の 種 類	室 数	面 積	1人あたりの面積
1 人 部 屋	1 0	1 5 4 . 4 3 m ²	1 2 . 7 5 m ² ～ 1 7 . 4 6 m ²
4 人 部 屋	2 0	6 5 3 . 4 2 m ²	3 2 . 2 m ² ～ 3 4 . 1 m ²

(2) 主な設備

設 備 の 種 類	数	面 積	特 色
療養室(居室)	3 0	8 0 7 . 8 5 m ²	
診 察 室	1	1 6 . 2 0 m ²	
機 能 訓 練 室	1	1 3 1 . 2 9 m ²	入所 1.0 m ² ・通所 2.0 m ²
談話室コーナー	4	7 5 . 7 3 m ²	入所 0.5 m ² 以上
食 堂	4	2 1 0 . 3 4 m ²	入所 2.0 m ² 以上
一 般 浴 室	3	7 7 . 7 0 m ²	1 F・2 F・4 F 設置
機 会 浴 室	特殊浴槽 2 台	3 4 . 0 5 m ²	
レクリエーションルーム	1	6 3 . 3 6 m ²	入所 0.5 m ² 以上
洗 面 所	1 階 2 箇所 2 階 13 箇所 3 階 10 箇所 4 階 10 箇所	各療養室ごとに設置	
便 所	1 階 3 箇所 2 階 7 箇所 3 階 4 箇所 4 階 3 箇所		
サービスステーション	3	1 4 0 . 7 1 m ²	
調 理 室	1	1 2 8 . 2 3 m ²	
洗 濯 室 または洗濯場	1	7 . 2 6 m ²	
汚 物 処 理 室	4	5 6 . 4 0 m ²	汚物処理機 (2F～4F)

6. 職員体制

- (1) 管理者 (兼医師) 1 人
- (2) 医師 1 人
- (3) 薬剤師 0.3 人以上
- (4) 看護職員、介護職員 看護師若しくは准看護師又は介護職員常勤換算方法で、入所者の数が 3 又はその端数を増すごとに 1 以上 (職員の員数は看護・介護職員の総数の看護職員は「7 分の 2」程度、介護職員は「7 分の 5」程度)
- (5) 支援相談員 1 人以上
- (6) 理学療法、作業療法士 1 人以上
又は言語聴覚士
- (7) 管理栄養士 1 人

- (8) 介護支援専門員 1人
- (9) 事務職員等その他 実情に応じた必要人数
従業者

7. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	日勤（8：30～17：30）	4週8休
医師	日勤（8：30～17：30）	
薬剤師	日勤（9：00～17：00）	
理学療法士 作業療法士	日勤（9：00～17：00）	
看護職員	交替制 日勤 8:45～17:30／夜勤 16:45～9:15	公休月 8日
介護職員	交替制 日勤／夜勤／早番／遅番	
支援相談員	日勤（8：45～17：00）	
管理栄養士	日勤（8：45～17：00）	
介護支援専門員	日勤（8：45～17：00）	
事務員	日勤（8：45～17：00）	
その他の従業者	日勤（8：45～17：30）	

8. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

（1）介護保険給付サービス（通常は費用全体の1割がご利用者負担金となります。）

機能訓練	・ 利用者の状態に応じ、利用者に必要な理学療法又は作業療法を適時適切に提供できる体制です。
排泄	・ 自己排泄か、時間排泄か、おむつ使用について利用者の状況にあわせて、対応します。
入浴・清拭	・ 入浴日：週2回以上 ・ 入浴時間：9時～16時 身体状況により清拭となる場合があります。
離床	・ 寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着替え	・ 毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整容	・ 身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	・ シーツ交換は週1回行います。
寝具の消毒	・ 寝具の消毒は年2回行います。
レクリエーションルーム	・ 次のような娯楽設備を整えております。【談話室・カラオケ・ビデオ】
介護相談	・ 入所者とその家族からのご相談に応じます。

ご利用者 負担額	① 基本額 / 1日あたりの負担額です。 【個室】 要支援 1 611 円 要支援 2 766 円 【多床室】 要支援 1 647 円 要支援 2 816 円
ご利用者 負担額	① 加算額 *ご利用者様の状況に応じた算定をいたします。 ・介護職員等処遇改善加算 (Ⅱイ) 総単位数×8.6% ・介護職員等処遇改善加算 (Ⅱロ) 総単位数×9.3% ・夜勤職員配置加算 26 円/日 ・個別リハビリテーション実施加算 253 円/日 ・在宅復帰在宅療養支援機能加算 (Ⅰ) 36 円/日 ・送迎加算 194 円/片道 ・総合医学管理加算 290 円/日 ・療養食加算 9 円/回 ・緊急時治療管理 546 円/回

※ 当施設は、認知症に対応できるフロアがあり、入所前に申告されたご本人の状態に応じて入所フロアが決定されます。ただし、入所後実際にご本人の状態を見たうえで、より適切な介護ができるフロア、居室へ移動していただくことがあります。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容	自己負担額
食 材 費	朝 500 円 昼 800 円 夕 720 円 1日につき 2,020 円	
食 事	1. 食事時間 ・透析等ご利用者の予定により前後する事があります。 朝食：午前 8 時/昼食：午後 12 時/夕食：午後 6 時 2. 食事場所：食堂 ・できるだけ食堂で召し上がって頂けるよう支援を致しますが、ご状態により居室等での食事となる事があります。 3. その他 ・食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。 お茶又は白湯の給湯は、10 時・15 時に配膳コーナーにて用意します。	左欄に記載 但し、負担限度額対象者（市町村民税非課税世帯・老齢年金受給者等）は、減額認定証に提示されている額
滞 在 費	【個室】 ・建築費、維持修繕費、光熱水費等が含まれております。 【多床室】 ・光熱水費のみ算定されています。	個室標準負担額 1 日 1,890 円 多床室標準負担額 1 日 500 円
理髪・理容	・月に 1 回の理容サービスをご利用者のご希望により提供した場合	1 回 2,000 円 (顔剃りのみ 1,000 円)
行 事	・当施設では、レクリエーション行事として、次の行事を用意しております。	行事により実費をご負担いただきます。

特別な食事	・ご希望に応じて、特別食のご用意ができます。	実費
特別な居室	・個室(トイレ・洗面つき)をご用意しております。(2F・3F)	1日あたり 3,500 円
金 銭 管 理	・希望者のみ小銭管理(1000 円程度)の対応をしています。	
日 用 品 費	・ご利用者の希望・選択によって提供した場合	1 日 200 円
健 康 管 理	・利用者及びご家族の希望によって予防接種をした場合	接種種別による
教養娯楽費	・ご利用者の希望・選択によって提供した場合	1 日 100 円
文 書 料	・診断書料	1 通 2,000 円
証 明 書 代	・各種証明書料	1 通 500 円
お買物代行費	・ご利用者又はご家族のご希望・同意により、止むを得ず当施設が個別にご用意する場合(施設職員がお買い物を代行する場合)	1 回 500 円

9. キャンセル料

ご利用者のご都合によるご利用キャンセルは、利用開始 3 日前より、キャンセル料として実費相当額をお支払いいただきます。

10. 苦情申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明な点や、ご意見、ご要望、苦情等がございましたら、施設内ご相談窓口までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱（当施設受付窓口に設置）での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

施設内ご相談窓口	ご利用時間：午前 8 時 45 分～午後 5 時 30 分まで（日曜・祝日を除く） ご利用方法：電話 042-760-1715 担当 支援相談員
相模原市福祉基盤課	ご利用時間：午前 8 時 30 分～午後 5 時まで（土曜・日曜・祝日を除く） ご利用方法：電話 042-707-7046
国民健康保険団体連合会	ご利用時間：午前 8 時 30 分～午後 5 時まで（土曜・日曜・祝日を除く） ご利用方法：電話 045-329-3447

11. 協力医療機関／協力歯科医療機関

協力医療機関	総合相模更生病院	晃友相模原病院
院長名	松本 豊	山瀬 美紀
所在地	相模原市中央区小山 3429	相模原市緑区大島 61605-1
電話番号	042-752-1808	042-761-2100
診療科	総合	総合
入院設備	有	有

協力医療機関	中村病院	淵野辺総合病院
院長名	壽 智香	世良田 和幸
所在地	相模原市中央区上溝 6-18-39	相模原市中央区淵野辺 3-2-8
電話番号	042-761-3721	042-754-2222
診療科	内科	総合
入院設備	有	有

協力歯科医療機関

協力歯科医療機関	ひまわり 歯科	さくら訪問歯科クリニック
院 長 名	勝野 靖司	土屋 範継
所 在 地	相模原市中央区相模原 5-51	相模原市南区相模大野 8-2-6-805
電 話 番 号	042-730-6686	042-705-6676
診 療 科	歯 科	歯 科
入 院 設 備	無	無

協力歯科医療機関	みんなの歯科医院
院 長 名	金田 徳煥
所 在 地	相模原市南区古淵 2-19-7-102
電 話 番 号	042-707-7746
診 療 科	歯 科
入 院 設 備	無

1 2. 非常災害時の対策

災 害 時 の 対 応	別途定める「上溝介護老人保健施設いずみ 消防計画」にのっとり、対応します。
近隣との協力関係	自治会へ非常時の相互の応援をお願いしています。
平 常 時 の 訓 練	別途定める「上溝介護老人保健施設いずみ 消防計画」にのっとり、年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防 災 設 備	スプリンクラー／避難階段／自動火災報知器／誘導灯／ガス漏れ報知器 ／防火扉・シャッター／屋内消火栓／非常通報装置／漏電火災報知器／非常用電源 ※ カーテン・布団等は、防火性能のあるものを使用しています。
消 防 計 画 等	相模原消防署への届出日 2025 年 1 月 24 日 防火管理者 事務職員 篠崎 幸良

1 3. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

受 付	・お支払いやお電話でのお問い合わせ等、受付窓口の営業時間は、月曜日～土曜日（祝祭日・年末年始を除く）9 時から 17 時までとなっております。
面 会	・感染対策により現在は制限中です。予約制となっておりますので、詳細は受付窓口にお問い合わせください。 ・来訪者は面会予約時間を守り、その都度受付簿に記入してください。
外 出	・感染対策により現在は制限中です。詳細は受付窓口にお問い合わせください。 ・必ず事前に届け出てください。
居室・設備・器具の利 用	・施設内の居室や設備、器具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、弁償して頂くことがあります。
喫 煙 ・ 飲 酒 飲 食	・当施設では喫煙・飲酒はお断りしておりますのでご了承下さい。 ・当施設では、申告なしに飲食を持参した場合、衛生管理や食べ物による窒息など事故が想定されますので、お持ち込みは原則には認められておりません。

禁 止 行 為	・職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)。 ・職員に対する精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為) ・職員に対するセクシュアルハラスメント(意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為)。 ・騒音や他入所者の居室にやみくもに立ち入る等、他の入所者の迷惑になる行為。
所 持 品 の 管 理	・所持品には全て氏名をご記入いただき、ご本人、ご家族、施設の職員で所持品の種類と数の確認を行ったうえで、確認書を作成しています。それ以外に、申告なしに持ちこまれた物品、または氏名が記入されていない所持品については、施設として責任をもって管理することができませんので必ず申告し、氏名をご記入下さい。
現 金 等 の 管 理	・当施設入所中は、自動販売機・公衆電話理容等一部を除いて現金を必要としないので、居室での現金の所持はお控え下さい。また、居室で所持している現金等に関しては、当施設では一切責任を負いませんのでご了承ください。 ・ご希望の場合は、1F 受付窓口にて小銭管理(1000 円程度)の対応をしています。
請 求 及 び 支 払 方 法	・ご利用料、利用者負担額、その他費用の請求書については、利用月の翌月 10 日に発行致します。 ・ご利用料、利用者負担額、その他費用の請求については、請求月の末日までに下記のいずれかの方法によりお支払いください。 (ア) ご利用者指定口座からの自動振替 (お引き落とし) (イ) 当施設指定口座へのお振込み (ウ) 受付窓口での現金支払い ・お支払いの確認後、支払い方法の如何によらず領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願い致します。
介護保険負担限度額認定	・介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、食費及び居住費に係る負担を軽減する制度の適用を受けることができますので、必ずご提示ください。 ・介護保険負担限度額認定証をご提示いただいた場合は、食費及び居住費において、国が定める負担限度額段階(第 1 段階から第 3 段階①②まで)の金額をご負担いただきます。 ・介護保険負担限度額認定は、各自治体に申請が必要な制度です。申請月前に遡って認定を受けることはできません(※認定を受けるためには条件がありますので、ご本人又はご家族の責任において各自治体にご確認ください)。 ・介護保険負担限度額認定申請については、当法人は一切責任を負いませんので、必ずご本人ご家族の責任において、申請手続きをお願い致します。

1 4. 事故発生の防止及び発生時の対応

当施設は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故の発生の防止のための指針を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備する。また、サービス提供時に事故が発生した場合、当施設は、速やかに市町村及び利用者の家族に連絡を行なうとともに、利用者に対し必要な措置を行う。

2 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録する。

- 3 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機関での診療を依頼する。
- 4 利用者に対する介護保健施設サービスの提供により賠償すべき事態が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

15. 緊急時の対応

緊急時診療等を求める医療機関	下記の主治医または協力機関
主治医	
病院名	
住 所	〒 ー
電話番号（ ）	ー
緊急連絡先	
連絡先	
住 所	〒 ー
電話番号（ ）	ー
続 柄	

16. 虐待の防止について

当施設では、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその発生を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当施設従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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します。

17. 身体的拘束について

当施設では、原則として利用者に対し身体的拘束を行いません。ただし、自傷他害のおそれがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対し危険が及ぶことが考えられる時は、利用者に対して説明し、利用者に同意能力がある時は同意を得た上で次に掲げること留意して必要最小限の範囲で行なうことがあります。その場合は、身体的拘束を行なった日時、理由、及び態様等についての記録を行ないます。

- (1) 緊急性 … 直ちに身体的拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性 … 身体的拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

- (3) 一時性 … 利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体的拘束を解きます。

18. 職員の質の確保

施設職員の資質向上のために、その研修の機会を確保する。

19. 秘密の保持と個人情報の保護について

施設職員に対して、施設職員である期間及び施設職員でなくなった後においても、正当な理由が無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報を漏らすことがないよう指導教育を適時行なうほか、施設職員等が本規定に反した場合は、違約金を求めるものとします。

お預かりしている個人情報については、別紙「個人情報の利用目的」のとおり利用目的を定め、利用者又はその家族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、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

年 月 日

- (乙) 当事業者は、甲に対する介護老人保健施設サービスの提供開始にあたり、甲に対して本書面に基づき、上記重要事項を説明しました。

説明者 職 名 支 援 相 談 員
氏 名 印

- (甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、乙の職員から上記重要事項の説明を受けて同意し、交付を受けました。

(甲) 利 用 者 住 所
氏 名 印

利用者の家族 住 所

(続柄) 氏 名 印