

重要事項説明書

渡邊高記念会 第 20210401 号

ハートケア西宮わたなべがあなたに対する（介護予防）短期入所療養介護サービスを提供するにあたり、介護保険法に関する厚生省令第35号190条、及び37号145条に基づいて説明すべき事項は次のとおりです。

1. ご利用施設の概要

事業者の名称	社会医療法人 渡邊高記念会
法人所在地	兵庫県西宮市室川町10番22号
電話番号	0798-74-1771
代表者氏名	理事長 佐々木 恭子
設立年月	昭和40年11月1日
施設の名称	介護老人保健施設ハートケア西宮わたなべ
施設の所在地	兵庫県西宮市前浜町4番3号
兵庫県知事指定事業者番号	2850980091
電話番号	0798-39-0170

2. 介護予防短期入所療養介護定員

介護保険施設サービスの定員より利用者を差し引いた数とする。

3. 事業所の目的と運営の方針

（事業所の目的）

当施設は要支援、要介護者に対し、適正な（介護予防）短期入所療養介護サービスを提供することを目的とします。

（運営の方針）

当施設にあたっては、要支援・要介護状態と認定された利用者に対し、できる限り介護状態にならず自立した日常生活を営むことができるよう、居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に基づいて、医学的管理下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

実施にあたっては居宅介護支援事業所、その他保険医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めるとともに、関係市町村、地域包括支援センターと連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

（居室の種類、定員）

居室の種類	室数	
個室	12室	入所定員 76名
4人部屋	16室	※介護老人保健施設と共用

4. 従業者の職種及び員数（介護保健施設との兼務）

管理者	1 人
医師	0.6 人
看護師	8.8 人
介護士	18 人
支援相談員	1 人
介護支援専門員	1 人
理学療法士又は作業療法士	4 人
薬剤師	1 人
管理栄養士	1 人

ただし、それぞれの員数は業務の状況により増員することがあります。

5. 施設サービスの内容と利用料（法定代理受領を前提としています。）

※（介護予防）短期入所療養介護サービスの内容

要支援・要介護者を対象に、居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に基づいて、居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療並びに看護及び医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な日常生活上の世話をを行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

※ 利用料その他の費用の額

（介護予防）短期入所療養介護の利用料の額については、厚生労働大臣が定める基準（告示上の報酬額）によるものとし、（介護予防）短期入所療養介護サービスが法定代理受領サービスであるときは利用料の自己負担分（介護保険負担割合証による）と居住費と食費等の介護保険給付外サービスの額とします。

（1）介護保険給付によるサービス

食事 朝食 8:00～ 昼食 12:00～
おやつ 15:00～ 夕食 18:00～

管理栄養士により、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供を行います。また、医師の食事箋に基づき療養食を提供します。食べられないものやアレルギー等がある方は事前にご相談ください。

医療・看護 施設配置医師により適宜診察を行いご利用者の病状にあわせ医療・看護を提供します。施設医師の医学的判断に基づき、協力医療機関での医学的対応が必要となった場合には医療機関をご紹介します。急性増悪期、手術等の急性期治療のための医療につきましても協力医療機関等に移っていただくことになります。これらの医療機関では医療保険適用による別途自己負担が発生する場合がございます。

機能訓練 理学療法士又は作業療法士による機能訓練を状況にあわせて行います。
排泄の介助 ご利用者の状況に応じて適切な排泄の介助と自立について援助を行います。

入浴清拭 入浴又は清拭を1週間に2回行います。

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1週間に1回行います。

介護相談 施設サービスや在宅生活復帰に向けて、各担当者がご相談に応じます。
送迎 居宅と施設間の送迎をいたします。
※通常の送迎の実施範囲 西宮市（北部地区除く）、芦屋市
介護相談 ご利用者とそのご家族からのご相談に応じます。

（２）介護保険給付外のサービス

サービスの種別、内容

※送迎実施地域を越えて行う送迎の費用は、実施地域を越えた地点から自宅までについて、次の額を徴収する。

- ① 実施地域を越えた地点から、片道１０キロメートル未満 ２０００円
- ② 実施地域を越えた地点から、片道１０キロメートル以上 ３０００円

※理髪・美容 月１回実施 １階事務所受付にてお申し込みください。

※衣服リース、洗濯等の日常生活に必要な物品（ただしオムツ等を除きます。）につきましては、外部業者によるサービスもご利用頂けます。代行業者をご紹介させていただきます。

※緊急時の対応

当事業所では下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関	西宮渡辺心臓脳・血管センター
住 所	兵庫県西宮市池田町３番２５号
電 話	０７９８－３６－１８８０

協力医療機関	西宮渡辺病院
住 所	兵庫県西宮市室川町１０番２２号
電 話	０７９８－７４－２６３０

協力医療機関	西宮渡辺脳卒中・心臓リハビリテーション病院
住 所	兵庫県西宮市前浜町４番３号
電 話	０７９８－３９－０１８８

協力歯科医療機関	たかみ歯科医院
住 所	兵庫県西宮市上ヶ原八番町１番２号
電 話	０７９８－５２－０８００

(3) ご利用料金

入所時介護サービス費 (従来型個室)

(日額)

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 割負担額	617 円	770 円	804 円	854 円	920 円	977 円	1,032 円
2 割負担額	1,233 円	1,540 円	1,607 円	1,707 円	1,839 円	1,953 円	2,064 円
3 割負担額	1,849 円	2,310 円	2,410 円	2,560 円	2,759 円	2,929 円	3,095 円
日用品費	206 円	206 円	206 円	206 円	206 円	206 円	206 円
教養娯楽費	希望により参加された各クラブ活動で要した実費相当分						
食費(朝食)	400 円	400 円	400 円	400 円	400 円	400 円	400 円
食費(昼食)	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円
食費(夕食)	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円
おやつ代	100 円	100 円	100 円	100 円	100 円	100 円	100 円
合計	2,823 円	2,976 円	3,010 円	3,060 円	3,126 円	3,183 円	3,238 円
(2 割負担)	3,439 円	3,746 円	3,813 円	3,913 円	4,045 円	4,159 円	4,270 円
(3 割負担)	4,055 円	4,516 円	4,616 円	4,766 円	4,965 円	5,135 円	5,301 円

入所時介護サービス費 (多床室)

(日額)

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 割負担額	652 円	821 円	884 円	936 円	1,003 円	1,059 円	1,116 円
2 割負担額	1,303 円	1,641 円	1,767 円	1,871 円	2,006 円	2,117 円	2,232 円
3 割負担額	1,955 円	2,461 円	2,650 円	2,807 円	3,009 円	3,175 円	3,348 円
日用品費	206 円	206 円	206 円	206 円	206 円	206 円	206 円
教養娯楽費	希望により参加された各クラブ活動で要した実費相当分						
食費(朝食)	400 円	400 円	400 円	400 円	400 円	400 円	400 円
食費(昼食)	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円
食費(夕食)	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円
おやつ代	100 円	100 円	100 円	100 円	100 円	100 円	100 円
合計	2,858 円	3,027 円	3,090 円	3,142 円	3,209 円	3,265 円	3,322 円
(2 割負担)	3,509 円	3,847 円	3,973 円	4,077 円	4,212 円	4,323 円	4,438 円
(3 割負担)	4,161 円	4,667 円	4,856 円	5,013 円	5,215 円	5,381 円	5,554 円

* 日用品費：シャンプー・リンス・トイレットペーパー等。

介護保険負担限度額認定 (日額)

	食費	多床室	従来型個室
第 1 段階	300 円	0 円	490 円
第 2 段階	600 円	370 円	490 円
第 3 段階①	1,000 円	370 円	1310 円
第 3 段階②	1,360 円	370 円	1,310 円
第 4 段階	2000 円	377 円	1,668 円

特別な室料：個室 4000 円／日

その他の加算費用

(単位：円)

加算項目	1 割	2 割	3 割	算定要件
夜勤体制加算	26 円/日	52 円/日	77 円/日	夜勤を行う看護・介護職員の数が 20：1 以上でかつ 2 を超えている場合に算定します。
個別リハビリテーション実施加算	257 円/日	513 円/日	769 円/日	入所日より 3 ヶ月間集中的にリハビリを行った場合に算定します。
認知症行動・心理症状緊急対応加算	214 円/日	428 円/日	641 円/日	認知症によって、在宅での生活が困難であり緊急に入所が必要だと医師が判断した場合入所から 7 日を限度として算定します。
緊急短期入所受入対応加算	97 円/日	193 円/日	289 円/日	利用者の状態や家庭の事情により、緊急に短期入所療養介護を受け入れた場合に、7 日を限度として算定します。
若年性認知症利用者受入加算	129 円/日	257 円/日	385 円/日	40 歳以上 65 歳未満の若年性認知症の方を受け入れた場合に算定されます。
重度療養管理加算	129 円/日	257 円/日	385 円/日	要介護 4 または 5 であって、別に厚生労働大臣が定める状態（喀痰吸引や褥瘡に対する治療等）であるものに対して、医学的管理のもと、短期入所療養介護を行った場合に算定します。
緊急時施設療養費	546 円/日	1,092 円/日	1,638 円/日	緊急な医療が行われた場合に算定します。
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	37 円/日	73 円/日	109 円/日	在宅復帰支援として所定の基準に適合しているものとして届け出を行っている場合に算定します。
送迎加算	197 円 （片道）	393 円 （片道）	590 円/日	自宅と施設間の送迎を行った場合に算定します。
療養食加算	9 円/食	17 円/食	26 円/食	療養食を提供した場合に算定します。
総合医学管理加算	¥294/日	¥588/日	¥882/日	居宅サービス計画に予定なく、治療を目的として利用し主事の医師と連携を取った場合に 7 日を限度として算定しよう。
サービス提供体制強化加算	24 円/日 20 円/日	47 円/日 39 円/日	71 円/日 58 円/日	Ⅰ) 介護福祉士の割合が介護職員総数の 80% もしくは、勤続 10 年以上の介護福祉士 35% 以上の条件を満たした場合に算定します。 （Ⅱ）介護福祉士の割合が、介護職

	7 円/日	13 円/日	20 円/日	員総数の 60%以上の場合に算定します。 (Ⅲ)介護福祉士の割合が介護職総数の 50%以上もしくは、常勤職員が 75%以上、もしくは勤続 7 年以上の介護職員が 30%以上の場合に算定します。
--	-------	--------	--------	---

介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数×3.9%のうちご利用者負担割合分
介護職員特定処遇改善加算	(Ⅰ) 所定単位数の×2.1%のうちご利用者負担割合分 (Ⅱ) 所定単位数の×1.7%のうちご利用者負担割合分
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数×0.8%のうちご利用者負担割合分

※施設サービス費、加算料金は地

域加算により 1 単位当たり 10.68 円となり、自己負担額は介護保険の規定により 1 割から 3 割負担の徴収となります。

その他の利用料金

電気代（電気器具 1 品につき）	31 円/日
------------------	--------

(4) お支払い方法

月末締め翌月 15 日頃に請求書を発送し、27 日前後にご指定の銀行口座（ゆうちょ含む）から自動振替いたします。領収書は翌月請求時期に郵送します。

お支払いは原則自動振替でお願いしております。

やむを得ず現金払い、もしくは銀行振り込みをご希望の場合は担当職員までご相談ください。

6. 事故発生時の対応及び損害賠償

当施設が利用者に対して行う介護予防短期入所療養介護サービスの提供により万一事故が発生した場合には、速やかに利用者のご家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。また、当施設が利用者に対して行った（介護予防）短期入所療養介護サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を行います。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではありません。

7. 苦情、相談等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、担当職員までお気軽にご相談ください。ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。また、行政の相談窓口は下記の通りです。

介護老人保健施設ハートケア西宮わたなべ
兵庫県西宮市前浜町 4 番 3 号

電話番号 0798-39-0170

FAX 番号 0798-39-0171

相談窓口 登川 健太

西宮市健康福祉局法人指導課

兵庫県西宮市六湛寺町10番3号

電話番号 0798-35-3423

FAX 番号 0798-34-5465

月曜日から金曜日 午前9時～午後5時30分

芦屋市保健福祉部高年福祉課介護保険担当

兵庫県芦屋市精道町7番6号

電話番号 0797-38-2024

FAX 番号 0797-38-2160

月曜日から金曜日 午前9時～午後5時15分

兵庫県国民健康保健団体連合会

兵庫県神戸市中央区三宮町1-9-1-1801

電話番号 078-332-5617

FAX 番号 06-6949-5417

月曜日から金曜日 午前9時～午後5時

兵庫県健康福祉部社会福祉局高齢社会課

兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目10番1号

電話番号 078-341-7711

FAX 番号 078-362-9470

月曜日から金曜日 午前9時～午後6時

8. 非常災害時の対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を講じます。

1. 防火管理者は事業所管理者とし、火元責任者は当施設の事業所職員です。
2. 始業時、終業時には火災危険防止のため自主的に点検を行います。
3. 非常災害用の設備点検は年1回以上行います。
4. 非常災害用の設備は常に有効に保持するよう努めます。
5. 火災発生や地震等の災害が発生した場合は被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し任務の遂行に当たります。
6. 防火管理者は従業員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
 - ① 防火教育及び基礎訓練（消火・通報・避難） 年1回以上
 - ② 非常災害用設備の使用方法的徹底 年1回以上
7. その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処します。

9. 身体の拘束等

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行ないません。但し、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得ない場合は、施設長が判断して身体拘束を行う場合があります。この場合には、当施設の医師がその様態および時間、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することとします。

10. 秘密保持と個人情報の保護

施設及び施設の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供期間が終了した後においても継続します。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解を得ます。

施設は、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を5年間適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。

11. 褥瘡対策等

当施設は、利用者に対し良質な施設サービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護と発生を防止することに努めます。

12. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

1. 無断外出、外泊は絶対に行わないものとし、外出、外泊を希望される場合は当施設の医師の許可が必要となります。外出外泊を希望する場合は、事前に外出外泊届をご記入いただき職員にお申し出ください。
また外出、外泊された場合は面会時間内（9：00～20：00）を守って帰設してください。
2. 施設内での飲酒、喫煙及び賭事等は禁止いたします。
3. 現金・貴重品の持ち込みはご遠慮ください。施設では紛失の責任は負いかねますのでご了承ください。
4. ナイフ・はさみ・針・スプレー缶などの危険物の持ち込みは禁止です。
5. 居室の内外は清潔を心がけ、ペット・動物類の持ち込み飼育はご遠慮ください。
6. 生花、鉢植えや感染症の原因となる可能性の有る物の持ち込みはご遠慮ください。
7. テレビ・冷蔵庫・加湿器などの電化製品の持ち込みはご遠慮ください。
8. 施設外からの飲食物、嗜好品の持ち込みは禁止です。施設での預かりについても対応しておりません。居室で発見した飲食物等は処分いたしますのでご了承ください。
9. 外線より利用者への電話の呼び出しは9時より17時までとさせていただきます。取次ぎ時間のご使用は短時間となるよう心がけてください。携帯電話は他のご利用者のご迷惑にならないようにご使用ください。
10. 施設内では転倒防止のため、踵のないスリッパやサンダルは使用できません。
11. 消灯時間は21時となっております。
12. 施設内での宗教活動、政治活動、勧誘などはご遠慮ください。
13. 面会は必ず施設の職員の許可を受け、面会簿にご記入の上、所定の場所で面会してください。また面会時間は次のとおりです。

平日 9時より20時まで

休日 9時より20時まで

容態急変時の確認事項

＊ 急変時の受診先

1. 施設に判断を任せる（原則施設併設もしくは協力医療機関受診とする）
2. 指定医療機関受診を希望する（ただし、協力医療機関以外を希望する場合は家族同行での受診とする）

主治医：

連絡先電話番号：

＊ 受診先医療機関での延命処置

1. 延命処置を希望します
2. 延命処置を希望しません

本契約を証するため、甲及び乙は署名又は記名押印のうえ本契約書を2通作成し、甲乙各1通を保有する。

年 月 日

(利用者 甲)

私は、「渡邊高記念会 第20210401号重要事項説明書」に基づいて、乙の職員
（職名 支援相談員 氏名 ）から重要事項の説明を
受けたことを確認します。また、契約内容について十分な説明を受け、その内容を
理解し、本契約と日常生活費等を申し込みます。

住所 〒

印

電話番号

(身元引受人及び署名代行者)

私は、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行します。

住所〒

印

電話番号

甲との続柄

【勤務先】

住所 〒

会社名

電話番号

(事業者 乙)

当施設は、甲の申込みを受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

所在地 〒662-0931 兵庫県西宮市前浜町4番3号

名称 社会医療法人渡邊高記念会

介護老人保健施設 ハートケア西宮わたなべ

代 表 者 理 事 長 佐々木 恭子 印

電話番号 0798-39-0170