介護老人保健施設カロス　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

（令和　８年　８月　１日改定）

１．運営法人

（１）法人の名称等

・法人名　　社会福祉法人　貞省会
・設立年月日　　平成９年１１月１７日
・所在地　　大阪府堺市南区美木多上２３０８番地の１
・電話番号　　０７２－２０７－１１０２
・ファックス番号　　０７２－２９７－５０９３
・代表者氏名　　理事長　河　合　省　吾

２．施設の概要

（１）施設の名称等

施設名　　介護老人保健施設　カロス
開設年月　　平成１１年３月１５日
所在地　　大阪府堺市南区美木多上２３０８－１
電話番号　　０７２-２９７-１１０２
ファックス番号　　０７２-２９７-５０９３
管理者名　　施設長　上　石　　弘
・介護保険指定番号　　介護老人保健施設（２７５０１８００９９）

（２）介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日生活を営むことができるようにし、１日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を１日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護〔介護予防短期入所療養介護〕や通所リハビリテーション〔介護予防通所リハビリテーション〕といったサービスを提供し在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解をいただいた上でご利用ください。

【介護老人保健施設カロスの運営方針】

当施設は、人間の尊厳を大切にし、老人の自立を支援して、家庭復帰ができるようなプログラムを積極的に導入し利用者の状態に応じた医療、看護、介護サービス、相談業務を提供し、入所、短期入所療養介護〔介護予防短期入所療養介護〕及び通所リハビリテーション〔介護予防通所リハビリテーション〕のサービスを提供し在宅ケアを支援いたします。

（3）施設の職員体制

	基準人員数	実配置人員数			業務内容
		常　勤	非常勤	夜　間	
・医　　師	常勤１以上	１名	名	オンコール	健康管理・保健衛生
・看護職員	７名	６名	４名	１名	傷病者の処置
・薬剤師	実情適当数	名	１名	名	薬剤の管理、服薬指導
・介護職員	１８名	１９名	６名	２名	介護及び日常生活の援助
・支援相談員	１以上	３名	名	名	入所者及び家族との相談
・理学療法士	100 対１以上	２名	６名	名	機能回復訓練
・作業療法士		２名	名	名	機能回復訓練
・言語聴覚士		名	名	名	機能回復訓練
・管理栄養士	１名	１名	名	名	献立と栄養指導
・介護支援専門員	１以上	１名	名	名	入所療養介護計画の作成
・事務職員	実情適当数	４名	２名	名	保険請求業務及び経理事務
・その他		名	９名	名	送迎運転手、営繕

（4）入所定員等　７３名

・療養室　　個室 ７室、 ２人室 ５室、 ４人室 １４室

（5）通所定員　　４７名

3．サービス内容

① 施設サービス計画の立案
② 短期入所療養介護〔介護予防短期入所療養介護〕計画の立案
③ 通所リハビリテーション〔介護予防通所リハビリテーション〕計画の立案
④ 通所介護〔介護予防通所介護〕計画の立案
⑤ 食事（原則として食堂でおとりいただきます。）
　朝食　　８時　～　　９時
　昼食　１２時　～　１３時
　夜食　１８時　～　１９時
⑥ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。入所利用者は、週に最低２回ご利用いただきます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合もあります。）
⑦ 医学的管理・看護
⑧ 介護（退所時の支援も行います）
⑨ リハビリテーションマネジメント、機能訓練（リハビリテーション・レクリエーション）
⑩ 相談援助サービス
⑪ 栄養管理等の栄養状態の管理
⑫ 理美容サービス
⑬ 行政手続きの代行
⑭ その他

※ これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもあります。

４．協力医療機関等

当施設では、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

・名　　称　　社会医療法人　啓仁会　咲花病院
・住　　所　　大阪府和泉市のぞみ野１丁目３番３０号
・電話番号　　０７２５－５５－１９１９
・診 療 科　　内科　外科　整形外科　眼科

・名　　称　　社会医療法人　同仁会　耳原総合病院
・住　　所　　大阪府堺市堺区協和町４丁４６５番
・電話番号　　０７２－２４１－０５０１
・診 療 科　　内科　外科　整形外科　脳神経外科

・名　　称　　医療法人　錦秀会　阪和第一泉北病院
・住　　所　　大阪府堺市南区豊田１５８８番地１
・電話番号　　０７２－２９５－２８８８
・診 療 科　　内科　外科　整形外科

・名　　称　　医療法人　錦秀会　阪和第二泉北病院
・住　　所　　大阪府堺市中区深井北町３１７６番
・電話番号　　０７２－２７７－１４０１
・診 療 科　　内科　外科　整形外科

・名　　称　　医療法人　良秀会　泉北藤井病院
・住　　所　　大阪府堺市南区泉田中３１００番１９号
・電話番号　　０７２－２９５－８８８８
・診 療 科　　内科　外科

・名　　称　　医療法人　恒進會　泉北陣内病院
・住　　所　　大阪府堺市南区豊田４０番
・電話番号　　０７２－２９９－２０２０
・診 療 科　　内科　外科　整形外科

・名　　称　　社会医療法人　生長会　ベルランド総合病院
・住　　所　　大阪府堺市中区東山５００番地３
・電話番号　　０７２－２３４－２００１
・診 療 科　　内科　外科　整形外科　脳神経外科　泌尿器科　婦人科

・名　　称　　社会医療法人　啓仁会　堺咲花病院
・住　　所　　大阪府堺市南区原山台２丁７番１号
・電話番号　　０７２－２９５－８８３３
・診 療 科　　内科　外科　整形外科

・協力歯科医療機関

・名　　称　　山田歯科医院
・住　　所　　大阪府堺市南区庭代台２丁８番１号
・電話番号　　０７２－２９９－５１３８

・名　　称　　せこぐち歯科医院
・住　　所　　大阪府堺市南区桃山台２丁３番４号ツインビル桃山パートⅡ１階
・電話番号　　０７２－２９３－４１８０

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

５．施設利用に当たっての留意事項

・ 食事

施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。

・ 面会

１０時から２０時までです。面会時は所定の面会簿にお名前を記帳して頂きます。

・ 外出・外泊

外出または外泊される時は、その都度外出先、外泊先、用件、施設へ帰着する予定時間等を所定の用紙にて施設長に届け出て、その承認を得ていただきます。

・ 飲酒・喫煙

飲酒・喫煙は禁止しています。

・ 火気の取扱い

火気を用いることは禁止しています。

・ 設備・備品の利用

当施設の許可を得てご利用していただきます。

・ 所持品・備品等の持ち込み

所持品等には必ず利用者の名前を記入していただきます。

・ 金銭・貴重品の管理

多額の金銭または貴重品等については、管理上支障をきたす恐れがありますのでお持ちにならないようにしてください。

・ 外泊時等の施設外での受診

医療機関等を受診される場合は必ず当施設までご連絡してください。

・ 宗教活動

禁止しています。

・ ペットの持ち込み

原則禁止しています。

６．非常災害対策

当施設は、常に災害を未然に防止するよう努めています。又「防火管理規定」を定め非常災害その他の緊急の事態に備えています。

・ 防災設備　　スプリンクラー、消化器、消火栓等
・ 防災訓練　　年２回実施

７．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。

８．要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。（電話０７２－２９７－１１０２）

要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、ステーションに備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

事業所外苦情相談窓口	堺市介護保険課 連絡先　　堺市堺区南瓦町３番１号 ０７２－２２８－７５１３ 業務時間　午前９時００分から午後５時３０分
	堺市堺区役所　地域福祉課 連絡先　　堺市堺区南瓦町３番１号 ０７２－２２８－７４７７ 業務時間　午前９時００分から午後５時３０分
	堺市北区役所　地域福祉課 連絡先　　堺市北区新金岡町５丁１―４ ０７２－２５８－６７７１ 業務時間　午前９時００分から午後５時３０分
	堺市東区役所　地域福祉課 連絡先　　堺市東区日置荘原寺町１９５－１ ０７２－２８７－８１１２ 業務時間　午前９時００分から午後５時３０分
	堺市中区役所　地域福祉課 連絡先　　堺市中区深井沢町２４７０－７ ０７２－２７０－８１９５ 業務時間　午前９時００分から午後５時３０分
	堺市西区役所　地域福祉課 連絡先　　堺市西区鳳東町６丁６００ ０７２－２７５－１９１２ 業務時間　午前９時００分から午後５時３０分
	堺市南区役所　地域福祉課 連絡先　　堺市南区桃山台１丁１－１ ０７２－２９０－１８１２ 業務時間　午前９時００分から午後５時３０分
	堺市美原区役所　地域福祉課 連絡先　　堺市美原区黒山１６７－１ ０７２－３６３－９３１６ 業務時間　午前９時００分から午後５時３０分
	和泉市役所　生きがい健康部　高齢介護室 連絡先　　和泉市府中町二丁目７番５号 ０７２５－９９－８１３１ 業務時間　午前９時００分から午後５時１５分
	大阪府国民健康保険団体連合会　介護保険課 連絡先　大阪市中央区常磐町１丁目３番８号中央大通FNビル ０６－６９４９－５４１８ 業務時間　午前９時００分から午後５時００分
第３者委員	秋本　節子 連絡先　　０７２－２９９－５９４１
	佐々木　義光　行政書士 連絡先　　０７２－４８４－０７８１

９．受給資格等の確認

ご利用に当たり、ご利用者の介護保険証類、健康保険証類を確認させていただきます。

１０．短期入所療養介護の概要

短期入所療養介護〔介護予防短期入所療養介護〕は、要介護者及び要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活のお世話を行い、利用者の療養生活の質の向上及び利用者のご家族身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、短期入所療養介護〔介護予防短期入所療養介護〕計画が作成されますが、その際利用者・代表者の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

１１．利用料金

（１）基本料金

施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度及び個室または多床室によって利用料が異なります。）

【在宅強化型　従来型個室】

個室	単位数	１割負担	２割負担	３割負担
要支援１	632 単位	661 円	1,321 円	1,982 円
要支援２	778 単位	813 円	1,626 円	2,439 円
要介護１	819 単位	856 円	1,712 円	2,568 円
要介護２	893 単位	934 円	1,867 円	2,800 円
要介護３	958 単位	1,002 円	2,003 円	3,004 円
要介護４	1,017 単位	1,063 円	2,126 円	3,189 円
要介護５	1,074 単位	1,123 円	2,245 円	3,367 円

【在宅強化型　多床室】

２人室または４人室	単位数	１割負担	２割負担	３割負担
要支援１	672 単位	703 円	1,405 円	2,107 円
要支援２	834 単位	872 円	1,743 円	2,615 円
要介護１	902 単位	943 円	1,885 円	2,828 円
要介護２	979 単位	1,023 円	2,046 円	3,069 円
要介護３	1,044 単位	1,091 円	2,182 円	3,273 円
要介護４	1,102 単位	1,152 円	2,303 円	3,455 円
要介護５	1,161 単位	1,214 円	2,427 円	3,640 円

【基本型　従来型個室】

個室	単位数	１割負担	２割負担	３割負担
要支援１	579 単位	605 円	1,210 円	1,815 円
要支援２	726 単位	759 円	1,518 円	2,276 円
要介護１	753 単位	787 円	1,574 円	2,361 円
要介護２	801 単位	837 円	1,674 円	2,511 円
要介護３	864 単位	903 円	1,806 円	2,709 円
要介護４	918 単位	960 円	1,919 円	2,878 円
要介護５	971 単位	1,015 円	2,030 円	3,044 円

【基本型　多床室】

２人室または４人室	単位数	１割負担	２割負担	３割負担
要支援１	613 単位	641 円	1,281 円	1,922 円
要支援２	774 単位	809 円	1,618 円	2,427 円
要介護１	830 単位	868 円	1,735 円	2,602 円
要介護２	880 単位	920 円	1,840 円	2,759 円
要介護３	944 単位	987 円	1,973 円	2,960 円
要介護４	997 単位	1,042 円	2,084 円	3,126 円
要介護５	1,052 単位	1,100 円	2,199 円	3,298 円

（２）加算料金

加算名称	単位数	１割負担	２割負担	３割負担
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	51 単位	54 円	107 円	160 円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	51 単位	54 円	107 円	160 円
夜勤職員配置加算	24 単位	25 円	50 円	75 円
送迎加算（片道）	184 単位	193 円	385 円	577 円
療養食加算（１食につき）	8 単位	9 円	17 円	25 円
緊急時治療管理	518 単位	542 円	1,083 円	1,624 円
個別リハビリテーション加算	240 単位	251 円	502 円	753 円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位	209 円	418 円	627 円
若年性認知症利用者受入加算	120 単位	126 円	251 円	377 円
重度療養管理加算	120 単位	126 円	251 円	377 円
緊急短期入所受入加算	90 単位	94 円	188 円	282 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位	23 円	46 円	69 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位	19 円	38 円	57 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位	7 円	13 円	19 円
認知症ケア加算	76 単位	80 円	159 円	239 円
認知症専門ケア加算Ⅰ	3 単位	4 円	7 円	10 円
認知症専門ケア加算Ⅱ	4 単位	5 円	9 円	13 円
総合医学管理加算（10 日限度）	275 単位	288 円	575 円	862 円
口腔連携強化加算	50 単位	53 円	105 円	157 円
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100 単位	105 円	209 円	314 円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10 単位	11 円	21 円	32 円

特定治療　　医科診療報酬点数表に基づく点数（全国一律 10 円の単価）

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	ひと月につき所定単位数の 9.0%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	ひと月につき所定単位数の 9.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	ひと月につき所定単位数の 8.6%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	ひと月につき所定単位数の 9.3%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	ひと月につき所定単位数の 6.9%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	ひと月につき所定単位数の 5.9%を加算

※ 堺市の地域区分単価（5 級地 10.45 円）での計算となります。保険請求の算定上、誤差が生じることがあります。

※ 夜勤職員配置加算は、夜間および深夜の時間帯について手厚い人員体制をとっ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は、個別リハビリテーション計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が個別にリハビリテーションを行った場合に算定します。

※ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算は、厚生労働大臣が定める入所者の割合や人員基準等に適合するものとして届け出ている場合に算定します。

※ 認知症行動・心理症状緊急対応加算は、医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所療養介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定短期入所療養介護を行った場合に算定します。

※ 緊急短期入所受入加算は、利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急に指定短期入所療養介護を受けることが必要と認めた利用者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合に算定します。

※ 若年性認知症入所者受入加算は、若年性認知症(40 歳から 64 歳まで)の入所者を対象に個別の担当者を定めて受け入れた場合に算定します。

※ 重度療養管理加算は、要介護状態区分が要介護 4 又は要介護 5 の者に限る利用者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に算定します。

※ 送迎加算は、利用者に対して送迎を行う場合、片道ごとに算定します。

※ 療養食加算は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供したときに算定します。

※ 緊急時治療管理は、入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに算定します。

※ 口腔連携強化加算は、事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、１月に１回に限り算定します。

※ 生産性向上推進体制加算は、見守り機器等のテクノロジーを複数（Ⅰ）、１つ以上（Ⅱ）導入していること等の要件を満たした時に算定します。

※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、入所者に対して介護保険施設サービスを行った場合に算定します。

※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員をはじめとする介護事業所で働く職員の賃金向上や職場環境の改善を目的とされ、要件を満たした介護施設や事業所に支給される加算です。

※ 業務継続計画を策定していない場合、未実施減算として所定単位数の 1.0%減算となります。

※ 高齢者虐待防止措置のための委員会開催や指針の整備などを行っていない場合、未実施減算として所定単位数の 1.0%減算となります。

※ (利用料について、事業者が法廷代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

（３）その他の料金

① 食費の負担額　（朝食　４２０円、昼食・おやつ　６５０円、夕食　５６０円）

１．生活保護受給者等　　（第１段階）　　３００円／日

２．市民税非課税世帯等　（第２段階）　　６００円／日まで

（本人の年金収入額＋その他の合計所得が年額 82.65 万円以下かつ、預貯金等の合計が 650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下）

３．市民税非課税世帯等　（第３段階①）　　１，０３０円／日まで

（本人の年金収入額＋その他の合計所得が年額 82.65 万円超 120 万円以下かつ、預貯金等の合計が 550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下）

４．市民税非課税世帯等　（第３段階②）　　１，３６０円／日まで

（本人の年金収入額＋その他の合計所得が年額 120 万円超かつ、預貯金等の合計が 500 万円（夫婦は 1,500 万円）以下）

５．一般世帯等（上記１から４以外の方）　　１，６３０円／日まで

② 滞在費（１日当たり）＊

・従来型個室　　１，７２８円／日
・多床室　　６００円／日

（ただし、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が１日にお支払いいただく居住費の上限となります。）

＊居住費の負担額（従来型個室）

１．生活保護世帯等　（第１段階）　　５５０円／日
２．市民税非課税世帯等　（第２段階）　　５５０円／日
３．市民税非課税世帯等　（第３段階①　）　　１，３７０円／日
４．市民税非課税世帯等　（第３段階②）　　１，４７０円／日

＊居住費の負担額（多床室）

１．生活保護世帯等　（第１段階）　　０円／日
２．市民税非課税世帯等　（第２段階）　　４３０円／日
３．市民税非課税世帯等　（第３段階①②）　　４３０円／日

③　特別室利用料（１日当たり）

個室　　１，１００円／日（税込）
２人室　　５５０円／日（税込）

④　理美容代　（１回当たり ）　　実費

⑤　その他　日用品費（１日当たり）　　３００円

（内訳：ティッシュペーパー、石鹸、フェイスタオル、バスタオル、おしぼり）運営規程の定めに基づくもの

教養娯楽費（１日当たり）　　３００円

（内訳１：折り紙、塗り絵、書道、生け花、園芸、金魚の飼育、絵画等）
（内訳２：レクリエーションで使用する風船等の遊具等）運営規程の定めに基づくもの

⑥　文書料　１，６５０円

（４）支払い方法

・毎月１５日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の２５日までに施設の窓口にてお支払いただくか、または当施設が指定した金融機関に振り込んでください。
預金口座振り替えを利用される場合は、その月の２７日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に振り替えいたします。

１２．個人情報の利用目的

介護老人保健施設カロスでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

・当施設が利用者等に提供する介護サービス
・介護保険事務
・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
－入退所等の管理
－会計・経理
－事故等の報告
－当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
－利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、 照会への回答

－利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
－検体検査業務の委託その他の業務委託
－家族等への心身の状況説明
・介護保険事務のうち
－保険事務の委託
－審査支払機関へのレセプトの提出
－審査支払機関又は保険者からの照会への回答
・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【その他の利用目的】
〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕
・当施設の管理運営業務のうち
－医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
－当施設において行われる学生の実習への協力
－当施設において行われる事例研究
〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕
・当施設の管理運営業務のうち
－外部監査機関への情報提供

１３．身体拘束について
事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。
また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。
（1） 緊急性‥‥‥直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
（2） 非代替性‥‥身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・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ます。
（3） 一時性‥‥‥利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

１４．高齢者虐待防止について
事業所は、利用者の人権・虐待の防止のために、次に掲げることに留意して、必要な措置を講じます。
（1） 従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
（2） 施設サービス計画書の作成など適切な支援に努めます。
（3） 従業者が支援にあたっての悩みを相談できる体制を整え、利用者の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

虐待防止に関する責任者	辰巳　成一

１５．事故発生時の対応方法について
利用者に対する指定短期入所療養介護〔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、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
また、利用者に対する指定短期入所療養介護〔介護予防短期入所療養介護〕の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	（有）全老健共済会
保険名	介護老人保健施設総合補償制度
保障の概要	賠償事故補償制度等

１６．衛生管理等

① 施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

② 施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。

③ 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、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

１７．利用料等

費用を変更する場合は、あらかじめ利用者又はその家族に対し、事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名を受けます。

１８． 第三者評価の実施状況

実施していない

１９．その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますのでご請求ください。

２０．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

この重要事項説明書の内容について、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	堺市南区美木多上 2308 番地 1
	法人名	社会福祉法人　貞省会
	代表者名	理事長　河合　省吾
	事業所名	介護老人保健施設　カロス
	説明者氏名	

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	

代理人	住所	
	氏名	

介護老人保健施設短期入所療養介護

（介護予防短期入所療養介護）利用同意書

介護老人保健施設カロス短期入所療養介護〔介護予防短期入所療養介護〕を入所利用するにあたり、介護老人保健施設短期入所療養介護〔介護予防短期入所療養介護〕利用約款及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

年　　月　　日

＜利用者＞
住　　所

氏　　名

＜代理人＞
住　　所

氏　　名

個人情報の提示に関する同意書

介護老人保健施設カロス施設管理者　殿

私たちは、貴施設のサービスを利用するにあたり、その業務に必要な場合に限り、私たちの個人に関する情報を、関係する市町村、居宅介護支援事業者その他介護保険事業者、適切な治療のため医療機関等の各機関へ情報提供することに同意します。

なお、サービス担当者会議など業務に必要な場合にも、関係する居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護施設事業者などに、私たちの個人に関する情報を提示することに同意します。

年　　月　　日

〈利用者〉
住　所

氏　名

〈ご家族等〉
住　所

氏　名

〈ご家族等〉
住　所

氏　名