

介護予防短期入所療養介護利用料金表

(令和6年4月1日以降)

利用料金の計算上、端数処理の関係により若干の変動があります。

(日 額)

| 2階・3階・4階フロアご利用の方 | 要介護度 | 介護保険給付 1割負担の料金です | | 介護保険給付対象外利用料 (利用者負担第4段階の方の場合) | | | | | | |
|------------------|-------------------|---------------------|------|----------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-----------|------|--------|--------|
| | | 自己負担金 | | 滞在費 | 食費 | 日用品費 | 教養 娯楽費 | 合計 | | |
| | | 基本型 | 強化型 | | | | | 基本型 | 強化型 | |
| | | 多床室 | 要支援1 | 658円 | 721円 | 740円 | 1,730円 | 190円 | 232円 | 3,550円 | 3,613円 |
| | 要支援2 | 830円 | 894円 | | | | | | | |
| | 個室 又は 特別室 | 要支援1 | 621円 | 678円 | 1,850円 | 朝食380円 昼食710円 (間食含) 夕食640円 | | | 4,623円 | 4,680円 |
| | 要支援2 | 779円 | 834円 | 4,781円 | | | | | 4,836円 | |
| 第3段階 | (多床室) (特別室・個室) | 上記自己負担 に準ずる | | 370円 | 1,000円~1,300円 (負担上限) | | | | | |
| | | | | 1,310円 | | | | | | |
| 第2段階 | (多床室) (特別室・個室) | | | 370円 | 390円 (負担上限) | | | | | |
| | | | | 490円 | | | | | | |
| 第1段階 | (多床室) (特別室・個室) | | | 0円 | 300円 (負担上限) | | | | | |
| | | | | 490円 | | | | | | |

※令和6年8月1日より第2段階から第3段階の方の居住費は1日60円増額される予定です。

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| 加算料等※1割負担の料金です | 送迎加算 | 送迎を行った場合 片道 198円 が加算されます。 |
| | 緊急時治療管理 | 緊急時治療が必要な場合、1日 556円 を月に1回連続する3日を限度としてご請求させていただきます。 |
| | 療養食加算 | 利用者の病状等に応じて医師により疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食等を提供した場合 1日につき 3回を限度として 1回 9円 を請求させていただきます。 |
| | サービス体制強化加算 | 介護福祉士の占める割合、又は常勤職員の占める割合、或いは一定の勤続年数を有する職員の占める割合等、厚生労働大臣が定める基準に適合した場合には、1日 24円 又は 1日 20円 或いは 1日 7円 が加算されます。 |
| | 夜勤職員配置加算 | 夜勤を行う看護・介護職員の数が厚生労働大臣が定める施設基準に適合している場合は、1日 26円 が加算されます。 |
| | 個別リハビリテーション実施加算 | リハビリ専門職員が、他職種と共同してリハビリテーション計画を作成し、個別リハビリテーションを行った場合、1日につき 258円 が加算されます。 |
| | 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 認知症による妄想・幻覚・暴言等の症状により緊急に利用が必要と医師が判断しケアマネ等と連携して、利用者又はその家族が同意して利用した場合、7日間を限度として 1日につき 215円 が加算されます。 |
| | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、在宅復帰・在宅療養支援機能加算として、1日につき 55円 が加算されます。 |
| | 認知症専門ケア加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合し、専門的な認知症ケアを行った場合は、1日につき 4円 又は 5円 が加算されます。 |
| | 総合医学管理加算 | 厚生労働大臣の定めた基準に従い計画的な利用ではない者に治療管理を目的とした利用の場合、1日 295円 が10日間を限度に加算されます。(緊急時治療管理を算定する場合を除く) |
| | 口腔連携強化加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、口腔の健康状態の評価を実施し歯科医療機関及び介護支援専門員に対し評価結果の情報提供を行った場合、1月に1回限り 54円 を加算します。 |
| | 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)(Ⅱ) | 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、機器の活用や研修等の必要な検討や確認を行い事業年度ごとに業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告した場合、1月につき 108円 又は 11円 を加算します。 |
| | 身体拘束廃止未実施減算 | 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の 100分の1 に相当する単位数 を所定単位数から減算します。 |
| | 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 虐待の発生又はその再発を防止するための措置(虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を決めること)が講じられていない場合は、所定単位数の 100分の1 に相当する単位数 を所定単位数から減算します。 |
| 業務継続計画未策定減算 | 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供が提供できる体制を構築するための事業継続計画が策定されていない場合は、所定単位数の 100分の1 に相当する単位数 を所定単位数から減算します。 | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(Ⅳ) 【令和6年6月1日~】 | 厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、介護予防短期入所療養介護サービスの単位数の 1000分の75 に相当する単位数又は1000分の71に相当する単位数 又は1000分の54又は1000分の44 に相当する単位数 を所定単位数に加算します。 | |

| | | | | | | |
|---|----|------|------------|----|-----|--------|
| その他の費用 | 室料 | 特別室 | 4,400円(税込) | 理容 | カット | 2,600円 |
| | | 個室 | 3,300円(税込) | 美容 | パーマ | 3,700円 |
| | 差額 | 2階個室 | 室料差額なし | 容額 | 顔剃り | 700円 |
| | | 4人部屋 | 室料差額なし | 額 | 毛染め | 3,700円 |
| ○各種診断書：3,300円 ○左記以外の診断書：1,100円 ○行事費：実費 ○以上料金を示したものを以外に利用者からの依頼により購入する日常生活品等は実費を徴収します | | | | | | |

介護老人保健施設ヴァンサンク
介護予防短期入所療養介護重要事項説明書
(目次)



介護予防短期入所療養介護重要事項説明書

| | | | | |
|----|--------------------|-------|---|----|
| 1 | 事業者（法人）の概要 | ..... | P | 1 |
| 2 | 事業所（ご利用施設） | ..... | P | 1 |
| 3 | 事業の目的及び運営方針 | ..... | P | 1 |
| 4 | 事業所の概要 | ..... | P | 2 |
| 5 | 事業所の職員体制 | ..... | P | 3 |
| 6 | 職員の勤務体制 | ..... | P | 4 |
| 7 | 介護予防短期入所療養介護の内容と費用 | ..... | P | 5 |
| 8 | 利用料等のお支払い方法 | ..... | P | 8 |
| 9 | サービス内容に関する苦情等相談窓口 | ..... | P | 8 |
| 10 | 非常災害時の対策 | ..... | P | 10 |
| 11 | 協力医療機関等 | ..... | P | 10 |
| 12 | 事業所の利用にあたっての留意事項 | ..... | P | 10 |
| 13 | 利用者へのお願い | ..... | P | 11 |
| 14 | 事故発生時の対応及び損害賠償について | ..... | P | 11 |
| 15 | 虐待防止について | ..... | P | 11 |
| 16 | サービス利用にあたっての禁止行為 | ..... | P | 11 |

介護老人保健施設ヴァンサンク

介護予防短期入所療養介護重要事項説明書

1 事業者(法人)の概要

| | |
|---------|--|
| 名称・法人種別 | 医療法人 <small>かせいかい</small> 嘉誠会 |
| 代表者名 | 理事長 <small>やまもと よしはる</small> 山本 嘉治 |
| 所在地、連絡先 | (住 所) 〒546-0013 大阪市東住吉区湯里2丁目5番11号 (電 話) 06-6704-2982 (FAX) 06-6704-2981 |

2 事業所(ご利用施設)

| | |
|---------|---|
| 施設の名 称 | 介護老人保健施設 ヴァンサンク |
| 所在地・連絡先 | (住 所) 〒546-0013 大阪市東住吉区湯里2丁目12番26号 (電 話) 06-6704-3511 (FAX) 06-6704-3611 |
| 事業所番号 | 2750880037 |
| 管理者の氏名 | 施設長 <small>ながい ゆうじ</small> 永井 裕司 |

3 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

介護老人保健施設ヴァンサンクは、適正な介護予防短期入所療養介護サービスの運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、看護師等の看護職員、介護職員が、要支援状態の利用者に対し、適切な介護予防短期入所療養介護サービスを提供いたします。

(2) 運営方針

その利用者が可能な限りその居宅において、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、看護、医学的管理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上のお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ることを運営方針としています。

(3) その他

| 事 項 | 内 容 |
|-------------------------|---|
| 介護予防短期入所療養介護計画の作成及び事後評価 | 相当期間以上にわたり継続して入所することが予定される利用者については、利用者及びご家族の直面している課題等を評価し、利用者及びご家族の希望を踏まえて、介護予防短期入所療養介護計画を作成し、利用者又はその家族に対し説明いたします。また、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。 |
| 従業員研修 | 従業員採用後6ヶ月以内に採用時研修を行っています。 |
| | 年1回従業員の継続研修を行っています。 |

4 事業所の概要

(1) 構造等

| | |
|-----|-------------------------------|
| 敷 地 | 1,877.85 m ² |
| 建 物 | 構 造 鉄筋コンクリート造 地上4階（耐火建築） |
| | 延べ床面積 3,755.24 m ² |

(2) 療養室

| 療養室の種類 | 室 数 | 面積（1人あたりの面積） | 備 考 |
|-----------|-----|--|----------|
| 1人部屋（特別室） | 3室 | 71.5m ² （23.8m ² ） | ナースコール設置 |
| 1人部屋（個室A） | 4室 | 36.9m ² （9.2m ² ） | ナースコール設置 |
| 1人部屋（個室B） | 9室 | 76.5m ² （8.5m ² ） | ナースコール設置 |
| 4人部屋 | 21室 | 687.6m ² （8.1m ² ） | ナースコール設置 |

(3) 主な設備

| 設 備 | 室 数 | 面積（1人あたりの面積） | 備 考 |
|---------|------|--------------|----------|
| 食 堂 | 3室 | 202.1㎡（2.0㎡） | |
| 機能訓練室 | 1室 | 101.6㎡（1.0㎡） | |
| 一 般 浴 室 | 2室 | 47.8㎡（0.4㎡） | 特殊浴槽2台設置 |
| 脱 衣 室 | 2室 | 25.4㎡（0.2㎡） | |
| 診 察 室 | 1室 | 12.7㎡（0.12㎡） | |
| ト イ レ | 28カ所 | | ナースコール設置 |

(4) 通常の送迎の実施地域

| |
|---|
| 大阪市東住吉区・大阪市平野区・大阪市生野区・大阪市住吉区 大阪市住之江区・大阪市阿倍野区・大阪市天王寺区・松原市 |
|---|

5 事業所の職員体制

| | 常 勤 | 非 常 勤 | 合 計 | 基準人員数 |
|--------------|------|-------|------|-------|
| ・医 師 | 1 名 | | 1.0名 | 1 名 |
| ・看護職員 | 10 名 | | 10 名 | 9.6名 |
| ・介護職員 | 24 名 | | 24 名 | 23.8名 |
| ・支援相談員 | 1.4名 | | 1.4名 | 1 名 |
| ・理学療法士、作業療法士 | 2.1名 | | 2.1名 | 1 名 |
| ・管理栄養士 | 1 名 | | 1 名 | 1 名 |
| ・介護支援専門員 | 1 名 | | 1 名 | 1 名 |
| ・事務職員 | 2 名 | | 2 名 | |

6 職員の勤務体制及び職務

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|-------------------------|---|------|
| 医師 | 日勤（ 9：00～17：00）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 看護職員 | 日勤（ 8：45～17：30） 夜勤（16：45～ 9：00） ※昼間帯（8：45～17：30）は、原則として職員1名あたり約20名のお世話をします。 ※夜間帯（17：30～ 9：00）は、原則として職員1名あたり約100名のお世話をします。 | 4週8休 |
| 介護職員 | 早出（ 7：30～15：45） 日勤（ 8：45～17：30） 遅出（11：45～19：30） 夜勤（16：45～ 9：00） ※昼間帯（8：45～17：30）は、原則として職員1名あたり約10名のお世話をします。 ※夜間帯（17：30～ 9：00）は、原則として職員1名あたり約30名のお世話をします。 | 4週8休 |
| 支援相談員 | 日勤（ 8：45～17：30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 日勤（ 8：45～17：30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 管理栄養士 | 日勤（ 8：45～17：30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 介護支援専門員 | 日勤（ 8：45～17：30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 事務職員 | 日勤（ 8：45～17：30）常勤で勤務 | 4週8休 |

| 従業者の職種 | 職務 |
|-------------------------|---|
| 医師 | 利用者の健康維持及び合併症の治療管理を行うとともに利用者が疾病やけが等を心配せず、安心して施設を利用することができるようにすることを職務とする。 |
| 看護職員 | 利用者の身体的・心理的苦痛及び不安を和らげ、利用者が希望をもって家庭への復帰を目指すことができるようにする。また、少しでも早く家庭へ復帰できるよう計画的に日常生活動作能力を向上させることを職務とする。 |
| 介護職員 | 利用者の身の回りのお世話をし、利用者が生活する上でのQOLの向上に努めるとともに、利用者が家庭へ復帰するための援助を行う。また、利用者の不安や悩みを理解した上でケアプランに基づきそれぞれの利用者にあった介護を行うことを職務とする。 |
| 支援相談員 | 利用者の不安や悩みを聴くとともに、利用者の家族や友人等、利用者を取り巻く人と利用者との調整を図る。また、利用者の今後の人生にとって最良の方向へ導くことを職務とする。 |
| 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 利用者が1日でも早く家庭へ復帰できるように理学・作業訓練を行い、できるだけ利用者が療養室に閉じこもることのないよう心がけ、個々の能力にあった理学訓練又は作業訓練を行い、利用者を早く家庭に復帰させることを職務とする。 |

| | |
|---------|---|
| 管理栄養士 | 利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事を提供する。また、入所者毎に解決すべき課題を把握し、栄養補給、栄養食事相談、多職種と共同して栄養ケア計画を作成するとともに定期的にモニタリングを行い評価判定を行うことを職務とする。 |
| 介護支援専門員 | 利用者の施設サービス計画の作成等を担当し、入所申込者の入所に際して居宅介護支援事業者に対して心身の状況や生活歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握するとともに、退所時においては保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること等を職務とする。 |

7 介護予防短期入所療養介護の内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

① サービス内容

| 種類 | 内容 | | | | | | | | |
|---------------|---|------|----------------|--|------------------|--|-------------------|--|------------------|
| 食事 | <table border="1"> <tr> <td>食事時間</td> <td>朝食 8時00分～9時00分</td> </tr> <tr> <td></td> <td>昼食 12時00分～13時00分</td> </tr> <tr> <td></td> <td>おやつ 15時00分～15時30分</td> </tr> <tr> <td></td> <td>夕食 18時00分～19時00分</td> </tr> </table> <p>管理栄養士を配置して、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事をご提供します。</p> | 食事時間 | 朝食 8時00分～9時00分 | | 昼食 12時00分～13時00分 | | おやつ 15時00分～15時30分 | | 夕食 18時00分～19時00分 |
| 食事時間 | 朝食 8時00分～9時00分 | | | | | | | | |
| | 昼食 12時00分～13時00分 | | | | | | | | |
| | おやつ 15時00分～15時30分 | | | | | | | | |
| | 夕食 18時00分～19時00分 | | | | | | | | |
| 医療 | 介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要支援者を対象としておりますが、医師・看護職員が常勤しておりますので利用者の病状に照らして適切な医療・看護を行います。ただし、当施設では行えない処置（透析等）や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については医療機関での治療となります。 | | | | | | | | |
| 看護・介護 | 利用者の病状、心身の状況に応じ、日常生活の充実に資するように適切な看護及び医学的管理下における介護を行います。 | | | | | | | | |
| 機能訓練 | 理学療法士、作業療法士により入所者の状況に適した機能訓練を最低週2日行い、身体機能の低下を防止するように努めます。また、施設内すべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。 | | | | | | | | |
| 入浴 | 週2回の入浴又は清拭を行います。寝たきり等で座位のとれない方は、特殊浴槽を用いての入浴も可能です。 | | | | | | | | |
| 排泄 | 利用者の状況に応じた適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 | | | | | | | | |
| 離床、着替え 整容等 | 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 | | | | | | | | |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。お気軽にご相談ください。 | | | | | | | | |

| | |
|-----|--|
| 送 迎 | 利用者の心身の状態、ご家族等の事情等から見て送迎を行うことが必要な場合、送迎を行います。 |
|-----|--|

② 費 用

ア 施設利用料(以下の金額は「負担割合が1割」の方の料金です。)

※利用料金の計算上、端数処理の関係により円単位で若干の変動があります。

| 要介護度 | 多床室 | 従来型個室 | 要介護度 | 多床室 | 従来型個室 |
|-----------------|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| | 利用負担金 | 利用負担金 | | 利用負担金 | 利用負担金 |
| 要支援1 (1日につき) | (基本型) 658円 | (基本型) 621円 | 要支援2 (1日につき) | (基本型) 830円 | (基本型) 779円 |
| | (強化型) 721円 | (強化型) 678円 | | (強化型) 894円 | (強化型) 834円 |

イ 加算料金(以下の金額は「負担割合が1割」の方の料金です。)

※利用料金の計算上、端数処理の関係により円単位で若干の変動があります。

| | |
|------------------|--|
| 送迎加算 | 送迎を行った場合 片道 198円 が加算されます。 |
| 緊急時治療管理 | 緊急時治療が必要な場合、 1日 556円 を月に1回連続する3日を限度としてご請求させていただきます。 |
| 療養食加算 | 利用者の病状等に応じて医師により疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食等を提供した場合 1日につき 3回を限度として 1回 9円 を請求させていただきます。 |
| サービス体制強化加算 | 介護福祉士の占める割合、又は常勤職員の占める割合、或いは一定の勤続年数を有する職員の占める割合等、厚生労働大臣が定める基準に適合した場合には、 1日 24円 又は 1日 20円 或いは 1日 7円 が加算されます。 |
| 夜勤職員配置加算 | 夜勤を行う看護・介護職員の数が厚生労働大臣が定める施設基準に適合している場合は、 1日 26円 が加算されます。 |
| 個別リハビリテーション実施加算 | リハビリ専門職員が、他職種と共同してリハビリテーション計画を作成し、個別リハビリテーションを行った場合、 1日につき 258円 が加算されます。 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 認知症による妄想・幻覚・暴言等の症状により緊急に利用が必要と医師が判断しケアマネ等と連携して、利用者又はその家族が同意して利用した場合、7日間を限度として 1日につき 215円 が加算されます。 |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、在宅復帰・在宅療養支援機能加算として、 1日につき 55円 が加算されます。 |

| | |
|--------------------------------|--|
| 認知症専門ケア加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合し、専門的な認知症ケアを行った場合は、 1日につき 4円 又は 5円 が加算されます。 |
| 総合医学管理加算 | 厚生労働大臣の定めた基準に従い計画的な利用ではない者に治療管理を目的とした利用の場合、 1日 295円 が10日間を限度に加算されます。(緊急時治療管理を算定する場合を除く) |
| 口腔連携強化加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、口腔の健康状態の評価を実施し歯科医療機関及び介護支援専門員に対し評価結果の情報提供を行った場合、 1月に1回限り 54円 を加算します。 |
| 生産性向上推進体制加算 (I) (II) | 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、機器の活用や研修等の必要な検討や確認を行い事業年度ごとに業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告した場合、 1月につき 108円 又は 11円 を加算します。 |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、 身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の 100分の1 に相当する単位数 を所定単位数から減算します。 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 虐待の発生又はその再発を防止するための措置(虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること)が講じられていない場合は、 所定単位数の 100分の1 に相当する単位数 を所定単位数から減算します。 |
| 業務継続計画未策定減算 | 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供が提供できる体制を構築するための事業継続計画が策定されていない場合は、 所定単位数の 100分の1 に相当する単位数 を所定単位数から減算します。 |
| 介護職員処遇改善加算 (I) (II) (III) (IV) | 厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、介護予防短期入所療養介護サービス費の単位数の 1000分の75 に相当する単位数又は1000分の71に相当する単位数 又は1000分の54又は1000分の44 に相当する単位数 を所定単位数に加算します。 |

(2) 介護保険給付対象外サービス

| | | | |
|---|-----------------|----------------------------------|----------|
| 日用品費 | 190円/日 | 教養娯楽費 | 232円/日 |
| シャンプー・リンス・ボディーソープ 薬用ハンドソープ | | 新聞・雑誌・折り紙・画用紙・のり 色画用紙・セロハンテープ | |
| 滞在費 | 特別室・個室 1,850円/日 | 食費 | 1,730円/日 |
| | 4人部屋 740円/日 | | |
| 朝食380円・昼食710円(おやつ含)・夕食640円 | | | |
| ※滞在費・食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・食費を負担限度額とします。 | | | |

| | | | | |
|----------------------------|--|--------------------|--|-----------|
| 室 料 差 額 | 特別室 | 4,400 円/日 (税込) | 2階個室 | 無 料 |
| | ○占有面積：35.4㎡～36.38㎡ ○トイレ・ユニットバス設備完備 ○29型ワイドテレビ常設 ○外線電話設備・応接セットあり | | ○著しい精神症状、感染症等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすとして従来型個室の利用の必要があると医師が判断した場合 | |
| | 個室 | 3,300 円/日 (税込) | 4人部屋 | 無 料 |
| | ○占有面積：11.26㎡～11.50㎡ ○トイレ・洗面設備完備 | | | |
| 理 容 ・ 美 容 額 | カット | 2,600 円/回 | パーマ | 3,700 円/回 |
| | 顔剃り | 700 円/回 | 毛染め | 3,700 円/回 |
| 特別な食事 | 実 費 (税込) | | | |
| | 基本食事サービス費の費用の額ではご提供が困難な高価な材料を使用し特別な調理を行うなど、その内容が通常の基本食事サービス費の費用の額を超えた必要な費用 | | | |
| インフルエンザ 予防ワクチン 接種料金 | 2,000円/回 | 肺炎球菌ワクチン 予防接種料金 | 6,600円/回 | |
| 文 書 料 | 各種診断書等 3,300円/通 (税込) | | | |
| | 上記以外 1,100円/通 (税込) | | | |
| 行 事 費 | 小旅行や観劇等に参加された場合、入場料等の必要実費費用 | | | |
| その他の費用 | 料金を掲示したものを以外に、利用者からの依頼により購入する日常生活品については実費を徴収します。 | | | |

※各関係法令の改正及び介護給付費改正等、利用料金に関する内容に変更が生じた場合には、別途文書により変更内容を明記したうえご案内いたします。

(3) キャンセル料

利用者のご都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

| | |
|--------------------------|-----------|
| 利用日の前日（午後3時）までに連絡があった場合 | 無 料 |
| 利用日の前日（午後3時）までに連絡がなかった場合 | 滞在費・食費相当分 |

8 利用料等のお支払い方法

毎月、10日までに「7 介護予防短期入所療養介護の内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書によりご請求いたしますの

で、毎月20日までに下記口座にお振り込みいただくか、1階受付窓口へ現金にてお支払いください。ご入金確認後、領収書を発行いたします。

| | | |
|------------------|----------------|---------------------------------|
| お振り込み先 ゆうちょ銀行 | 記号 番号 名義 | 14170 82068661 医療法人嘉誠会-RK |
|------------------|----------------|---------------------------------|

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

| | | | | |
|-------------|-------|-----------------|------|----------|
| 当施設 相談窓口 | 窓口担当者 | 支援相談員 | | |
| | ご利用時間 | 午前9時00分～午後5時00分 | | |
| | ご利用方法 | 電話06-6704-3511 | | |
| | 面接 | お気軽にご相談ください | ご意見箱 | 1階玄関前に設置 |

| | | |
|-----------------------------------|-------|-----------------------|
| 市町村の相談窓口 | 所在地 | 大阪府中央区船場中央3丁目1番7号-331 |
| 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 | 電話番号 | 06-6241-6310 |
| | F A X | 06-6241-6608 |
| | ご利用時間 | 午前9時00分～午後5時30分 |

| | | |
|--------------------|-------|------------------|
| 公的団体の相談窓口 | 所在地 | 大阪府中央区常磐町1丁目3番8号 |
| 大阪府国民健康保険 団体連合会 | 電話番号 | 06-6949-5418 |
| | F A X | 06-6949-5417 |
| | ご利用時間 | 午前9時00分～午後5時00分 |

| | | |
|------------------------|-------|--------------------|
| 東住吉区の相談窓口 | 所在地 | 大阪府東住吉区東田辺1丁目13番4号 |
| 東住吉区健康福祉 サービス課介護保険係 | 電話番号 | 06-4399-9859 |
| | F A X | 06-6622-9999 |
| | ご利用時間 | 午前9時00分～午後5時30分 |

【大阪市東住吉区以外の窓口】（お住まいの区役所が窓口となります）

| | |
|------------------------|------------------------|
| 北 区 ▶電話 06-6313-9859 | 東淀川区 ▶電話 06-4809-9859 |
| 都 島 区 ▶電話 06-6882-9859 | 東 成 区 ▶電話 06-6977-9859 |
| 福 島 区 ▶電話 06-6464-9859 | 生 野 区 ▶電話 06-6715-9859 |
| 此 花 区 ▶電話 06-6466-9859 | 旭 区 ▶電話 06-6957-9859 |
| 中 央 区 ▶電話 06-6267-9859 | 城 東 区 ▶電話 06-6930-9859 |
| 西 区 ▶電話 06-6532-9859 | 鶴 見 区 ▶電話 06-6915-9859 |
| 港 区 ▶電話 06-6576-9859 | 阿倍野区 ▶電話 06-6622-9859 |
| 大 正 区 ▶電話 06-4394-9859 | 住之江区 ▶電話 06-6682-9859 |
| 天王寺区 ▶電話 06-6774-9859 | 住 吉 区 ▶電話 06-6694-9859 |
| 浪 速 区 ▶電話 06-6647-9859 | 西淀川区 ▶電話 06-6478-9859 |
| 平 野 区 ▶電話 06-4302-9859 | 淀 川 区 ▶電話 06-6308-9859 |
| 西 成 区 ▶電話 06-6659-9859 | |

【区役所以外の窓口】

| | |
|------------------|-----------------|
| おおさか介護サービス相談センター | 電話 06-6766-3800 |
|------------------|-----------------|

10 非常災害時の対策

| | | | | |
|------------|--|------|---------|------|
| 非常時の対応 | 別途定める「介護老人保健施設ヴァンサンク消防計画」にのっとり対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める「介護老人保健施設ヴァンサンク消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | あり | 防火扉 | 17カ所 |
| | 避難階段 | 2カ所 | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知機 | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
| | 誘導灯 | 39カ所 | 緊急地震速報 | あり |
| | カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。 | | | |
| 消防計画等 | 大阪市東住吉消防署への届出日：平成13年9月17日 防火管理者：澤田 安誠 | | | |

11 協力医療機関等

| | | | |
|------|----|-------------------|--------------------|
| 医療機関 | 名称 | 医療法人橘会 東住吉森本病院 | 病床数：382床 |
| | 住所 | 大阪市東住吉区鷹合3丁目2番66号 | 診療科目 |
| | 電話 | 06-6606-0010 | 内・胃・整・脳外・眼・形 |
| 歯科 | 名称 | 医療法人育生会 三好病院 | 病床数：69床 |
| | 住所 | 大阪市平野区流町4丁目10番10号 | 診療科目 |
| | 電話 | 06-6709-3455 | 内・呼・胃・循・外・整・泌・放・リハ |
| 歯科 | 名称 | 山本歯科医院 | 病床数：無床 |
| | 住所 | 大阪市東住吉区湯里2丁目5番10号 | |
| | 電話 | 06-6797-2202 | |

12 事業所の利用にあたっての留意事項

| | |
|------------|--|
| 来訪・面会 | ・来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 |
| 外出・外泊 | ・外泊、外出の際には必ず外泊・外出届に必要な事項を記入の上、職員に申し出てください。 |
| 他の医療機関への受診 | ・医師の判断のもと、充分にご理解いただき、必要に応じて受診していただきます。 ・受診に際しては診療情報提供書のもとに行いますので施設に無断で受診されないようお願いします。 |
| 設備・器具の利用 | ・施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。 |

| | |
|------------------|--|
| 喫煙・飲酒 | <ul style="list-style-type: none"> ・喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 ・原則として飲酒はできません。 |
| 外部からの食事の持込 | <ul style="list-style-type: none"> ・O-157やノロウイルス等の食中毒を予防する観点から、弁当や出前等の食事を外部から施設内に持ち込むことはご遠慮ください。 |
| 迷惑行為等 | <ul style="list-style-type: none"> ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 |
| 所持品の管理 現金等の管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・原則、自己の責任のもと、管理していただきます。 ・貴重品はできるだけ持ち込まないでください。 現金を持ち込みされる場合は2,000円までとさせていただきます。 |
| 宗教活動 政治活動 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 |
| 動物飼育 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。 |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・この重要事項説明書の内容に関する変更等が生じた場合には、別途文書により変更内容を明記したうえ契約を更新します。 |

13 利用者へのお願い

- サービス利用の際には、介護被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- サービスの利用にあたっては、利用を希望する期間の初日の2ヶ月前から、利用する期間を明示して申し込むことができます。

14 事故発生時の対応及び損害賠償について

当施設は、施設サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の後見人及び家族又は身元引受人に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。また、事故により利用者に損害が発生した場合は、本施設は速やかに利用者の損害を賠償しますが、当施設に故意・過失がない場合にはこの限りではありません。また、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することがあります。

15 虐待防止について

当施設は、入所者等の人権の擁護・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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者 施設長 山下隆史
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 虐待等に対する苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

16 サービス利用にあたっての禁止行為

当施設は、入所者又はご家族から職員に対する以下の行為が明らかとなった場合には、利用契約を終了することがあります。

- (1) 当施設職員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- (2) パワーハラスメント、セクシュアルハラスメントなどの行為。

(3) 当施設職員の身体及び財物の損傷、又は損壊する行為。

【禁止行為の具体的な例】

- ①暴力又は乱暴な言動
 - ・物を投げる
 - ・刃物を向ける、服を引っ張る又は引きちぎる、手を払いのける
 - ・怒鳴る、奇声、大声を発する など
- ②モラルハラスメント
 - ・暴言や侮辱行為、日常的な無視や精神的苦痛を与える発言（いやみ等） など
- ③セクシャルハラスメント
 - ・職員の身体を触る、手を握る
 - ・腕を引っ張るなどして抱きしめる
 - ・女性のヌード写真を見せる など
- ④その他
 - ・職員の自宅住所や電話番号を何度も聞く
 - ・ストーカー行為 など

当施設は、重要事項説明書に基づいて、介護予防短期入所療養介護のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 大阪府大阪市東住吉区湯里2丁目12番26号
 法人名 医療法人 嘉 誠 会
 施設名 介護老人保健施設 ヴァンサンク
 管理者名 施設長 永井 裕司 印

重要事項説明者 職 名 _____
 氏 名 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護予防短期入所療養介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

代理人 (選任した場合) 住 所 _____
 氏 名 _____ 印