

介護老人保健施設えぼし “介護予防短期入所” 重要事項説明書

1. 介護老人保健施設えぼしの概要

(1) 当施設の概要

施設名	介護老人保健施設 えぼし
所在地	青森県上北郡野辺地町字川目 88-1
電話番号	0175-65-2666
FAX 番号	0175-65-2668
事業所番号	指定事業所番号 (0252580014)

(2) 当施設の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	合計	事業内容
管理者	医師	1名	名	1名	介護従業者及び業務の管理
医師	医師	名	2名	2名	利用者の健康管理
薬剤師	薬剤師		1名	1名	医師の指示に基づく薬剤管理と指導
介護支援専門員	介護支援専門員	1名	名	1名	施設サービス計画の原案の作成と要介護認定・申請手続き
支援相談員	社会福祉主事他	1名	名	1名	利用者や家族からの相談に応じる。市町村連携を図る
機能訓練指導員	作業療法士	1名	名	1名	リハビリの計画作成・実施・指導
介護・看護職員	看護師	1名	名	1名	医師の指示に基づく医療行為と施設サービス計画に基づく看護
	准看護師	7名	名	7名	
	介護福祉士	12名	名	12名	施設サービスに基づく介護
	ヘルパー1級	名	名	名	
	ヘルパー2級	2名	名	2名	
	ヘルパー3級	名	名	名	
	社会福祉主事	名	名	名	
その他	4名	名	4名		
栄養士	栄養士	1名	名	1名	献立の作成・栄養指導・食事管理
調理員		4名	名	4名	食品衛生及び調理業務
事務職員		1名	名	1名	事務業務

(3) 当施設の設備の概要

定員	80人	
居室	4人部屋	34.27 m ²
	2人部屋	19.72 m ²
	1人部屋	17.19 m ²
浴室	一般浴槽	41.08 m ²
	特別浴槽	32.36 m ²
診療室	14.63 m ²	
相談室	11.49 m ²	
食堂	219.43 m ²	
機能訓練室	130.74 m ²	
理美容室	11.72 m ²	

2. 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

基本理念

要支援老人の日常生活能力を可能な限り自立した生活に結びつけるため、各部門との連携を密にして、一人ひとりの能力に応じたケアプランの遂行に努める。サービス提供にあたっては懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し療養上、必要な事項について理解しやすいように説明する。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
従業員への研修の実施	施設内研修のほか、最低年1回外部研修に参加します
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します
変更の申込方法	介護支援専門員又は支援相談員に申し出てください
身体的拘束	当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するためなど緊急やむを得ない場合に限り行うこともあります。ただし、入所者又はその後家族に説明の上、医師の指示に従って行います
その他	本説明書及び運営規定に定めのない事項は当事者が協議して定めます

(3) サービスの利用にあたっての留意事項

外出・外泊	外泊又は外出しようとするときは、所定の用紙により行先、外泊先、電話番号、施設への帰着予定時間を申し出てください
飲酒・喫煙	飲酒及び指定場所以外での喫煙はできません
金銭、貴重品の管理	入所者自身で管理していただきます。ただし、特別の事情があれば申し出てください。
所持品の持ち込み	最小限必要な身のまわり品とします
設備、器具の利用	本来の目的以外に利用又は使用しないでください

3. サービスの内容

- ① 食事 : 朝食 午前 7 : 30
昼食 午後 12 : 00
夕食 午後 18 : 00
- ② 入浴 : 週に最低2回の入浴とします。ただし、状態に応じ、特別浴又は清拭となる場合もあります。
- ③ 介護 : 医学的管理の下に看護・介護その他日常的に必要なとされる医療と日常生活上のお世話をします。
- ④ 機能訓練 : 理学・作業療法士によるリハビリテーションを週2回行います。
- ⑤ 支援相談 : 支援相談員に日常生活に関することなどについて相談できます。

- ⑥ 健康管理 毎日医師が診察にあたります。その他インフルエンザ等の予防接種を行います。
- ⑦ レクリエーション 様々なクラブ活動等
- ⑧ 貴重品管理 特別の事情のある入所者が希望した場合、年金振り込み等の預貯金通帳と屈出印鑑、預貯金証書、有価証券、年金証書を所定の手続きによりお預りします。預貯金の預入れ、引出しが必要な場合、所定の手続きにより処理します。
- ⑨ 入所・退所時送迎 介護予防短期入所時必要（サービス提供票による）と認められる利用者

4. 利用料金

(1) 別紙参照

(2) 介護保険の給付対象にならない以下のサービスは、利用料金が全額が利用者様の負担となります。

- ・特別な療養室料 → 1日あたり 個室 1,500円 2人室 600円
- ・理美容料 → 1回につき 理容 2,000円（税込）
- ・特別な食事 → 1食につき 300円が食費に加算されます。
- ・洗濯料 → 原則としてご家族の方をお願いします。
業者に委託する場合、基本料金 3,200円（税込）
- ・日用品費 → 実費負担
- ・教養娯楽費 → 実費負担
- ・健康管理費 → インフルエンザ予防接種費用 1回につき 3,000円
- ・貴重品の管理 → 1ヶ月につき 3,000円

(3) 料金の支払方法

毎月、15日頃までに前月分の請求をいたしますので、発行月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収印を押印いたします。

お支払方法は、銀行振込、現金の2通りの方法があります。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込みください。当施設の職員がお伺いいたします。

☞ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

退所希望日をお申し出ください。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が他の介護保健施設に入所、又は医療機関に入院した場合

- 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- お客様が亡くなられた場合

③ その他

- お客様がサービス利用料金のお支払いを 2 ヶ月以上遅延し、料金をお支払いいただくよう催告したにもかかわらず 10 日以内に支払われない場合、またはお客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービスの契約終了前であっても、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6. 秘密の保持

(1) 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、次の各号についての情報提供については、当施設は利用者及び扶養者から予め文書による同意を得た上で行うこととします。また、当施設の退職者も同様とします。

- ① 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関への療養情報の提供。
- ② 介護保健サービスの質の向上のための学会、研究会での事例研究発表など。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
- ③ 利用者又は家族が施設サービスに関する情報の記録を閲覧、又は確認したい時は個人情報の法令に基づいて情報を開示します。

(2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

7. サービス内容に関する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

担当者： 支援相談員
 電話： 0175 - 65 - 2666
 受付日： 毎週 月曜日～金曜日
 受付時間： 8:30 ～ 17:30

(2) その他

当施設以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会）：017-723-1336
 野辺地町役場 介護福祉課：0175-64-2111

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態に変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員へ連絡いたします。

※ 協力病院 : 野辺地病院・ちびき病院

9. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡行います。

また、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とともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当施設の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合、速やかに損害賠償いたします。

10. 非常災害対策

防災時の対応	消防署への通報と同時に自衛消防隊により対応します
防災設備	自動火災報知、消火器、室内消火栓
防災訓練	総合防災訓練（年2回）、自主訓練（年2回）
防火責任者	古屋敷 勇助

平成 年 月 日

介護老人保健施設介護予防サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 青森県上北郡野辺地町字川目 88-1

名称 介護老人保健施設 えぼし

(説明者) 氏名 印

私は、本書面により、事業者（施設）から介護老人保健施設（介護予防）についての重要な事項の説明を受けました。

(利用者) 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印