

重要事項説明書 『介護予防通所リハビリテーション』

1 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設名	独立行政法人地域医療機能推進機構 若狭高浜病院附属介護老人保健施設
開設年月日	平成6年4月1日
所在地	福井県大飯郡高浜町宮崎87号14番地2
電話番号	(0770) 72-5115
FAX 番号	(0770) 72-5477
管理者名	施設長 秋野 裕信
介護保険指定番号	介護老人保健施設(1852380011)

(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等の介護保険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常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、短期入所療養介護や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方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

〔独立行政法人地域医療機能推進機構若狭高浜病院附属介護老人保健施設の運営方針〕

- ① 明るく家庭的な雰囲気の中、利用者の心身の特性に応じた看護、介護ケア及びリハビリテーション等のサービスを適切に提供するように努めます。
- ② 地域と家庭との連携を重視した運営に心がけ、入所者が家庭への復帰を目指し生きがいを持って療養生活を送ることができるように努めます。

(3) 施設の職員体制（入所に係る職員を含む 兼務…入所との兼務者）

職種	人数	業務内容
医師	1人（兼務）	診察・治療・療養指導・保健指導等
薬剤師	1人（兼務）	入所者に係る調剤・薬剤の適正使用等
看護職員	1人（兼務）	看護業務・保健衛生・健康教育等
介護職員	4人以上	日常生活全般の介護業務等
支援相談員	1人以上	入退所の相談・指導や事業計画立案実施

管理栄養士	1人以上（兼務）	栄養指導・献立・調理・嗜好調査等
理学療法士又は作業療法士	1人以上	心身諸機能の維持・改善や減退防止訓練
事務職員その他	若干名	事務・経理全般・調理業務・運転業務等

（４） 通所定員等

・定員 20名

2 サービス内容

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
- ② 食事（糖尿食、心臓高血圧食、肝臓食等の治療食の提供にも応じます）
- ③ 医学的管理・看護
- ④ 介護
- ⑤ リハビリテーション
- ⑥ 相談援助サービス
- ⑦ 栄養管理・栄養ケアマネジメント等の栄養状態の管理
- ⑧ その他

*これらのサービスの中には、入所者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ので、ご相談ください。

3 利用料金

（１） 基本料金

介護保険制度では、要介護度によって基本料金が異なり、『介護保険負担割合証』に記載された利用者負担の割合に応じた額をお支払いいただきます。

詳しくは、別紙『利用料金表』を参照ください。

（２） その他の料金

以下は1日当たりの自己負担額です。

項目	割合	料金	項目	割合	料金
昼食代(おやつ代込)	共通	673 円	予防接種料	共通	*実費
夕食代		590 円	治療食材料費		100円
日常生活費		160円	テープ式オムツ・パンツ型		*55円/枚
教養娯楽費		*実費	尿パット		*22円/枚
行事費		*実費			

- ・ *印の利用料は消費税を含んだ総額表示です。
- ・ 日常生活費に含まれているものについては別紙『日常生活費のご案内』を参照ください。
- ・ テープ式オムツ・パンツ型及び尿パットについては、1枚あたりの料金です。持参のオム

ツ類が無い場合、施設のものを使用させていただく場合がございます。

(3) 支払い方法

請求書は月末に締め切り、毎月10日頃に郵送致します。

お支払いは、ご指定の口座より22日（22日が休日の場合、翌営業日となります）に引き落としとさせていただきます。

4 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関にご協力をいただいています。

協力医療機関	若狭高浜病院
所在地・電話番号	福井県大飯郡高浜町宮崎87-14-2 TEL (0770) 72-0880
協力歯科医療機関	医療法人 池田歯科医院
所在地・電話番号	福井県大飯郡高浜町若宮2-6 TEL (0770) 72-0020

5 施設利用に当たっての留意事項

(1) 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付けられていますが、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。そのため、飲食物の持ち込みはご遠慮いただいております。

(2) その他の生活事項について

- ① リハビリテーションや入浴以外の時間は、施設内で趣味、娯楽、談話等でごゆっくりお過ごしください。
- ② 飲酒、喫煙、火気の取り扱いは当施設では固くお断り致します。
- ③ 防火・避難訓練は適宜行いますので、ご協力ください。その他、分からないこと、不安なことはいつでもお気軽に職員にお尋ねください。
- ④ 職員に対するお心遣いは、絶対にご遠慮願います。

6 非常災害対策

- ・防災設備：スプリンクラー・消化器・消火栓・火災警報装置・すべり台・救助袋等
- ・防災訓練：年2回以上（内、夜間想定を1回以上）

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、ペットの持ち込み、特定の政治活動等」は禁止しています。

8 衛生管理等

- (1) 入所者の使用する施設、食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に務め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。
 - (2) 管理栄養士、栄養士、調理師等厨房勤務者は、毎月1回、検便を行います。
 - (3) 定期的に、鼠族、昆虫の駆除を行います。
 - (4) 施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- ① 施設における感染症の予防およびまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を行います。
 - ② 施設における感染症または食中毒の予防およびまん延の防止のための指針を整備しています。
 - ③ 施設において、職員に対し、感染症および食中毒の予防およびまん延の防止のための研修および訓練を年2回以上実施します。
 - ④ ①から③までのほか、「厚生労働大臣が定める感染症または食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行います。

9 虐待防止に関する事項

施設は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を年2回以上実施します。
- (4) 前3号に定める措置を適切に実施するための担当者を設置します。
- (5) 施設は、サービス提供中に職員または擁護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入所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。

10 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修および訓練を年2回以上実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

11 要望及び苦情等の相談窓口

施設には支援相談員が勤務していますので、要望及び苦情をはじめ相談がありましたらお気軽にお問い合わせください。

電話（０７７０）７２－５１１５

要望及び苦情等は、支援相談員をはじめ看護師長、介護士長、副施設長にお寄せいただければ、速やかに対応致しますが、廊下に備え付けられた「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。なお、国民健康保険団体連合会及び大飯郡高浜町、おおい町へも申し出ることができます。

◎国民健康保険団体連合会

〒910-0843 福井市西開発 4-202-1 自治会館内

TEL(0776)57-1611 FAX(0776)57-1615

◎高浜町保健福祉センター（保健福祉課 福祉グループ）

〒919-2292 大飯郡高浜町和田 117-68

TEL(0770)72-5887 FAX(0770)72-6109

◎おおい町保健福祉センターなごみ（住民福祉課 介護保険係）

〒919-2111 大飯郡おおい町本郷 92-51-1

TEL(0770)77-1155 FAX(0770)77-3377

12 その他

（１）通所に必要なもの

① 衣類

- ・持ち物には必ずフルネームでご記名をお願い致します。
- ・タオル、バスタオル類は施設でご用意致します。
- ・貴金属、多額のお金、預金通帳、カード類等は持参されないようお願い致します。破損、紛失、盗難の責任は負いかねます。

（２）その他

施設の備品（ナースコール等）を破損された場合は、お話し合いの上、弁償していただく場合がございます。

指定介護予防通所リハビリテーションサービスの開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

説明日 令和 年 月 日

<事業者>

独立行政法人地域医療機能推進機構 若狭高浜病院附属介護老人保健施設

説明者

職種：主任介護福祉士

氏名：奥本 和也

私は、本書面により、事業所から指定介護予防通所リハビリテーションサービスについて重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

<利用者>

住所：_____

氏名：_____

<代理人>

住所：_____

氏名：_____

利用者との続柄（ ）