介護老人保健施設もみじ園

重要事項説明書

利用者に対する介護老人保健施設サービス提供開始にあたり、施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

１．事業者（法人）の概要

法人の名称	社会福祉法人　　葵新生会
代表者名	理事長　新　谷　　正　子
所在地・連絡先	〒７３９－０１５１ 住所　広島県東広島市八本松町原１１１７１番地１ 電話　０８２－４２９－０３５０ FAX　０８２－４２９－１７８９

２．事業所（ご利用施設）の概要

施設の名称	介護老人保健施設　もみじ園
施設長名	施設長　　山　形　　史　子
所在地・連絡先	〒７３９－２６２２ 住所　広島県東広島市黒瀬町乃美尾５５５番地１ 電話　０８２３－８３－６０６１ FAX　０８２３－８２－８２３８
事業所番号	３４５２５８００６５

３．施設の目的及び運営方針

（１）施設の目的

介護老人保健施設は、看護、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医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、利用者が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にするとともに、居宅における生活への復帰を目指すことを目的とします。

（２）運営方針

① 利用者の人格を尊重し、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、心身の状況等を踏まえて、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めます。

② 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、他の医療、保健、福祉サービス又は、関係機関との密接な連携に努めます。

③ 職員の質、サービスの質の向上を図り、職員間の連携を深めます。

（３）施設サービス計画の作成及び事後評価

介護支援専門員が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者及び家族の希望を踏まえて、施設サービス計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（施設サービス計画書）に記載して、利用者及び家族に説明し、同意を受けます。

４．施設の概要

（１）敷地及び建物

敷地		４７，８７８．４６㎡（さくら園含む）
建物	構造	鉄筋コンクリート造２階建（耐火建築）
	述べ床面積	３，１２０．２９㎡
	利用定員	入所　６０名（短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を含む） 通所　８０名（介護給付・介護予防給付サービス定員を含む）

（２）療養室

居室の種類	室　数
個室	１０室
２人部屋	９室
４人部屋	８室

（３）主な設備

設　備	室　数	面積	備　考
食　堂	４	１４４．１２㎡	
機能訓練室	２	１７４．４９㎡	
浴　室	３	８４．４７㎡	特別浴槽１台設置
談　話　室	１	５５．０２㎡	
ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ・ﾙｰﾑ	１	７０．４７㎡	
家族介訓練室	１	３１．６８㎡	

５．施設の職員体制

従業者の職種	人数（人）	区　分				職務の内容
		常勤（人）		非常勤（人）		
		専従	兼務	専従	兼務	
施　設　長	１		１			施設の管理をします
医　　師	１		１			医学管理をします
薬　剤　師	０			０		調剤業務委託
看 護 職 員	１０	１０				健康チェックをします
介 護 職 員	１６	１４	２			日常生活のお世話をします
支援相談員	３	２		１		利用者、家族の相談等を受けます
作業療法士	１			１		応用動作のリハビリをします
理学療法士	５			５		基本動作のリハビリをします
言語聴覚士	１			１		言語や聴覚のリハビリをします
管理栄養士	１	１				栄養管理をします
介護支援専門員	２		２			相談、サービス計画の作成等をします
事 務 職 員	３		３			受付業務、その他事務関係をします

６．職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長（医師）	正規の勤務時間帯（１０：００～１８：００、 ８：００～１６：００） 常勤で勤務	４週１２休
看護職員 介護職員	早番（７：００～１６：００） 日勤（８：３０～１７：３０） 遅出（１０：００～１９：００） 夜勤（１７：００～　９：００）	４週８休
支援相談員	正規の勤務時間帯（　８：３０～１７：３０） 常勤で勤務	４週８休
作業療法士 理学療法士	正規の勤務時間帯（　８：３０～１７：３０） 常勤で勤務	４週８休
管理栄養士	正規の勤務時間帯（　８：３０～１７：３０） 常勤で勤務	４週８休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（　８：３０～１７：３０） 常勤で勤務	４週８休
事務職員	正規の勤務時間帯（　８：３０～１７：３０） 常勤で勤務	４週８休

７．施設サービスの概要

（１）介護保険給付対象サービス

種　　類	内　　容
医療・看護	医師により、必要に応じて随時診察を行います。 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他の医療機関での治療となります。
機能訓練	言語聴覚士・理学・作業療法士により利用者の状況に適した個別リハビリテーション計画を作成し、機能訓練、身体機能の低下を防止及び向上するよう努めます。
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、機械を用いての入浴も可能です。
排　せ　つ	利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うと共に、排せつの自立についても適切な援助を行います。
栄養管理	管理栄養士が栄養と利用者の身体状況に配慮した献立を作成します。 管理栄養士が医師等と共同して、入所者ごとの栄養状態を把握・記録し、個人の食形態にも配慮しながら作成した栄養ケア計画に基づいて適切な栄養管理を行います。 必要に応じて医師の指示せんに基づく療養食の提供に対応します。

離床､着替え､整容等	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 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をします。 シーツ交換は週１回実施します。
レクリエーション等	当施設では、次のような娯楽の時間を整えております。 １１：００～１１：３０　職員によるレクリエーション １４：００～１５：００　月１回程度　生け花教室 月１回程度　詩吟教室 その他、誕生日会等行っています。
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。

（２）介護保険給付対象外サービス

種　　類	内　容	料　　金
居住費	多床室（相部屋）については光熱水費に相当する額を負担していただきます。 従来型個室（個室）については光熱水費及び室料に相当する額を負担していただきます。	・別紙利用料金表参照 ※市町村で介護保険負担限度額認定を受けている場合、介護保険負担限度額認定証に記載の負担限度額とします。 （別に定める料金表の居住費（日額）によります。）
食費	食材料費及び調理に係る費用に相当する額を負担していただきます。 栄養と利用者の身体状況に配慮したバランスに富んだ食事を提供いたします。 （食事時間） 朝食　７：５０～　８：５０ 昼食　１２：３０～１３：３０ 夕食　１８：００～１９：００	・別紙利用料金表参照 ※市町村で介護保険負担限度額認定を受けている場合、介護保険負担限度額認定証に記載の負担限度額とします。 （別に定める料金表の食費の利用料（日額）によります。）
洗濯委託費	衛生管理、感染管理の観点からも、安心して安全に過ごしていただく為、ご希望により洗濯委託をさせていただきます。 （回収・配達） 週２回	実費
理美容費	毎月１回程度の理美容店の出張による、理美容サービスを利用していただけます。	実費
日用品費	日用品の購入の代行をさせていただきます。	実費

テレビ貸出費	ご希望により、レンタルのテレビを貸し出しいたします。	実費
電気代	１電化製品につき。	実費
その他	レクリエーション等にかかる費用をいただく場合があります。	実費

８．サービス利用料金

（１）利用料金（別紙利用料金表参照）

利用者の要介護状態区分に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください（サービス利用料金は利用者の要介護状態区分に応じて異なります）。又、何らかの理由により利用者の要介護認定の更新が遅れた場合には、サービス利用料金の金額を一旦お支払いいただきます。要介護状態区分が確定した後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

（２）利用料金のお支払い方法

料金・費用については、１ヶ月ごとに請求し、金融機関口座から毎月２７日（土、日、祝にあたる場合は翌日）の自動引落（引落及び振込手数料はご負担をお願い致します）とさせていただきます。なお、手続きが完了する間は、窓口での現金払い、又は下記指定口座への振込をお願いします。

口 座 名 ：広島銀行　西条支店　普通預金　３４１６３６４
口座名義：社会福祉法人　葵新生会

９．サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設お客様相談窓口	窓口担当者　支援相談員　原田　學 電話番号　　０８２３－８３－６０６１ 受付時間　　８：３０～１７：３０ 苦情箱　　さくら園１階公衆電話横に設置
東広島市介護保険課	所 在 地　広島県東広島市西条栄町８番２９号 電話番号　０８２－４２０－０９３７ 受付時間　８：３０～１７：３０

呉市介護保険課	所在地　　広島県呉市中央４丁目１番６号 電話番号　０８２３－２５－３１３６ 受付時間　８：３０～１７：３０
安芸郡熊野町福祉課	所在地　　広島県安芸郡熊野町中溝１丁目１番１号 電話番号　０８２－８２０－５６０５ 受付時間　８：３０～１７：３０
広島県国民健康保険団体連合会	所 在 地　広島県広島市中区東白島町１９番４９号　国保会館 電話番号　０８２－５５４－０７８３ 受付時間　８：３０～１７：３０
苦情処理の手続き	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順 ・利用者の家族等からの苦情については、管理者・支援相談員が行政の苦情相談窓口や関係施設等との連携を図り、迅速な対応に努めます。そのため、関係機関・関係施設・第三者委員等と日頃から密接な連携を図ります。 検討の結果－必ず翌日までに具体的な対応を行います。 記　　録－保管し、再発防止に役立てます。 利用者からの苦情 ↓ 苦情処理担当者 ↓ 利用者・家族への訪問 ↓ カンファレンス ↓ 保健、医療、福祉サービス提供機関、行政、連絡調整 必要時第三者委員に報告・調整を依頼 ・連絡先　氏名　池田　雅博 三原市大和町椋梨 2369 番地　電話 0847-34-1224 氏名　増田　多美恵 東広島市西条町上三永 730-1　電話 082-426-0154 ↓ カンファレンス ↓ 利用者家族への対応

１０．非常災害時の対策

<table>
<tr><td>非常時の対応</td><td colspan="4">別途定める「老人保健施設もみじ園消防計画」に則り対応を行います。</td></tr>
<tr><td rowspan="8">避難訓練及び防災設備</td><td colspan="4">別途定める「老人保健施設もみじ園消防計画」に則り年２回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して行います。</td></tr>
<tr><td>設備名称</td><td>個数等</td><td>設備名称</td><td>個数等</td></tr>
<tr><td>スプリンクラー</td><td>あり</td><td>防火扉・シャッター</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>避難階段</td><td>２個所</td><td>屋内消火栓</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>自動火災報知機</td><td>あり</td><td>ガス漏れ探知機</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>誘導灯</td><td>あり</td><td>スロープ</td><td>あり</td></tr>
<tr><td colspan="4">カーテン等は防炎性能のあるものを使用しています。</td></tr>
<tr><td>消防計画等</td><td colspan="4">東広島市消防署への届出日：平成２９年３月１日
火元責任者：防火管理者　島田　景太</td></tr>
</table>

１１．事故発生時の対応及び損害賠償

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、速やかに保険者、利用者の後見人及び家族又は身元引受人に連絡するとともに、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、当施設は速やかに利用者の損害を賠償します。ただし、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。当該事故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できます。

１２．協力医療機関等

名称	医療法人社団葵会　八本松病院	所在地	東広島市八本松町東三丁目９番３０号
電話	０８２－４２０－１２３０	ＦＡＸ	０８２－４２０－１２３１
名称	八本松歯科医院	所在地	東広島市八本松町東三丁目１０番４１号
電話	０８２－４２８－６０００	ＦＡＸ	０８２－４２８－２５７０

１３．施設の利用にあたってのその他留意事項

面会時間	面会時間（８：３０～１７：３０）を厳守してください。ただし、特別な事情がある場合はこの限りではありません。
外出、外泊	外出、外泊の際は所定の手続きをとってください。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。
貴重品等の管理	貴重品や現金は、持参されないようにお願いします。
宗教活動・政治活動	施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

１４．機密の保持と個人情報について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	当施設及び当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に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報保護について	当施設は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

年　　月　　日

介護保健施設サービスの提供開始に際し、本書に基づき重要事項の説明を行いました。

介護老人保健施設もみじ園

説明者氏名　　氏　名　　印

私は、本書に基づいて施設の職員（職名　支援相談員　　）から、重要事項の説明を受け、介護保健施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者　住　所

氏　名　　印

代理人　住　所

氏　名　　印

続　柄