

重要事項説明書

介護老人保健施設 都筑ハートフルステーションについて

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名：介護老人保健施設 都筑ハートフルステーション
- ・開設年月日：平成13年10月1日
- ・所在地：横浜市都筑区大圃町74-9
- ・電話番号：045(595)2641
- ・FAX：045(595)2642
- ・理事長：水野 恭一
- ・施設長(管理者)：勝部 康弘
- ・介護保険指定番号：介護老人保健施設 1453880028号
- ・併設サービス：短期入所療養介護・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・介護予防短期入所療養介護
- ・実施地域(通常地域)：横浜市都筑区・港北区 ※一部地域を除く

(2) 介護老人保健施設の目的

介護老人保健施設は、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である方に対し、施設サービス計画に基づき、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を行う事を目的とする施設です。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に、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。

(3) 施設の職員体制

- | | |
|---------------|------------|
| ○ 管理者 | 1.0人(医師兼務) |
| ○ 医師 | 1.0人 |
| ○ 理学療法士・作業療法士 | 1.0人 |
| ○ 看護師員 | 1.0人 |
| ○ 介護職員 | 2.0人 |

(4) 通所定員 34名

(5) 営業日 月曜日～土曜日(ただし12/31～1/3は休み)

(6) サービス提供時間 9:30～15:40

(7) 営業時間 8:30～17:30

2. サービス内容

① 通所リハビリテーション計画の立案

- 1) 当施設は、利用者の日常生活における心身の状況、意向及びその置かれている環境等を踏まえて、利用者の居宅サービス計画に沿って必要となる通所リハビリテーション計画を個別に作成し、これに沿って計画的にサービスを提供します。通所リハビリテーション計画を作成した場合は、利用者に説明のうえ提示します。
- 2) 当施設は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合は、その変更が居宅サービス計画の範囲内で対応が可能なときは、速やかに通所リハビリテーション計画の変更等の対応を行います。
- 3) 当施設は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに介護支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

② 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）

昼食 12時00分～13時00分

おやつ 15時00分～15時30分

③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には車椅子浴槽で対応します。）

④ 医学的管理・看護

⑤ 介護

⑥ リハビリテーション・レクリエーション

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 健康管理

⑨ 相談援助サービス

⑩ 送迎サービス

⑮ 理美容サービス（原則月4回・第1, 3水曜日及び土曜日に実施します。）

*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ので、具体的にご相談ください。

3. 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

医療法人社団 山本記念会 山本記念病院
横浜市都筑区東山田町 1552 番地

・協力歯科医療機関

医療法人社団 育真会 小泉歯科
横浜市都筑区東山田 4 丁目 29 番 19 号

◇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（家族・主治医・救急機関・居宅介護支援事業所）に連絡します。

4. 施設利用に当たっての留意事項

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、食事内容を管理・決定できる権限を委任いただくこととなります。また、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。

- ・無断外出等・・・・・・・・100%対応できかねますので御了承下さい。
- ・飲酒、喫煙・・・・・・・・施設内では飲酒及び喫煙を禁止とさせていただきます。
- ・設備、備品の利用・・・・・・・・施設内設備、備品については共用のもので、丁寧に御利用下さい。
- ・所持品、備品等の持ち込み・・・・・・・・個人所有物については個人名を油性マジックで必ず書いて下さい。
- ・金銭、貴重品の管理・・・・・・・・原則、施設内には持ち込まないで下さい。
- ・ペットの持ち込み・・・・・・・・施設内禁止といたします。
- ・携帯電話の持ち込み・・・・・・・・指定の場所以外及び送迎車内での使用及び撮影・録画は禁止といたします。

5. 非常災害対策

- ・防災設備：スプリンクラー、消火器、消火栓
- ・防災訓練：年2回

6. 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。

7. 要望及び苦情等の相談

- ・当施設は、相談、苦情対応の窓口担当者及びその連絡先を明らかにするとともに、相談又は苦情の申し出があった場合には、迅速かつ誠実に対応いたします。
 - ・当施設のサービスに関する相談や苦情についての申し出は、次により対応いたします。
 - 窓口担当者：支援相談員 大水 康尊
 - 苦情解決責任者：施設長 勝部 康弘
 - 電話番号：045-595-2641
 - F A X：045-595-2642
- その他：相談、苦情については、窓口担当者が不在の場合でも、対応した職員が必ず「相談苦情記録票」を作成し窓口担当者に引継ぎいたします。

- ・その他、お住まいの区役所（市町村）及び神奈川県国民健康保険団体連合会においても苦情の申し出ができます。

「神奈川県国民健康保険団体連合会」

- 所在地：横浜市西区楠町27番地1
- 電話番号：045-329-3447
- 対応時間：月曜日～金曜日の9：00～17：00

「都筑区役所 高齢・障害支援課」

- 電話番号：045-948-2306
- F A X：045-948-2490

- ・高齢者虐待の通報等

「健康福祉局高齢健康福祉部高齢施設課」

○電話 番 号 : 0 4 5 - 6 7 1 - 3 6 6 1

○F A X : 0 4 5 - 6 4 1 - 6 4 0 8

8. 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。
- ・サービス従業員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、お受けできません。

通所リハビリテーションについて

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーションについては、要介護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上のお世話をを行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の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、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者及び連帯保証人等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。

3. 利用料金

(1) 利用料は、1ヶ月ごとにお支払いいただきます。

(2) <利用料金表>別紙1参照

①サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則として居宅サービス費の1割と食費・選択されたサービスの提供に係る合計額となります。その他ご希望により実費が加算されます。

②保険料の滞納などにより、介護保険の利用者として1割負担金で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額(10割)をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続き(償還払い)が必要となります。

③必要に応じて関係法令に基づいた費用が、別途利用者負担金に加算されることがあります。

(3) 次の各号に掲げるものに係る経費については、実費相当分をご負担いただきます。

①おむつ代

②通所リハビリテーションで提供されるサービスのうち、日常生活においても必要とされるもの

*通常のレクリエーション以外に行う特別な行事に係る経費については、事前に利用者に説明した上で、ご負担いただくことがあります。

(4) 毎月15日までに、前月分の請求書を発行します。お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としのいずれかの方法になります。利用契約時にお選びください。支払期日は、支払方法に関らず入所利用翌月27日とします。また、自動引落を選択され、資金不足等により引落が不能であった場合、翌々月引落時、引落手数料として110円を加算します。

・現金払い

・銀行振込

・自動引落 (別途申込書必要。27日が土、日、祝日の場合は直後の金融機関・郵便局営業日)

(5) 当施設は、利用者から利用料金の支払いを受けたときは、領収書を発行いたします。

4. サービス利用の中止

利用者がサービスの利用を中止する場合には、すみやかにご連絡ください。

連絡先：045-595-2641

<別紙2>

個人情報 の 利用 目的

介護老人保健施設 都筑ハートフルステーションでは、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

【上記以外の利用目的】

[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
 - －第三者委員・介護相談員・第三者評価・情報公表等実施のための情報提供

介護老人保健施設通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設 都筑ハートフルステーションの施設通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設の施設通所リハビリテーション利用契約書及び重要事項説明書、別紙1及び別紙2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。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<連帯保証人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

介護老人保健施設 都筑ハートフルステーション
理事長 水野 恭一 殿

【本契約書第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏 名	フリガナ (続柄)
住 所	〒
電 話 番 号	
携 帯 番 号	

【本契約書第11条2項緊急時及び第12条3項事故発生時の連絡先】

医療機関等

病 院 名	
診 療 科 目	
主 治 医 名	

緊急連絡先①

氏名	フリガナ (続柄)
住所	〒
電話番号	
F A X	
携帯番号	
メールアドレス	

緊急連絡先②

氏名	フリガナ (続柄)
住所	〒
電話番号	
F A X	
携帯番号	
メールアドレス	

【利用料の支払い】

現金払い

銀行振込

自動引落

【サービスの選択】

物品及びサービスの内容		利用料	希望の有無
食費		昼：806円 おやつ：115円	希望する・しない
日用品費	セット料金	121円/日	希望する・しない
	セットをご希望された場合は、「しない」に○をして下さい		
	レンタルタオル	102円/日	希望する・しない
	ハンドソープ	3円/日	希望する・しない
	ボディソープ	2円/日	希望する・しない
	シャンプー	2円/日	希望する・しない
	ペーパータオル	5円/日	希望する・しない
	ティッシュペーパー	5円/日	希望する・しない
	綿棒	1円/日	希望する・しない
教養娯楽費		62円/日	希望する・しない
理美容代		外部委託しております。 (別途お申込下さい)	希望する・しない
健康管理費 (インフルエンザ等)		実費	希望する・しない
行事費		実費	希望する・しない
コピー代		実費	希望する・しない

売店のご利用にあたって

1. ご利用は伝票扱いとします。ご使用金額分のみ翌月
にご請求させていただきます。
2. 売店ご利用の方は全員ではありませんので、当日のおやつは通常通りの提
供とさせていただきます。

* ご不明な点はお気軽にお問い合わせ下さい。

* 月2回の実施予定でございます。

同意書

上記内容をお読みいただき、ご選択お願いいたします。

1. 行事参加について

本人の希望があれば、今後移動売店への参加に同意します。

移動売店参加には同意しません。

2. 利用料金について

現金持参にて支払いに同意します。

利用料に合わせて請求することに同意します。

利 用 者

連帯保証人
