

介護老人保健施設しお風 重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設 しお風
所在地	高知県香南市赤岡町1186番地1
管理者名	福田 憲二
電話番号	0887-55-2688
FAX番号	0887-55-2818
事業所指定番号	3952180036

2 事業所の運営方針

事業所は、社会福祉法第2条第3項及び介護保険法の基本理念に基づき、老人の特性をよく理解し人間として尊重すること基本に据え、慈愛と奉仕と親和の精神を持って運営し、常に施設の環境改善に努め、入所者の福祉の増進を図るため適切な運営を行うものとする。

3 設備の概要

定員		入所50床（うち短期入所療養介護3床）	
居室	個室	4室	1人あたり11.35㎡
	2人部屋	11室	1人あたり8.35㎡
	4人部屋	6室	1人あたり8.17㎡
	静養室	2室	2F・3Fに設置しております
	診療室	1室	1Fに設置しております
	機能訓練室	1室	SSP×1 ホットマグナー×2
	談話室	2室	28.05㎡
	食堂	2室	100.088㎡
	浴室	2室	一般浴槽と特殊浴槽があります
	レクリエーションルーム	2室	37.99㎡
	サービスステーション	2室	2F・3Fに設置しております
	洗濯室	1室	1Fに設置しております

4 職員体制

職 種	人数	内 容
管理者	1名	職員の管理及び業務の管理を一元的に行います。
医師	1名以上	病状に応じて、妥当適切に診療を行います。
薬剤師	1名以上	医薬品の管理、保存、調剤及び交付に関する業務を行います。
支援相談員	1名以上	入所者又は家族からの相談に適切に応じ、助言、援助を行います。
介護支援専門員	1名以上	入所者及び家族の希望、心身状況等を勘案し、施設サービス計画の作成を行います。
理学療法士等	1名以上	入所者に対し、機能訓練に関する業務を行います。
管理栄養士	1名以上	入所者の給食管理、栄養指導を行うとともに、給食の献立、給食の業務を行います。又、調理員に所要の指示を行います。
看護職員	5名以上	医師の診療補助及び医師の指示を受けて入所者の看護、保健衛生の業務を行います。
介護職員	12名以上	入所者の心身の状況に応じ、自立支援と日常生活の充実に資するよう、適切な介護を行います。

5 サービス内容

種 類	内 容
食事	管理栄養士による献立により、入所者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 朝食 7時30分～ 8時30分 昼食 11時30分～13時00分 夕食 17時00分～18時30分
医療・看護	入所者の病状にあわせた医療・看護を提供します。 医師による定期診察を行い、必要がある場合には適宜診察します。
排泄	入所者の状況に応じて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。
入浴	週2回以上の入浴または清拭を行います。 機械浴を使用して入浴することもできます。
機能訓練	理学療法士・言語聴覚士等により、入所者の心身状態に応じて、日常生活上で必要な機能の回復または低下を防止するための訓練を行います。
栄養管理	体調管理の基礎となる栄養管理サービスを提供します。
感染症対策	感染症や食中毒の防止及び発生時に適切な対応を行います。
褥瘡予防	褥瘡が発生しないよう適切な介護に努めます。

ターミナルケア	医学的知見により、回復の見込みがないと医師が判断した入所者について、本人及び家族からの希望に基づき、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援します。
その他	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活リズムを考え、着替えを行うよう配慮します。 清潔で快適な生活を送れるよう、整容を援助します。 状態に応じたレクリエーションやクラブ活動の実施に努めます。

6 利用料金

(1) 介護保険制度では、区分によって利用料金が異なります。介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1日あたり別紙(別表一1)の自己負担額(介護保険負担割合証に基づき徴収)をお支払いいただきます。

(2) 介護保険給付対象外のサービス

種 類	内 容
食費 特別な食事 特別なおやつ	実費 ご希望に応じて特別食をご用意します。
居住費	実費
理髪・美容	月1回、美容師の訪問により理髪・美容サービスをご利用いただけます。
日用品費	日常生活で使用するもので入所者に負担いただくことが適当であるもの
教養娯楽費	生き甲斐づくり(クラブ活動費、園芸、生け花等)の材料費、また施設内外行事で個人負担が適当だと認められるもの
電気代	電化製品における電気使用料
健康管理費	インフルエンザ予防接種等に要する費用

(3) 利用料金の支払い方法

上記(1)(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、請求しますので、下記のいずれかの方法でお支払いください。

<p>(1) 原則として、金融機関口座からの自動引き落としとさせていただきます。 ご利用できる金融機関(高知銀行) 引落日は、毎月25日(土日・祝祭日の場合は翌営業日)</p> <p>(2) どうしても自動引き落としができない方は、下記の方法でお願いいたします。</p> <p>① 事業者指定口座への振込み(振込先は請求書に記載)</p> <p>② 窓口で現金支払い(但し、2名以上の職員でお預かりの対応をさせていただきますので、事前に事業所までご連絡のうえお越し下さい。)</p>

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金（10割）をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行しますので、後日、市町村の窓口へ提出しますと、保険給付分の払い戻しを受けることができます。

7 協力医療機関

医療機関の名称	同仁病院
所在地	香美市土佐山田町百石町2-5-20
診療科	内科・消化器内科・精神科・泌尿器科
医療機関の名称	愛宕病院
所在地	高知市愛宕町1-4-13
診療科	内科・外科・整形外科・脳外科・皮膚科・心療内科・精神科 泌尿器科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・麻酔科
医療機関の名称	赤岡医院
所在地	香南市赤岡町569
診療科	内科・神経内科
医療機関の名称	今井歯科医院
所在地	香南市赤岡町574
医療機関の名称	大島歯科医院
所在地	香南市野市町下井632-10

施設での対応が困難、または専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関または、他医療機関での診療を依頼することがあります。

8 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。また、事務所前に備え付けられた「意見箱」もご活用できます。

相 談 窓 口	電話番号	0887-55-2688
	FAX番号	0887-55-2818
	担当	支援相談員
	対応時間	平日 8時30分 ~ 17時30分

(2) 公的な機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

第三者委員	相談苦情受付の機会を設けます。	
市町村介護保険相談窓口	所在地	各市町村役場
	電話・FAX番号	各市町村役場代表番号にお問い合わせください。
	対応時間	8時30分 ~ 17時15分

高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	平日：9時00分～12時00分、13時00分～16時00分 ※土、日、祝日および年末年始を除く（12月29日～1月3日）

9 施設利用にあたっての留意事項

面会時間	<p>①面会時間は午前8時30分から17時30分となります。その他の時間帯におけるご面会は、安全確保のため正面玄関を施錠しておりますので、夜間専用インターホンにてお知らせください。</p> <p>②面会者は、必ず事務所で受付をしてから（面会簿へのご記入）ご面会をお願いします。</p> <p>③3階は認知症専門棟になっております。入所者の安全確保のため、階段をご使用せず、エレベーターをご利用ください。お手数ですが、面会終了後は、職員にお知らせください。</p> <p>④差し入れ等については必ず職員にお申し出ください。</p>
外出・外泊	外出・外泊される場合には、事前にお申し出ください。
居室、設備、器具の利用	施設の居室や設備、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、弁償していただくことがあります。
喫煙	敷地内は全面禁煙となっております。
迷惑行為	騒音等の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭、貴重品の管理	個人管理を基本としています。本人に管理能力がない場合や管理者がいない場合は、事務所にご相談ください。
所持品の持ち込み	特に制限はありません。衣類を持ち込まれる場合は必ず氏名を記載して下さい。 電気類につきましては、ご使用に個人負担が必要です。
宗教活動	特に制限はありません。（施設内での勧誘や活動で他者の迷惑になる場合はこの限りではありません）
事故発生時の対応について	<p>①入所者に対する事故が発生した場合は、速やかに入所者の家族、市町村、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。</p> <p>②事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。</p> <p>③事故の原因を解明し再発防止に努めます。</p>

1 0 第3者評価の実施状況

事業所において、第3者評価は受審しておりません。

1 1 見守りカメラ設置

入所者の安全を守るための防犯対策及びリスクマネジメント態勢を整えることを目的に施設の共有部分の一部に見守りカメラを設置しております。

説明確認欄

年 月 日

* 契約締結にあたり、上記の重要事項の説明をしました。

事業所	所在地	高知県香南市赤岡町1186番地1
	事業所名	介護老人保健施設 しお風
説明者		印

* 契約締結にあたり、上記の重要事項の説明を受けました。

入所者
住所

氏名

印

身元保証人
住所

氏名

印