

(施設入所) 重要事項説明書

第1条 施設の概要

施設名称	介護老人保健施設 老健リハビリよこはま
所在地	横浜市旭区金が谷614番地3
電話番号	045-369-7711
開所年月日	平成23年1月4日
開設者	医療法人社団 愛優会
理事長	都 直人
介護保険事業者番号	1453280146号

第2条 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設 老健リハビリよこはま（以下「当施設」という）は要介護状態と認定された利用者（以下「利用者」という）に、適正な施設サービスの提供を行うことを目的とし、施設は目的を達成するため次のことを方針として運営されるものとする。

- ① 施設サービス計画に基づいて、利用者の自立を援助し、その家庭への復帰を目指す。
- ② 利用者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場にたって施設サービスを行うよう努力する。
- ③ 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する。

第3条 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス種類、業務	人員
医師	医学的管理	1.4名
看護職員	看護業務	10.1名（常勤1名、非常勤21名）
介護職員	介護業務	39.4名（常勤24名、非常勤28名）
支援相談員	相談業務・行政手続き等	1.5名（常勤1名、非常勤1名）
介護支援専門員	施設サービス計画書作成	3.5名（常勤2名、非常勤1名）
理学療法士・作業療法士	リハビリテーション	13.4名（常勤8名、非常勤12名）
管理栄養士	栄養管理・栄養ケアマネジメント	1名（常勤1）
薬剤師	薬剤業務	0.6名（非常勤1名）
事務職員	事務処理	3名（常勤2名、非常勤1名）

第4条 設備の概要

区分	利用定員	居室			
		個室 A	個室 B	2人部屋	4人部屋
内容	130名 (うち認知症専門棟40名)	14室	10室	3室	25室
その他	食堂・機能訓練室・浴室（各階）・便所・洗面台・診察室・面談室等があります。				

第5条 介護保険施設サービスについて

① 施設サービス計画の立案

当施設でのケアサービスは、どのようなケアサービスを提供すればご家庭に帰って頂ける状態になれるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。

この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際ご本人・ご家族の希望を十分に取り入れ作成し、計画の内容については同意を頂きます。

② 医療・看護

医師・看護職員が常勤していますので、利用者の状態に照らして施設内に於ける適切な医療看護を行います。

③ 食事

管理栄養士が、栄養管理・栄養ケアマネジメント等栄養状態の管理を行い十分に考慮したものを提供する。

朝食 8時～ 9時

昼食 12時～13時

夕食 18時～19時

※食事は原則として食堂でおとりいただきます

④ 入浴

週に2回以上。

利用者の身体の状態に応じて特別浴または清拭となる場合があります。

⑤ 介護

施設サービス計画に基づいて実施します。

⑥ 機能訓練

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

⑦ 行政手続代行

ご家族の希望により、介護保険の更新・区分変更の申請を代行致します。

⑧ 理美容

週1回、理美容サービスを実施します。（別途、予約方法確認書類あり）

*理美容サービスは、別途料金をいただきます。

⑨ 洗濯

業者洗濯（ご家族と委託業者との契約）又は、家族洗濯になります。

第6条 利用者負担金（別紙参照「利用料のご案内」）

① 基本負担分

介護保険制度では、要介護認定により要介護度の程度によって利用料が異なります。

※施設サービス費は厚生労働省の告示に基づきます。

② その他加算（別紙参照 加算一覧 ）

※厚生労働省の告示に基づき算出します。

③ その他の負担分

・食費・居住費が自己負担となり、特別室料や教養娯楽費などが利用者の選定により提供いたします。

（利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。）

・診断書等の文章作成に関しては別途料金がかかる場合があります。

④ 個室への移動について

・利用者のご意向での移動

・他の利用者様とのトラブル、徘徊、などにより個室での介護を要する場合

ご家族への連絡および利用届の提出により個室へ移動となります。別途、個室利用料がかかります。

第7条 サービス利用の中止

利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡下さい。

・全体窓口（連絡先）（電話）：045-369-7711

・連絡時間：10：00～17：30

第8条 身体の拘束等

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束を行う事があります。

この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することといたします。なお、ご家族へご連絡の上承諾書が必要となりますのでその際はご協力をお願い致します。

第9条 秘密の保持及び個人情報の保護

1、施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、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個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

但し、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、予め同意を得た上で行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡・紹介等
 - ② 居宅介護支援事業所（地域包括支援センター【介護予防支援事業所】）等との連携
 - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の行政への通知
 - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
 - ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合(災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等)
 - ⑥ 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。尚この場合、利用者個人を特定できないようにすることを厳守します。
- 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。

第10条 協力医療機関

当施設では、けがや体調の急変等があった場合には、当施設の医師の判断で医療機関に協力を頂き、速やかに対応をお願いするようにしています。

又、週一回（木曜日）歯科医療機関により歯科往診もお願いしております。

・協力医療機関

名 称	医療法人社団鵬友会	湘南泉病院
住 所	横浜市泉区新橋町1784	
電 話	045-812-2288	

名 称	医療法人社団鵬友会	横浜ほうゆう病院
住 所	横浜市旭区金が谷644	
電 話	045-360-8787	

・協力歯科医療機関

名 称	新横浜デンタルクリニック
住 所	横浜市港北区小机町2461
電 話	045-478-1814

第11条 非常災害対策

- ① 施設管理者は自然災害、火災その他の防災対策について、計画的な防災訓練と設備改善を図り、利用者の安全に対して万全を期さなければならない。
- ② 前項の実施についてすくなくとも年2回以上の消火・通報・避難訓練を行うものとする。（但し、年1回は夜間を想定した避難訓練を実施する。）

第12条 施設利用に当たっての留意事項

① 利用開始前並びに利用中の確認事項

・介護保険証の確認

ご利用者の介護保険証を確認させていただきます。

・介護保険証、医療保険証等は施設で預からせて頂きます。

各保険証の更新時には必ず新しいものを施設にご提示ください。

（医療保険証は主に緊急時の医療機関受診の際必要になります。）

② 医療機関への受診について

- ・介護保健施設では、施設医の医師が診察いたします。医師の指示なく病院等の医療機関での受診（投薬を含む）はできません。
- ・疾病等の内容により専門的な治療を必要とする場合は、施設医の指示に基づき協力病院等に受診して頂きます。
- ・施設医の医師の指示により受診された場合は、介護老人保健施設入所中において健康保険の適応となるもの以外は施設負担となります。
(介護保険利用で入所期間中は 医療保険の利用範囲が制約されます)

[参考] 医療保険を利用できる受診内容は主に以下のものです

- ①基本診察料（初診料・再診料）
- ②画像診断（単純X線・エコー・CT）
- ③抗悪性腫瘍剤
- ④悪性腫瘍に対する放射線治療
- ⑤診療情報提供

*処方箋受付は受けられません。詳しくは支援相談員にお尋ねください。

③ 外出、外泊時の他科受診について

受診理由での外出・外泊に際しては 1週間前にご家族が「他科受診」の依頼を職員まで必ずお申し出下さい。

(施設医の判断・許可と、必要書類の作成、医療機関との調整が必要です)

受診に出かけられる際は医療機関宛ての書類を必ずお持ち下さい。

この場合も許可された診療科目のみの受診が可能です。また、帰所後には受診の内容を必ず施設医までご報告下さい。

④ 面会について

1階事務所に面会者名簿がありますので、利用者・面会者名、来所・退出時間、面会札の番号を記入のうえ、面会札をお持ち頂きます。

面会場所はフロアー内、又は、玄関のエントランス部分をご利用ください。

節電対策として当面の間、面会時間を下記のように短縮させて頂きます。

10時～17時30分

利用料の支払は、平日、土曜日の17:00までをお願いします。

面会時間は、面会を予定されているご親類、他のご家族にもご連絡ください。

ご理解の程よろしく願いいたします。

⑤ 携帯電話の使用について

現在、お持ち込みは禁止させていただいております。

(職員が使用しているPHSは医療用です。)

⑥ 食べ物の持ち込みについて

施設では個人に対し管理栄養士により栄養管理を行っております。ご自宅からの持込みは職員にお声をかけ、その場で食べて頂き、残ったものはお持ち帰り頂いております。施設からの定時食以外で召し上がったものはステーションにご一報ください。

治療食の方がいらっしゃいますので他の方に分ける行為はご遠慮ください。
面会を予定されているご親類、他のご家族にもご連絡下さい。

⑦ 外出・外泊について

所定の書面が各フロアーにありますので、2週間前までに申請をお願いします。
(急な場合は、当日電話連絡でもかまいません。)

⑧ 喫煙について

当施設は全館禁煙とさせていただきます。
※発見の場合は、即日、強制退所の可能性があります。ご了承下さい。

⑨ 貴重品について(時計、金品、各種装飾品、携帯電話、PC等)

※貴重品はお持ちいただかないようお願いします。
※万が一、紛失された場合は当施設では一切の責任を負いかねます。

⑩ 施設職員、他の利用者様、ご家族様への迷惑行為(暴言、暴力、離脱、喫煙等)が
発生した際は、状態に応じて、即日、強制退所の可能性があります。ご了承下さい。

⑪ 当施設のご利用料金に関して、3ヵ月以上の未払いを確認した際は、強制退所の可能性
があります。ご了承下さい。

第13条 事故発生時の対応

- ① サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。
- ② 施設医師の医学的判断により専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関又は専門的機関の受診を依頼します。
- ③ 当施設は利用者・利用者の家族が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対し速やかに連絡致します。

第14条 要望及び苦情申立窓口

利用者及び扶養者は、当施設の提供する介護保険サービスに対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員・介護支援専門員に申し出ることができ、又は、備付けの用紙を用いて、管理者宛ての文書、所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。又、下記の公的機関においてもお申し出頂くことができます。

① 当事業所ご利用者苦情窓口

電話番号 045-369-7711
FAX 番号 050-3737-9809
担当者 支援相談員、介護支援専門員
対応時間 午前9時から午後5時
解決責任者 事務長：大石 恭弘

② 公的機関においても、苦情申立等ができます。

旭区高齢・障害支援課

電話番号 045-954-6061

横浜市 健康福祉局 高齢施設課

電話番号 045-671-3923

神奈川県国民保健保険団体連合会 介護保険室 介護事業係

電話番号 0570-022110

第15条 成年後見制度は別紙参照

詳しいお問い合わせ先は下記へ。

・NPO法人

神奈川成年後見サポートセンター

045-222-8628 (平日13:00~16:00まで)

・法務省民事局 03-3580-4111

・法務省のホームページ <http://www.moj.go.jp/>

・裁判所のホームページ <http://www.courts.go.jp/>

【個人情報使用同意書】

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

記

使用する目的

入所中及び退所後、円滑に療養生活が送れるように。

施設入所中、医療機関へ受診する場合及び他施設へ退所する場合の情報提供。

個人情報の項目

*氏名、生年月日、住所、電話番号、顔写真、健康状態、病歴、介護請求・介護保険証等、家族状況など利用者・家族個人に関する情報

*認定調査（79項目及び特記事項）主治医の意見書、介護認定結果における判定結果

個人情報の使用場所、場合

施設内

病室の前に名札を出す

ケアカンファレンスなどケアに関する書類や各種会議など

毎月の誕生会対象者の氏名を掲示

カルテや各種記録物等への明記

第三者提供

- 介護サービス事業者との連携、病院やその他医療機関の受診時
- 検体検査等業務の委託
- 市町村への申請、事故発生時の報告等
- 情報システム運用・保守業務の委託

共通

- ホームページや車両、施設の広報誌などに写真を掲示
- 施設内外において行われる事例研究や大会での写真、映像

条件

- ・ 個人情報の提供は必要最低限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れないよう細心の注意を払うこと。

[説明確認欄]

令和 年 月 日

上記により重要事項を説明しました。

説明者 _____ (印)

上記の通り説明を受け同意し交付を受けました。

利用者 _____ (印)

ご家族、代筆 _____ (印)

介護老人保健施設 老健リハビリよこはま
施設長 安達 浩

(2023/05/16)