

介護老人保健施設および（介護予防）短期入所療養介護重要事項説明書

（本規定の目的）

第1条 介護老人保健施設リハビリセンターのぞみ（以下「当施設」という。）は、要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、介護老人保健施設および（介護予防）短期入所療養介護を提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを本規定の目的とします。

（適用期間）

第2条 本規定は、利用者が介護老人保健施設入所利用契約書を当施設に提出したときから効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は前項に定める事項の他、本契約、別紙の改定が行なわれない限り、初回利用時の契約書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとします。

（利用者からの解除）

第3条 利用者及び扶養者は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより本規定に基づく入所利用を解除終了することができます。

（当施設からの解除）

第4条 当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には本規定に基づく入所利用を解除終了することができます。

- 1 利用者が要介護認定において自立又は要支援1、要支援2と認定された場合。
- 2 当施設において定期的に実施される退所検討会議において、退所して居宅において生活ができると判断された場合。
- 3 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し当施設での適切な介護保健施設サービスの提供を超えると判断された場合。
- 4 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の入所者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行なった場合。
- 5 天災、災害、施設設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合。

（施設の目的）

第5条 当施設は、施設サービス計画に基づいて、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を行うことにより、入所者がその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こととともに、その者の居宅における生活への復帰を目的とします。

（運営の方針）

第6条 当施設は、明るく家庭的な雰囲気づくりを心がけ地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

また、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護保健施設サービスの提供に努めます。

また、身体的拘束は、高度な認知の状態等により当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、当施設の医師が緊急やむを得ないと判断した場合に限定します。

(従業者の職種、員数及び職務内容)

第7条 施設に勤務する従業者の職種、員数及び職務内容は、次のとおりとする。

1 管理者 1名(常勤)

管理者は、施設の従業者の管理及び業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。

2 医師 1名(常勤)

医師は、入所者の健康管理、療養上の指導並びに病状に応じて妥当適切な診療を行う。

3 薬剤師 1名(非常勤)

薬剤師は、医薬品の管理及び服薬指導を行う。

4 看護職員・介護職員 14名以上(常勤換算)

看護職員は、入所者の病状及び心身の状況に応じ看護の提供に当たる。

介護職員は、入所者の病状及び心身の状況に応じ介護の提供に当たる。

5 支援相談員 1名(常勤)

支援相談員は、入所者又はその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行う。

6 理学療法士又は作業療法士 1名以上(常勤換算)

理学療法士又は作業療法士は、機能訓練の提供に当たる。

7 管理栄養士 1名(常勤)

管理栄養士は、必要な栄養管理を行う。

8 介護支援専門員 1名(常勤)

介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に関する業務に当たる。

9 事務員及びその他職員 2名(常勤換算)

事務員は、必要な事務を行う。

(サービスの内容)

第8条 当施設は、担当介護支援専門員によって作成された施設(居宅)サービス計画に沿って、次のサービスを提供します。

1 診療 常に入所者の病状、心身の状況及びその置かれている環境等の的確な把握に努め、検査、投薬、注射、処置等を妥当適切に行います。また、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して心理的な効果をも上げることができるよう適切な指導を行います。

2 機能訓練

入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため必要なリハビリテーションを計画的に行います。

3 看護及び医学的管理下における介護

入所者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、入所者の病状及び心身の状況に応じ、食事、入浴又は清拭、排せつ、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行います。

4 相談及び援助

入所者及びその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。

5 その他のサービス

適宜入所者のためのレクリエーション行事を行います。

(秘密の保持)

第9条 当施設の従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

(非常災害対策)

第10条 当施設は、施設の防火対策及び緊急時の防災教育を徹底し、定期的に訓練を実施します。

(衛生管理)

第11条 当施設は、食中毒及び感染症防止のため衛生管理を徹底します。

(賠償責任)

第12条 介護保健施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して、損害賠償保険の範囲内で損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者は連帯して当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(事故発生時の対応)

第13条 介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(利用契約に定めのない事項)

第14条 この規定に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は扶養者と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

介護老人保健施設リハビリセンターのぞみご利用案内

- 1 名称 介護老人保健施設リハビリセンターのぞみ
- 2 所在地 吉野川市山川町祇園4番地5
- 3 従業者数 管理者1名 医師1名 薬剤師1名 看護・介護職員14名 支援相談員1名 理学療法士又は作業療法士1名 介護支援専門員1名 管理栄養士1名 その他職員2名
- 4 勤務体制 看護介護職員は2交代制、その他の職種は日勤制
- 5 営業日 毎日
- 6 入所定員 40名
- 7 利用料 別添利用料表による。
- 8 賠償責任 介護老人保健施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由により利用者が損害を被った場合は、当施設は損害賠償保険の範囲内で賠償します。
- 9 苦情窓口 当事業所の苦情相談窓口は、次のとおりです。
TEL 0883-42-6616
FAX 0883-42-6626
担当者 西村 規

※ 下記公共機関窓口でも相談・苦情を受付けております。

- 吉野川市介護保険課 0883-22-2264
 - 阿波市介護保険課 0883-36-6814
 - 美馬市介護保険課 0883-52-5605
 - 徳島県国民健康保険団体連合会 088-666-0117
- その他、お住いの市町村の介護保険係窓口にお問い合わせ下さい。

10 利用方法

当施設に直接お申し込み下さい。
また、ご利用の居宅介護支援事業所にお申し出いただいても結構です。

11 利用に当たっての留意事項

利用者は、介護老人保健施設入所中は従業者等の指示に従い、他の利用者等の迷惑となるような行動は慎んで下さい。

介護老人保健施設利用料表

固定的費用

- 1 施設サービス費 介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスである時は、利用料のうち利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。
- 2 食事に係る費用 朝食330円、昼食650円、夕食650円
(ご利用者さまの所得により減額される場合があります。)

選択的費用

- 3 居住に係る費用 多床室1日 455円
従来型個室1日 1,668円
(ご利用者さまの所得により減額される場合があります。)
- 4 特別な室料 個室1日 550円
- 5 その他の日常生活費用

・教養娯楽費 1日 200円 クラブ活動の材料費

以下のクラブ活動に参加いただく場合に、お支払いいただきます。

料理クラブ 材料費、食器代等

手芸クラブ 材料費

・日用品費 1日 200円

施設で用意するものをご利用いただく場合に、お支払いいただきます。

入浴関連用品 (石鹸、シャンプー、リンス、タオル、バスタオル等)

その他 (ティッシュペーパー等)

6 その他の費用

- | | | |
|--------------------|----------|--------------|
| ・私物電気器具電気代 | 1 器具 1 日 | 1 0 0 円 |
| ・保険外処置料（死後処置料） | | 1 0, 0 0 0 円 |
| ・健康管理費（肺炎球菌予防接種料等） | | 実費 |

説明年月日

令和_____年_____月_____日

事業者名 _____医療法人のぞみ

所在地 _____徳島県吉野川市山川町祇園4 1 番地5

代表者名 _____理事長 居村 剛 _____印

説明者氏名 _____ _____印

私は、上記事業者から重要事項の説明を受けました。

署名 _____ _____印