

介護老人保健施設

「ひらどせと」 重要事項説明書

(令和 6 年 8 月 1 日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

・施設名	介護老人保健施設 「ひらどせと」
・開設年月日	平成 12 年 4 月 1 日
・所在地	長崎県平戸市田平町山内免 613 番 18
・電話番号	0950-57-2222
・FAX 番号	0950-57-2699
・管理者名	川村 雅也
・介護保険指定番号	4251580009

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1 日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援することを目的とした施設です。さらに、家庭復帰の場合には、療養環境の調整などの退所時の支援も行いますので、安心して退所していただきます。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

(基本方針)

- ① 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指すものとする。
- ② 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るものとする。
- ③ 明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保健施設その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

(3) 施設の職員体制

	常 勤	非 常 勤	業 務 内 容
医 師	1人以上		入所者の保健衛生及び医療に関する業務
看 護 職 員	10人以上		医師の指示により入所者の保健衛生及び医療に関する業務
介 護 職 員	24人以上		入所者の介護業務
支 援 相 談 員	1人以上		入所者の生活指導及び相談業務
理 学 療 法 士	1人以上		医師の指示により、入所者の機能回復に関する業務
作 業 療 法 士			
言 語 聴 覚 士			
管 理 栄 養 士	1人以上		入所者の栄養管理業務
介護支援専門員	1人以上		施設サービス計画の作成に関する業務
事 務 職 員	1人以上		施設の事務
そ の 他		(外注委託)	施設内の調理業務・設備管理

(4) 入所定員等

- ・定 員 100名
- ・療養室 多床室 (100床)

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案 (3ヵ月に1回の見直し実施)
- ② 食事
- ③ 入浴 (一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応)
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護 (口腔ケアは毎日、標準的サービスとして実施)
- ⑥ 機能訓練 (リハビリテーション、レクリエーション)
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養管理、栄養ケアマネジメント等の栄養状態の管理
- ⑨ 利用者が選定する特別な食事の提供 (選択メニュー)
- ⑩ 理・美容サービス
- ⑪ 行政手続き代行
- ⑫ その他

* これらのサービスの中には、下記の内容を含みます。

- ・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。
- ・異性の職員がサービスを提供する場合があります。

3. 利用料金

(1) 基本料金

① 施設利用料

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なり、介護報酬告示上の額に利用者様の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。ご利用料金、加算料金については別紙2をご参照ください。

② 食費 朝食 430 円 昼食 560 円 夕食 560 円

* ただし食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。

(各市町村または広域連合に申請が必要です。)

③ 居住費 多床室(1日あたり) 437 円

* ただし居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。

(各市町村または広域連合に申請が必要です。)

(2) その他の料金

① 理・美容代 実費

② 私物洗濯代 実費

③ その他

・利用者が選定する特別な食事の費用：実費

・日用品費：100 円/日 (日用品明細書にて内容提示)

※ 利用者が支払うことが適当と認められるものについては実費

※ 貸出テレビ代：100 円/日

(3) お支払い方法

・毎月10日までに、上記(1)基本料金、(2)その他の料金、共に前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。

・お支払い方法は、介護老人保健施設「ひらどせと」受付での現金支払い、金融機関口座振込み又は自動振り替え支払が出来ます。ご希望の方法をご相談ください。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいております。

【協力医療機関】

<名称> 青洲会病院 <住所> 平戸市田平町山内免 612-4

【協力歯科医療機関】

<名称> 安部歯科医院 <住所> 平戸市田平町山内免 306-1

<名称> 山部歯科医院 <住所> 佐世保市江迎町長坂免 180-9

5. 施設利用に当たっての留意事項

(面 会)

- ・ 家族等の面会時間は午後 2 時から午後 4 時までです。(日曜・祝日は除きます。) 必ずご予約が必要となります。
- ・ 感染症の流行時には、当施設の感染予防マニュアルに沿ってサービスを提供させていただきます。

(外出・外泊)

入所者が外出・外泊の際は必ず職員に申し出、外泊伝票に必要事項を記入してください。

(1 ヶ月に 6 日が限度です。ご相談ください。)

(設備・備品の利用)

施設内の居室や設備、器具を本来の用法に従って利用してください。これに反した利用により破損等が生じた場合には、弁償をもとめる場合があります。

(所持品・備品の持ち込み)

- ① 持ち物には、すべて名前を記入してください。
- ② 備品の持ち込みは、可能な範囲で許可いたします。持ち込まれる場合は、許可を得て個人で管理してください。破損・紛失等について当施設では、一切責任を負いかねますので予めご了承ください。

(金銭・貴重品の管理)

- ① 貴重品及び 1,000 円以上の現金は持たないでください。尚、紛失されても当施設としては責任を負いかねますので予めご了承ください。
- ② 心身状態等から自己管理が困難な入所者に代わって、施設側で管理することが出来ます。ご希望の方は受付窓口へご相談ください。

(預り金出納管理費 200 円/1 回 詳細は約定書にて定めています。)

(外泊時等の施設外での受診について)

施設には医師が常勤しているため、入所中はかかりつけの医師であっても他の医療機関には受診できません。外泊時等に受診を希望する場合は当施設にご相談ください。(無断で受診されますと、医療費が全額実費でのお支払いになりますので、予めご了承ください。)

(宗教・政治活動)

施設内で他の入所者へ迷惑がかかる活動は一切禁止いたします。

(ペットの持ち込み)

施設内へのペットの持ち込みはお断りいたします。

(その他の留意事項)

騒音等、他の入所者の迷惑になる行為は行わないように注意してください。また、許可なく他の入所者の居室等に立ち入らないでください。

6. 非常災害対策

- ・ 防災設備 消火器・スプリンクラー・自動火災報知設備・消火栓・火災通報装置
避難器具
- ・ 防災訓練 年 1 回

7. 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。

8. 要望及び苦情等の相談

ご利用に当たっての相談又は苦情等に対し、窓口を設置しご利用に関するご利用者のご要望や苦情に対し迅速に対応致します。対応したものについては、必ず管理者又は担当者へ報告し改善或いは検討を実施し、解決に向けて全力で取り組みます。

① 相談・苦情窓口

苦情受付担当者 支援相談員

苦情解決責任者 施設長・看介護部長・事務長

第三者委員 山本 芳久 0950-57-0173

岡村 幸夫 0950-55-2634

その他 長崎県国民健康保険団体連合会 095-826-1599（介護苦情申立専用）

平戸市役所 0950-22-4111

松浦市役所 0956-72-1111

佐世保市役所 0956-24-1111

上記担当者が不在の場合でも、受付事務窓口にお申し頂ければ、担当者へ連絡が入ります。

連絡先電話番号 0950-57-2222（夜間も同様）

② 苦情があった場合は直ちに管理者が相手方に、連絡を取り直接訪問するなどを行い、詳しい事情をお聞きするとともに当事者から事情を確認いたします。

③ 事情内容によっては、即時検討会を開き対策・対応検討いたします。

9. 事故発生時の対応

当施設入所中に、転倒・転落の事故その他の人身事故が起こった場合、速やかに適切な処置を行うと共にご家族・当施設責任者に報告いたします。

10. 緊急時の対応方法

入所中に様態の変化等が発生した場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、親族等に連絡を致します。

かかり付け 病院・医院	病院名		主治医
	連絡先		
ご家族	第一連絡	氏名 (続柄:)	TEL
	第二連絡	氏名 (続柄:)	TEL