

介護老人保健施設 くびきの
(介護予防) 短期入所療養介護 契約書別紙 兼 重要事項説明書

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設 くびきの
- ・開設年月日 平成6年4月25日
- ・所在地 新潟県上越市西城町3丁目6番31号
- ・電話番号 025-526-2161 (FAX: 025-526-1156)
- ・管理者名 施設長 磯貝 勤
- ・介護保険事業所番号 1550380016

(2) 介護老人保健施設の目的

介護老人保健施設は、医学的管理の下で看護・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、一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し、さらに、家庭での生活が継続出来るよう（介護予防）短期入所療養介護や（介護予防）通所リハビリテーション等のサービスを提供し、在宅介護を支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、利用者の人格を尊重し、明るく家庭的な雰囲気の中で、個々の状態に応じた医療・介護・リハビリテーション等各種のサービスを行い、さらに家庭復帰の場合には、療養環境の調整など退所後の支援も行います。

(3) 施設の職員体制

	常 勤	非常勤	夜勤	業務内容等
医師	1 (施設長兼務/ 通所兼務)			利用者の医学的管理業務、利用者に対する健康管理及び療養上の指導・助言を行う。
看護職員	10			医師の指示に基づき、利用者の看護や施設の保健衛生業務を行う。
薬剤師		1 (病院兼務)		医師の指示に基づき、必要な薬剤管理業務を行う。
介護職員	22			利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
支援相談員	1			利用者の入退所、生活全般における相談援助業務を行う。
理学療法士	1 (いずれかの職種)			医師の指示に基づき、利用者の自立支援を目的とした機能訓練を実施する。
作業療法士				
言語聴覚士				
管理栄養士	1 (通所兼務)			医師の指示に基づき、栄養管理業務を行う。
介護支援専門員	1			施設サービス計画の立案等、利用者の介護支援に関する業務を行う
事務職員	2 (通所兼務)			受付・窓口業務、介護請求等の事務
その他	1 (通所兼務)			施設の設備や備品等の保守・保全業務など

- (4) 入所定員等 定員96名(介護老人保健施設入所者を含む)
療養室・・・個室6室(うち特別室4室)、2人室9室(うち特別室7室)、
4人室18室
※ 個室(特別室)及び2人室(特別室)のご利用には別途料金を
いただきます。

- (5) 通常の事業の実施範囲
上越市及び近隣市町村
但し、送迎範囲は上越市高田地区(要相談)とします。

2. サービスの内容

- ① (介護予防)短期入所療養介護計画の立案
- ② 食事、栄養管理
朝食：8時00分～ 昼食：12時00分～ 夕食：18時00分～
※食事は原則として食堂でお摂りいただきます。
- 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殊浴槽で対応します。利用者の身体の状態に応じて清拭への変更又は入浴を見合わせる場合があります。)
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護(退所時の支援も行います)
- 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 理美容サービス
毎週木曜日に実施します。 ※理美容サービスは別途料金をいただきます
- ⑨ 行政手続代行(施設利用に関する事項)
- ⑩ その他
※ 上記サービスの中には基本料金とは別に利用者のかたから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・歯科医療機関に協力をいただいておりますので、利用者の状態が急変し受診が必要となった場合には速やかに対応をいたします。

○協力医療機関

- ・名称 医療法人 知命堂病院
- ・住所 上越市西城町3丁目6番31号

○協力歯科医療機関

- ・名称 クラーク歯科医院
- ・住所 上越市春日野1丁目14番11号

また、当施設での対応が困難な状態となった場合や、専門的な対応が必要になった場合には他の機関を紹介しますので、ご安心ください。

◆ 緊急時の連絡先

緊急の場合には利用者及び扶養者の指定した連絡先に連絡をします。

扶養者やご家族等の住所、電話番号、勤務先に変更がありましたら、必ず当施設までご連絡いただくようお願いいたします。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・おやつ等の食べ物の持込み
衛生管理・栄養管理上、食べ物のお持込みは禁止です。
ご理解・ご協力お願い致します。
- ・面会
備付けの用紙にご記入の上、所定の時間をお願いします。
- ・外出
事前に、外出先・用件・予定日時等をお申し出下さい。
外出中に日時等変更が出た場合は、ご連絡下さい。
- ・飲酒・喫煙
禁酒、禁煙です。
- ・火気の取扱い
火気のお持込みはできません。
- ・設備・備品の利用
職員にお尋ね下さい。
- ・所持品・備品等の持ち込み
記名の上、お持ち下さい。
電気製品を持ち込む場合は、お申し出下さい。(別途使用料金頂きます)
- ・金銭・貴重品の管理
金銭・貴重品の持ち込みは原則禁止です。必要な場合は、ご家族様の管理で
お願いします。
- ・外出時等の施設外での受診
施設医師が必要と認める場合以外は、施設外で受診できません。
外出中に心身の状態が急変した場合他、ご不安な場合は施設へご連絡下さい。
- ・宗教活動
禁止です。
- ・ペットの持ち込み
禁止です。

5. 非常災害対策

- ・防災設備・・・非常放送設備、スプリンクラー、消火器、消火栓、防火扉 ほか
- ・防災訓練・・・年2回以上

6. 禁止事項

当施設では多くのかた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」は一切禁止とします。

7. 要望・苦情等の相談

サービス提供に関する要望・苦情、相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

○ 苦情・相談受付窓口

介護老人保健施設くびきの 電話：025-526-2161

(担当：支援相談員_____)

要望や苦情は、事業所にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。
また、窓口に備えつけられた「ご意見箱」もご利用ください。

上記のほか、お住まいの市町村、国民健康保険団体連合会にも苦情相談窓口が設置されています。

上越市（健康福祉部高齢者支援課）	電話：025—526—5111
妙高市（福祉介護課）	電話：0255—74—0017
糸魚川市（福祉事務所介護保険係）	電話：025—552—1511
新潟県国民健康保険団体連合会	電話：025—285—3072

上記以外の市町村等

() (電話：)

8. 介護保険証の確認

ご利用にあたり、利用者の介護保険証、後期高齢者医療被保険者証（75歳未満で、後期高齢者医療被保険者証をお持ちでないかたは健康保険証）を確認させていただきます。

9. (介護予防) 短期入所療養介護の概要

(介護予防) 短期入所療養介護は、要介護者（要支援者）の家庭等での生活を継続させることを目標として立案された「居宅介護サービス計画書」及び「介護予防サービス・支援計画書」に基づき、当施設に一定期間入所いただくことで、看護、医学的管理のもとで介護及び機能訓練、その他必要な医療や日常生活上の支援を通じて、利用者の療養生活の質の向上並びに介護者の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的としたサービスです。

このサービスを提供するにあたり、利用者に関わるあらゆる職種の職員により協議を行い、利用者及び扶養者のご希望を十分に取り入れて「(介護予防) 短期入所療養介護計画」を作成いたします。なお、計画の内容については利用者及び扶養者に説明を行い、同意を得ることとします。

【医療】

(介護予防) 短期入所療養介護は、入院の必要のない程度の要介護者（要支援）を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に応じて適切な医療・看護を行います。

【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生活リハビリとしてのリハビリテーション効果を期待したものです。

【栄養管理】

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

【生活サービス】

短期入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立ったサービス提供を行います。

10. 利用料金

(1) 基本料金

「契約書別紙兼重要事項説明書 別表」のとおり

*当施設から併設医療機関へ入院された日（退所日）及び併設医療機関から当施設への入所日（退院日）については、当該入（退）所日の（介護予防）短期入所療養介護費、その他加算は請求されません。

（２）お支払方法

利用料金は1か月ごとにまとめて請求しますので、以下のいずれかの方法によりお支払いください。

① 現金でのお支払い

毎月15日に前月分の請求書を発行します。その翌月の12日までに会計窓口にてお支払いください。お支払いを受けた後、領収書を発行いたします。

② 指定の口座からの自動振替

毎月15日に前月分の請求書を発行し、ご指定いただいた送付先へ郵送いたします。その翌月12日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に指定口座より振替になります。領収書は口座振替を確認したのち翌月15日の請求書郵送の際に同封いたします。

口座振替をご希望の場合は、別途手続きをお願いします。

※要介護度認定の遅延等により請求が遅れる場合があります。

（３）キャンセル料

利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

利用開始日の当日にキャンセルされた場合は、キャンセル料として1日の基本利用料の10%をお支払いいただきます。ただし、体調や容体の急変等、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

11. 個人情報の利用目的

当施設では、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】

[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、
 - －利用者に医療・介護サービスを提供する他の医療機関や介護サービス事業者、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
 - －利用者の診療等にあたり、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
 - －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]

- ・当施設管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

令和 年 月 日

事業者は利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 新潟県上越市西城町3丁目6番31号
事業者名 医療法人 知命堂病院
代表者職・氏名 理事長 森川 政嗣
事業所名 介護老人保健施設 くびきの
説明者職・氏名 _____

私は事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所 _____
氏名 _____
扶養者 住所 _____
氏名 _____
利用者との続柄 _____