

重要事項説明書(介護保健施設サービス)

当施設が提供する介護保健施設サービスの内容に関し、入所者様に説明すべき重要事項は次の通りです。

1 事業者の概要

| | |
|------------|-----------------------|
| 開設者の名称 | 医療法人 社団 明徳会 臼井 溢 |
| 主たる事業所の所在地 | 静岡県 浜松市 浜名区 小松 1700番地 |
| 電話番号 | 053(586)1115 |
| 法人の種類及び名称 | 医療法人 社団 明徳会 |
| 代表者職 | 理事長 |
| 代表者氏名 | 臼井 岳 |

| | |
|-----------|---------------------------|
| 施設の名称 | 介護老人保健施設 エーデルワイス |
| 施設の所在地 | 静岡県 浜松市 浜名区 平口 2405番地 |
| 介護保険事業者番号 | 2258380019 |
| 指定年月日 | 2000/4/1 |
| 交通の便 | 浜北駅よりバスにて5分 十全記念病院から徒歩10分 |

2 施設の職員の概要

令和6年6月17日現在

| 職種 | 資格 | 人数 | 勤務の体制 | |
|---------|----|-------|----------|-----------|
| | | | 常勤 | 非常勤 |
| 管理者 | 医師 | 1.0人 | 常勤 | 1.0人 |
| 医師 | | 3.0人 | 常勤 1.0人 | 非常勤 2.0人 |
| 薬剤師 | | 1.0人 | 常勤 0人 | 非常勤 1.0人 |
| 看護職員 | | 17.0人 | 常勤 5.0人 | 非常勤 12.0人 |
| 介護職員 | | 57.0人 | 常勤 52.0人 | 非常勤 5.0人 |
| 支援相談員 | | 4.0人 | 常勤 3.0人 | 非常勤 1.0人 |
| 理学療法士 | | 6.0人 | 常勤 5.0人 | 非常勤 1.0人 |
| 作業療法士 | | 7.0人 | 常勤 6.0人 | 非常勤 1.0人 |
| 言語聴覚士 | | 1.0人 | 常勤 1.0人 | 非常勤 0人 |
| 管理栄養士 | | 1.0人 | 常勤 1.0人 | 非常勤 0人 |
| 介護支援専門員 | | 8.0人 | 常勤 7.0人 | 非常勤 1.0人 |

3 施設の設備概要

| | | |
|--------|--|--------------------------------|
| 定員 | ○ 150人 (内 短期入所療養介護 5人) | |
| 療養室 | 4人部屋 | 33室 (1室 35.05 m ²) |
| | 個室 | 18室 (1室 11.64 m ²) |
| 浴室 | ○一般浴槽 ○特殊浴槽 | |
| 機能訓練室 | 171.68 m ² | |
| 食堂 | 各階 114m ² 全 342m ² | |
| その他の設備 | ○談話室 | 24.38 m ² |
| | ○診察室 | 20.19 m ² |
| | ○レクリエーションルーム | 12.59 m ² |

4 介護保健施設サービスの運営の方針

病状は安定しており入院の必要はないが、介護を必要とする高齢者にリハビリテーション・看護・介護等のサービスを提供する。そしてなるべく早く家庭に帰り、日常生活を営む事ができるように支援する事を目的としている。また、地域や家庭との結びつきを重視し、明るく家庭的な雰囲気を持った施設運営を心がけている。

5 利用料金

- (1)当施設の介護保健施設サービスの提供(介護保険適用部分)に際し入所者様が負担する利用料金は、原則として基本料金及び居住費、食費等の利用料になります。ただし、介護保険給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基本料金(1日分)

| | 個室 | 多床室 |
|-------|------|-------|
| 要介護 1 | 727円 | 805円 |
| 要介護 2 | 774円 | 855円 |
| 要介護 3 | 840円 | 921円 |
| 要介護 4 | 896円 | 975円 |
| 要介護 5 | 945円 | 1055円 |

在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ) 35円/日 夜勤職員配置加算 25円/日

短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(入所後90日間のみ実施可能) 262円/日

サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6円/リハビリ計画書情報加算 34円/月 自立支援促進加算 304円/月

科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 61円/月 入退所前連携加算Ⅰ 608円/回又はⅡ 405円/回

入所前後訪問指導加算Ⅰ 456円/回又はⅡ 486円/回 安全体制加算 21円/初日のみ

介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 介護報酬総単位数×サービス別加算率(3.9%)

介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ) 介護報酬総単位数×サービス別加算率(1.7%)

- この他、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(厚生省告示第19号)

に規定される介護保健施設サービスを受けた場合は、一定の料金を負担していただきます。

- 浜松市は地域区分が「7級地」であるため、単位数に10.14円を乗じた金額が料金となっています。

なお、上記料金は自己負担(1割)の金額です。

- 上記料金は、1日あたりの目安を表示したものです。1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。

(2) その他の費用

特別な療養室の提供に要する費用、特別な食事の提供に要する費用、理容代
その他の日常生活において通常必要とされる費用は入所者様の負担となります。

(3) 利用料の支払い方法

当施設に支払う料金の支払方法については、月ごとの清算とします。
毎月10日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をします
ので、当月中にお支払いください。支払方法は、現金振込、窓口支払い、
口座振替(浜松磐田信用金庫)のいずれかをお選びください。

(4) キャンセル料

入所者様の都合により中途退所を希望する場合はキャンセル料は頂きませんが
退所までの利用料金を支払っていただきます。

(5) その他

被保険者証に支払方法の変更の記載(保険料を滞納している為、サービス
の提供を償還払いとする旨の記載)があるときは、費用の全額を支払って
いただきます。この場合、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、
この証明書を後日、保険者の窓口へ提出して差額(介護保険適用部分の9割)
の払い戻しを受けてください。

6 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- 当施設に電話でお申込みください。当施設の担当職員が、介護保健施設サービス
の内容等についてご説明します。療養室に空き部屋があればご入所いただけます。

- この説明書により利用者様からの同意を得た後、当施設の介護支援専門員が施設
サービス計画を作成し、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

ア 入所者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書で申し出てください。

イ 当施設の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合が
あります。この場合は、サービス終了日の30日前までに文書により通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・他の介護保健施設に入所した場合。
- ・要介護が非該当(自立)又は要支援と認定された場合。
- ・亡くなったとき。

エ その他

- ・当施設が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、入所者様や入所者様の家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当施設が閉鎖した場合、文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・サービスの利用料を3ヵ月以上滞納し、支払いの催告を再三したにもかかわらず支払いがない場合や、入所者様が当施設に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で入所者様に通知することにより、直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

7 サービス利用に当たっての留意事項

(1) 入所中の注意事項

ア 入所中の必要品は最小限にし、クローゼットに収納できる範囲でおねがいします。

大切なものは所持床に物を置くことはご遠慮ください。また、壁に物を貼ったり、釘を打ったりする事は禁止されています。

イ 金品および貴重品の管理はいたしかねます。盗難、紛失には責任を負いかねますので、多額の現金や貴重品は所持しないでください。また、入所者同士で金銭や物品の貸し借りはしないようにしてください。

ウ 携帯電話の持込は使用・充電等自己管理できる方であれば持ち込みは可能です。施設での管理は致しかねます。

エ 無断で外出・外泊は禁止されています。

オ 施設内での飲酒は禁止されています。

カ 喫煙は施設内全て禁止されています。

キ 空いているベットに物を置いたり、座ったりしないようにお願いします。

ク お見舞いに飲食物をお持ちになった方は、飲食の可否をサービスステーションにて看護師にご相談ください。

(2) 面会・お見舞い

◎毎日午前9時から午後4時までです。

◎土・日・祝日も同じ

・面会の際は、エレベーター横の面会者名簿にご記入ください。

・入所者の状態により面会をお断りする場合がありますのでご了承ください。

・酒気をおびての面会はお断りします。

・喫煙は施設内全て禁止されています。

(3) 外出・外泊

外出・外泊は、入所者の意欲を高め、家族とのふれあいを高めるうえで大切です。また、退所の準備や訓練のためにも必要です。但しご希望の方はあらかじめ届出が必要となりますので、サービスステーションにお申し出ください。外出時及び施設へ戻られた時は、サービスステーションまでお知らせください。

但し、施設が定める感染症等の対策に必要と判断した場合などの理由によっては申し出をお断りさせていただくこともございます。

また、外出中の事件・事故に関しましては当施設は責任を負いかねます。

8 サービスの内容

当施設が入所者様に提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用期間: ~

内 容: 食事
排泄
入浴、清拭
機能訓練
医療、看護
離床
着替え
整容
理美容
特別な療養室

○サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、入所者様にわかりやすいように説明します。

○サービスの提供に用いる設備、器具等については、サービスごとに消毒したものを使用します。

9 担当の職員

入所者様を担当する当施設の職員は以下のとおりです。

| | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 医師 | 今村 陽子 |
| 薬剤師 | 村木 久美 |
| 看護職員 | 夏目 昌代 含む 12.6人以上 |
| 介護職員 | 植村 みゆき・村雲 裕子 含む 17.3人以上 |
| 支援相談員 | 村松 愛 含む 2.0人以上 |
| リハビリ職員 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 | 渥美 進 含む 7.5人以上 |
| 管理栄養士 | 鈴木 和代 |
| 介護支援専門員 | 太田 賢志 含む 1.5人以上 |

※(常勤換算)

10 非常災害対策

| | |
|-----------|---|
| 非常時の対応 | エーデルワイス自衛消防隊組織による地域防災無線設置 |
| 近隣との協力関係 | 平口自治会、十全記念病院、静岡医療科学専門学校 浜松市消防署等 |
| 平常時の防災訓練等 | 年2回以上実施 |
| 防災設備 | スプリンクラー、屋外・屋内消火栓、消火器、火災報知器 |
| 消防計画 | 消防署への届出 :平成11年9月6日 防火管理者 :木下 富広 内容 :この計画は、消防法8条1項に基づき エーデルワイスにおける防火管理業務 について必要な事項を定めて、火災、 地震、その他の災害の予防、及び人命 の安全並びに災害の防止を図ることを 目的とする。 |

11 情報の保存と開示

施設は、入所者のサービス提供に関する記録や書類等を整備して、契約終了後5年間保存し入所者及び身元保証人より請求があった場合、それらの複写物を速やかに交付します。

12 苦情処理

入所者は、当施設の介護保健施設サービスの提供について、いつでも苦情を申し立てる事が出来ます。入所者は、当施設に苦情を申し立てたことにより、何らかの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 支援相談員 村松 愛

電話番号 053-585-1500

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てることができます。

| | | |
|-------------|------------|--------------|
| 市町村 | 浜松市役所介護保険課 | 053-457-2374 |
| | 浜名区役所長寿保険課 | 053-585-1122 |
| 国民健康保険団体連合会 | 苦情受付窓口 | 054-253-5590 |

13 臨床実習生 施設実習協力について

当施設では理学療法実習生、作業療法実習生を受け入れ、後輩の育成に協力しています。そのため、実習生が施設内を見学したり、担当する医療チームの一員として実習生が診療の一部に参加することをお願いする場合があります。その際には関連部門の指導者が、事前にその概要を説明し利用者のご意向を確認し、尊重します。

尚、学生実習に同意を頂いた後に利用者様の状況の変化や学生が参加する診療の内容に応じて実習直前にお断り頂いても、利用者様が診療上の不利益を被ることは一切ございません。

また、実習を行うにあたり、利用者様のカルテを閲覧させていただきます。その際、個人が特定できないように配慮したうえで、転写させていただき、実習記録(ビデオ撮影等も含む)・事例研究などの学習にも活用させていただきます。また、実習を通して知り得た情報につきましては、他者に漏らすことのないよう個人情報の保護を徹底いたします。

ご不明な点がございましたら、関連部門の指導者にお問い合わせください。適宜ご説明させていただきます。

【 同意する 】

【 同意しない 】

14 個人情報の取扱いについて

介護老人保健施設エーデルワイスでは、お預かりした個人情報について、以下のとおり適正かつ安全に管理・運用することに努めます。

1. 利用目的

当施設は、収集した個人情報について、以下の目的のために利用いたします。

- ①介護サービスの提供のため
- ②ご家族への状況説明のため
- ③介護保険事務のため
- ④会計・経理のため
- ⑤他介護サービス事業者・医療機関院・保険薬局・診療所・などとの連携のため
- ⑥外部の医師などへの助言依頼のため
- ⑦当施設でのリハビリ実習・症例研究のため

2. 第三者提供

当施設は、以下の場合を除いて、個人データを第三者へ提供することはいたしません。

- ①法令に基づく場合
- ②人の生命・身体・財産を保護するために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- ③医療機関等を受診時に病状を伝える必要がある場合
- ④他介護サービス事業者と連携をとる必要がある場合
- ⑤国の機関や地方公共団体、その委託者などによる法令事務の遂行にあたって協力する必要がある、かつ本人の同意を得ることで事務遂行に影響が生じる可能性がある場合

3. 開示請求

個人情報について、入所者様には、開示・訂正・削除・利用停止を請求する権利があります。手続きにあたっては、ご本人確認のうえ対応させていただきますが、代理人の場合も可能です。

4. 肖像権について

当施設のパンフレット、ホームページ、お便り等に使用する写真に入所者様が写る場合がございます。第三者が閲覧可能なものについては、個人が特定できないように撮影方法を配慮いたします。個人が特定できる場合についての使用には別途個別に得たうえで使用いたします。

令和 年 月 日

説明事項 確認欄

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1.事業者の概要 | <input type="checkbox"/> | 8.サービスの内容 | <input type="checkbox"/> |
| 2.施設の職員の概要 | <input type="checkbox"/> | 9.担当職員 | <input type="checkbox"/> |
| 3.施設の設備概要 | <input type="checkbox"/> | 10.非常災害対策 | <input type="checkbox"/> |
| 4.介護保険施設サービスの運営の方針 | <input type="checkbox"/> | 11.苦情処理 | <input type="checkbox"/> |
| 5.利用料金 | <input type="checkbox"/> | 12.情報の保存と開示 | <input type="checkbox"/> |
| 6.サービスの利用方法 | <input type="checkbox"/> | 13.臨床実習生について | <input type="checkbox"/> |
| 7.サービスの利用にあたっての留意事項 | <input type="checkbox"/> | 14.個人情報の取扱いについて | <input type="checkbox"/> |

(施設)

介護保健施設サービスの提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡県浜松市浜名区平口 2405

名称 介護老人保健施設 エーデルワイス

説明者 支援相談員 (印)

(入所者)

この説明書により、介護保健施設サービスに関する重要事項の説明を受けました。

住所 _____

氏名 _____ (印)

(家族)

住所 _____

氏名 _____ (印)

重要事項説明書(指定短期入所療養介護)

当施設が提供する介護保健施設サービスの内容に関し、入所者様に説明すべき重要事項は次の通りです。

1 事業者の概要

| | |
|------------|-----------------------|
| 開設者の名称 | 医療法人 社団 明徳会 臼井 溢 |
| 主たる事業所の所在地 | 静岡県 浜松市 浜名区 小松 1700番地 |
| 電話番号 | 053(586)1115 |
| 法人の種類及び名称 | 医療法人 社団 明徳会 |
| 代表者職 | 理事長 |
| 代表者氏名 | 臼井 岳 |

| | |
|-----------|--|
| 施設の名称 | 介護老人保健施設 エーデルワイス 指定短期入所療養介護 |
| 施設の所在地 | 静岡県浜松市浜名区平口2405番地 |
| 介護保険事業者番号 | 2258380019 |
| 指定年月日 | 2000/4/1 |
| 交通の便 | 浜北駅よりバスにて5分 十全記念病院から徒歩10分 |
| 通常の送迎の実施地 | 浜松市(浜名地区・有玉・市野・大瀬・大原・笠井・上石田・小池 光・新都田・積志・貴平・恒武・豊岡・豊西・中郡・西ヶ崎・半田 方原・三幸) 常東三 |

2 施設の職員の概要

令和6年6月17日現在

| 職種 | 資格 | 人数 | 勤務の体制 | | |
|---------|----|-------|-------|-------|-----------|
| | | | 常勤 | 非常勤 | その他 |
| 管理者 | 医師 | 1.0人 | 常勤 | 1.0人 | 非常勤 0人 |
| 医師 | | 3.0人 | 常勤 | 1.0人 | 非常勤 2.0人 |
| 薬剤師 | | 1.0人 | 常勤 | 0人 | 非常勤 1.0人 |
| 看護職員 | | 17.0人 | 常勤 | 5.0人 | 非常勤 12.0人 |
| 介護職員 | | 57.0人 | 常勤 | 52.0人 | 非常勤 5.0人 |
| 支援相談員 | | 4.0人 | 常勤 | 3.0人 | 非常勤 1.0人 |
| 理学療法士 | | 6.0人 | 常勤 | 5.0人 | 非常勤 1.0人 |
| 作業療法士 | | 7.0人 | 常勤 | 6.0人 | 非常勤 1.0人 |
| 言語聴覚士 | | 1.0人 | 常勤 | 1.0人 | 非常勤 0人 |
| 管理栄養士 | | 1.0人 | 常勤 | 1.0人 | 非常勤 0人 |
| 介護支援専門員 | | 8.0人 | 常勤 | 7.0人 | 非常勤 1.0人 |

3 指定短期入所療養介護施設の設備概要

| | |
|--------|---|
| 定員 | ○ 5名 |
| 療養室 | 4人部屋 33室 (1室 35.05 m ²) |
| | 個室 18室 (1室 11.64 m ²) |
| 浴室 | ○一般浴槽 24.38 m ² ○特殊浴槽 |
| 機能訓練室 | 171.68 m ² |
| 食堂 | 各階 114m ² 全 342m ² |
| その他の設備 | ○談話室 24.38 m ² ○診察室 20.19 m ² ○レクリエーションルーム 12.59 m ² |

4 指定短期入所療養介護の運営の方針

介護を必要とする高齢者にリハビリテーション・看護・介護等のサービスを提供し利用者が可能な限り自宅において、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、一定の期間を利用して利用者の療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的としている。また、地域や家庭との結びつきを重視し、明るく家庭的な雰囲気を持った施設運営を心がけている。

5 利用料金

- (1) 当事業者の指定短期入所療養介護の提供(介護保険適用部分)に際し入所者様が負担する料金は原則として基本料金及び滞在費、食費等の利用料金です。ただし、介護保険給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基本料金(1日分)

| | 個室 | 多床室 |
|-------|------|-------|
| 要介護 1 | 764円 | 838円 |
| 要介護 2 | 810円 | 887円 |
| 要介護 3 | 871円 | 948円 |
| 要介護 4 | 924円 | 1000円 |
| 要介護 5 | 976円 | 1051円 |

- 在宅復帰在宅療養支援加算(Ⅰ) 35円/日
- サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6円/1日
- 個別リハビリテーション加算 244円/1日
- 夜勤職員配置加算 25円/1日
- 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 介護報酬総単位数×サービス別加算率(3.9%)
- 介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ) 介護報酬総単位数×サービス別加算率(1.7%)
- この他、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(厚生省告示第19号)に規定される介護保健施設サービスを受けた場合は、一定の料金を負担していただきます。
- 浜松市は地域区分が「7級地」であるため、単位数に10.14円を乗じた金額が料金となっています。なお、上記料金は自己負担(1割)の金額です。
- 上記料金は、1日あたりの目安を表示したものです。1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。

(2) その他の費用

特別な療養室の提供に要する費用、通常の事業の実施地域以外の地域に居住する場合の送迎に要する費用、食材料費、理容代、その他の日常生活において通常必要とされる費用は入居者の負担となります。

(3) 利用料の支払い方法

入所者様が事業者にご支払う料金の支払方法については、月ごとの清算とします。毎月10日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、当月中にお支払いください。支払方法は、銀行口座、窓口支払い、口座振替(浜松磐田信用金庫)のいずれかをお選びください。

(4) キャンセル料

入所者様のご都合により指定短期入所療養介護をキャンセルした場合には、キャンセル料はいただきませんが、キャンセルする場合には、ご利用日の朝8時30分までに連絡してください。中途退所される場合などは、退所までの利用料金を支払っていただきます。

(5) その他

被保険者証に支払い方法の変更の記載(保険料を滞納している為、サービスの提供を償還払いとする旨の記載)があるときは、費用の全額を支払っていただきます。

この場合、当事業所でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、保険者の窓口へ提出して差額(介護保険適用部分の9割)の払い戻しを受けてください。

6 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- 当事業所に電話でお申込みください。当事業所の担当職員が、指定短期入所療養介護の内容等についてご説明します。
- この説明書により同意を得た後、当事業所の管理者が指定短期入所療養介護サービス計画を作成し、サービスの提供を開始します。(入所期間が短い場合は作成しない場合があります。)
- 居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。

(2) サービスの終了

- ア 入所者様のご都合でサービスを終了する場合
文書または口頭で申し出てください。
- イ 当施設の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の30日前までに文書により通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・他の介護保健施設に入所した場合。
- ・要介護が非該当(自立)と認定された場合。
- ・亡くなったとき。

エ その他

- ・当施設が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、入所者様や入所者様の家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当施設が閉鎖した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・サービスの利用料を3か月以上滞納し、支払いの催告を再三したにもかかわらず支払いがない場合、入所者様が当施設に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

7 サービス利用に当たっての留意事項

(1) 入所中の注意事項

- ア 入所中の必要品は最小限にし、クローゼットに収納できる範囲でおねがいします。床に物を置くことはご遠慮ください。また、壁に物を貼ったり、釘を打ったりする事は禁止されています。
- イ 金品の盗難、紛失には責任を負いかねますので、多額の現金や貴重品は所持しないでください。また、入所者どうして金銭や物品の貸し借りはしないようにしてください。
- ウ 無断で外出・外泊は禁止されています。
- エ 施設内での飲酒は禁止されています。
- オ 喫煙は施設内全て禁止されています。
- カ 空いているベットに物を置いたり、座ったりしないようにお願いします。
- キ お見舞いに飲食物をお持ちになった方は、飲食の可否をサービスステーションにて看護師にご相談ください。

(2) 面会・お見舞い

◎毎日午前9時から午後4時までです。
◎土・日・祝日も同じ

- ・面会の際は、エレベーター横の面会者名簿にご記入ください。
- ・入所者の状態により面会をお断りする場合がありますのでご了承ください。
- ・酒気をおびての面会はお断りします。
- ・喫煙は施設内全て禁止されています。

8 サービスの内容

当施設が入所者様に提供するサービスは以下のとおりです。

| | |
|--------|--|
| ご利用期間: | ～ |
| 内 容: | 食事 排泄 入浴、清拭 機能訓練 医療、看護 離床 着替え 整容 理美容 特別な療養室 |

○サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、入所者様にわかりやすいように説明します。

○サービスの提供に用いる設備、器具等については、サービスごとに消毒したものを使用します。

9 担当の職員

入所者様を担当する指定短期入所療養介護職員は以下のとおりです。

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| 医師 | 今村 陽子 |
| 薬剤師 | 村木 久美 |
| 看護職員 | 夏目 昌代 含む 12.6人以上 |
| 介護職員 | 植村 みゆき・村雲 裕子 含む17.3人以上 |
| 支援相談員 | 村松 愛 含む2.0人以上 |
| リハビリ職員 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 渥美進 含む 7.5人以上 |
| 管理栄養士 | 鈴木 和代 |
| 介護支援専門員 | 太田 賢志 含む 1.5人以上 |

※常勤換算

10 非常災害対策

| | |
|-----------|---|
| 非常時の対応 | エーデルワイス自衛消防隊組織による地域防災無線設置 |
| 近隣との協力関係 | 平口自治会、十全記念病院、静岡医療科学専門大学校 浜松市消防署等 |
| 平常時の防災訓練等 | 年2回以上実施 |
| 防災設備 | スプリンクラー、屋外・屋内消火栓、消火器、火災報知器 |
| 消防計画 | 消防署への届出 :平成11年9月6日 防火管理者 :木下 富広 内容 :この計画は、消防法8条1項に基づきエーデルワイスにおける防火管理業務について必要な事項を定めて、火災、地震、その他の災害の予防、及び人命の安全並びに災害の防止を図ることを目的とする。 |

11 苦情処理

あなたは、当施設の介護保健施設サービスの提供について、いつでも苦情を申し立てる事が出来ます。あなたは、当施設に苦情を申し立てたことにより、何らかの差別待遇を受けません。

12 情報開示

入所者様はいつでも身体又はサービス提供記録等の情報について説明を申し出ることが出来ます。

苦情相談窓口 担当 支援相談員 村松 愛

電話番号 053-585-1500

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることができます。

| | | |
|-------------|------------|--------------|
| 市町村 | 浜松市役所介護保険課 | 053-457-2374 |
| | 浜名区役所長寿保険課 | 053-585-1122 |
| 国民健康保険団体連合会 | 苦情受付窓口 | 054-253-5590 |

13 臨床実習生 施設実習協力について

当施設では理学療法実習生、作業療法実習生を受け入れ、後輩の育成に協力しています。そのため、実習生が施設内を見学したり、担当する医療チームの一員として実習生が診療の一部に参加することをお願いする場合があります。その際には関連部門の指導者が、事前にその概要を説明し利用者のご意向を確認し、尊重します。

尚、学生実習に同意を頂いた後に利用者様の状況の変化や学生が参加する診療の内容に応じて実習直前にお断り頂いても、利用者様が診療上の不利益を被ることは一切ございません。また、実習を行うにあたり、利用者様のカルテを閲覧させていただきます。その際、個人が特定できないように配慮したうえで、転写させていただき、実習記録(ビデオ撮影等も含む)・事例研究などの学習にも活用させていただきます。また、実習を通して知り得た情報につきましては、他者に漏らすことのないよう個人情報の保護を徹底いたします。ご不明な点がございましたら、関連部門の指導者にお問い合わせください。適宜ご説明させていただきます。

【 同意する 】

【 同意しない 】

令和 年 月 日

説明事項 確認欄

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1.事業者の概要 | <input type="checkbox"/> | 8.サービスの内容 | <input type="checkbox"/> |
| 2.施設の職員の概要 | <input type="checkbox"/> | 9.担当職員 | <input type="checkbox"/> |
| 3.施設の設備概要 | <input type="checkbox"/> | 10.非常災害対策 | <input type="checkbox"/> |
| 4.介護保険施設サービスの運営の方針 | <input type="checkbox"/> | 11.苦情処理 | <input type="checkbox"/> |
| 5.利用料金 | <input type="checkbox"/> | 12.情報の保存と開示 | <input type="checkbox"/> |
| 6.サービスの利用方法 | <input type="checkbox"/> | 13.臨床実習生について | <input type="checkbox"/> |
| 7.サービスの利用にあたっての留意事項 | <input type="checkbox"/> | | |

(施設)

介護保健施設サービスの提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡県浜松市浜名区平口 2405

名称 介護老人保健施設 エーデルワイス

説明 支援相談員 (印)

(入所者)

この説明書により、介護保健施設サービスに関する重要事項の説明を受けました。

住所 _____

氏名 _____ (印)

(家族)

住所 _____

氏名 _____ (印)

重要事項説明書(指定予防短期入所療養介護)

当施設が提供する介護保健施設サービスの内容に関し、入所者様に説明すべき重要事項は次の通りです。

1 事業者の概要

| | |
|------------|-----------------------|
| 開設者の名称 | 医療法人 社団 明徳会 理事長 臼井 溢 |
| 主たる事業所の所在地 | 静岡県 浜松市 浜名区 平口 1975番地 |
| 電話番号 | 053(586)1115 |
| 法人の種類及び名称 | 医療法人 社団 明徳会 |
| 代表者職 | 理事長 |
| 代表者氏名 | 臼井 岳 |

| | |
|-----------|--|
| 施設の名称 | 介護老人保健施設 エーデルワイス 指定予防短期入所療養介護 |
| 施設の所在地 | 静岡県浜松市浜名区平口2405番地 |
| 介護保険事業者番号 | 2258380019 |
| 指定年月日 | 2000/4/1 |
| 交通の便 | 浜北駅よりバスにて5分 十全記念病院から徒歩10分 |
| 通常の送迎の実施地 | 浜松市(浜名地区・有玉・市野・大瀬・大原・笠井・上石田・小池常光・新都田・積志・貴平・恒武・豊岡・豊西・中郡・西ヶ崎・半田 東三方原・三幸) |

2 施設の職員の概要

令和6年6月17日現在

| 職種 | 資格 | 人数 | 勤務の体制 | |
|---------|----|-------|----------|-----------|
| | | | 常勤 | 非常勤 |
| 管理者 | 医師 | 1.0人 | 常勤 | 1.0人 |
| 医師 | | 3.0人 | 常勤 1.0人 | 非常勤 2.0人 |
| 薬剤師 | | 1.0人 | 常勤 0人 | 非常勤 1.0人 |
| 看護職員 | | 17.0人 | 常勤 5.0人 | 非常勤 12.0人 |
| 介護職員 | | 57.0人 | 常勤 52.0人 | 非常勤 5.0人 |
| 支援相談員 | | 4.0人 | 常勤 3.0人 | 非常勤 1.0人 |
| 理学療法士 | | 6.0人 | 常勤 5.0人 | 非常勤 1.0人 |
| 作業療法士 | | 7.0人 | 常勤 6.0人 | 非常勤 1.0人 |
| 言語聴覚士 | | 1.0人 | 常勤 1.0人 | 非常勤 0人 |
| 管理栄養士 | | 1.0人 | 常勤 1.0人 | 非常勤 0人 |
| 介護支援専門員 | | 8.0人 | 常勤 7.0人 | 非常勤 1.0人 |

3 指定予防短期入所療養介護施設の設備概要

| | | | |
|--------|--|-----|----------------------------|
| 定員 | ○ 5名 | | |
| 療養室 | 4人部屋 | 33室 | (1室 35.05 m ²) |
| | 個室 | 18室 | (1室 11.64 m ²) |
| 浴室 | ○一般浴槽 24.38 m ² | | |
| | ○特殊浴槽 | | |
| 機能訓練室 | 171.68 m ² | | |
| 食堂 | 各階 114m ² 全 342m ² | | |
| その他の設備 | ○談話室 24.38 m ² | | |
| | ○診察室 20.19 m ² | | |
| | ○レクリエーションルーム 12.59 m ² | | |

4 指定予防短期入所療養介護の運営の方針

介護を必要とする高齢者にリハビリテーション・看護・介護等のサービスを提供し利用者が可能な限り自宅において、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、一定の期間を利用して利用者の療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的としている。また、地域や家庭との結びつきを重視し、明るく家庭的な雰囲気を持った施設運営を心がけている。

5 利用料金

- (1) 当事業者の指定予防短期入所療養介護の提供(介護保険適用部分)に際し入所者様が負する料金は原則として基本料金の1割及び滞在費、食費等の利用料金です。ただし、介護保険給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基本料金(1日分)

| | 個室 | 多床室 |
|-------|------|------|
| 要支援 1 | 585円 | 619円 |
| 要支援 2 | 731円 | 779円 |

- 在宅復帰在宅療養支援加算(Ⅰ) 35円/日
- サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6円/1日
- 個別リハビリテーション加算 244円/1日
- 夜勤職員配置加算 25円/1日
- 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 介護報酬総単位数×サービス別加算率(3.9%)
- 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 介護報酬総単位数×サービス別加算率(1.7%)
- この他、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(厚生省告示第19号)に規定される介護保健施設サービスを受けた場合は、一定の料金を負担していただきます。
- 浜松市は地域区分が「7級地」であるため、単位数に10.14円を乗じた金額が料金となっています。なお、上記料金は自己負担(1割)の金額です。
- 上記料金は、1日あたりの目安を表示したものです。1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。

(2) その他の費用

特別な療養室の提供に要する費用、通常の事業の実施地域以外の地域に居住する場合の送迎に要する費用、食材料費、理容代、その他の日常生活において通常必要とされる費用は入所者様の負担となります。

(3) 利用料の支払い方法

入所者様が事業者を支払う料金の支払方法については、月ごとの清算とします。毎月10日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、当月中にお支払いください。支払方法は、銀行口座、窓口支払い、口座振替(浜松磐田信用金庫)のいずれかをお選びください。

(4) キャンセル料

入所者様のご都合により指定予防短期入所療養介護をキャンセルした場合には、キャンセル料はいただきませんが、キャンセルする場合には、ご利用日の朝8時30分までに連絡してください。中途退所される場合などは、退所までの利用料金を支払っていただきます。

(5) その他

被保険者証に支払い方法の変更の記載(保険料を滞納している為、サービスの提供を償還払いとする旨の記載)があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業所でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、保険者の窓口へ提出して差額(介護保険適用部分の9割)の払い戻しを受けてください。

6 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- 当事業所に電話でお申込みください。当事業所の担当職員が、指定予防短期入所療養介護の内容等についてご説明します。
- この説明書により入所者様からの同意を得た後、当事業所の管理者が指定予防短期入所療養介護サービス計画を作成し、サービスの提供を開始します。(入所期間が短い場合は作成しない場合があります。)
- 入所者様が居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。

(2) サービスの終了

- ア 入所者様のご都合でサービスを終了する場合
文書または口頭で申し出てください。
- イ 当施設の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の30日前までに文書により通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・他の介護老人保健施設に入所した場合。
- ・要支援が非該当(自立)と認定された場合。
- ・亡くなったとき。

エ その他

- ・当施設が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合
入所者様や入所者様の家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当施設が
閉鎖した場合、文書で通知することにより直ちにこの契約を終了すること
ができます。
- ・サービスの利用料を3ヵ月以上滞納し、支払いの催告を再三したにもかかわらず
支払いがない場合、入所者様が当施設に対してこの契約を継続しがたいほどの
背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、直ちにこのサービス
を終了させていただく場合があります。

7 サービス利用に当たっての留意事項

(1) 入所中の注意事項

- ア 入所中の必要品は最小限にし、クローゼットに収納できる範囲でおねがいします。
床に物を置くことはご遠慮ください。また、壁に物を貼ったり、釘を打ったりする事は
禁止されています。
- イ 金品の盗難、紛失には責任を負いかねますので、多額の現金や貴重品は所持
しないでください。また、入所者どうして金銭や物品の貸し借りはしないようにして
ください。
- ウ 無断で外出・外泊は禁止されています。
- エ 施設内での飲酒は禁止されています。
- オ 喫煙は施設内全て禁止されています。
- カ 空いているベットに物を置いたり、座ったりしないようにお願いします。
- キ お見舞いに飲食物をお持ちになった方は、飲食の可否をサービスステーション
にて看護師にご相談ください。

(2) 面会・お見舞い

◎毎日午前9時から午後4時までです。
◎土・日・祝日も同じ

- ・面会の際は、エレベーター横の面会者名簿にご記入ください。
- ・入所者様の状態により面会をお断りする場合がありますのでご了承ください。
- ・酒気をおびての面会はお断りします。
- ・喫煙は施設内全て禁止されています。

8 サービスの内容

当施設が入所者様に提供するサービスは以下のとおりです。

| | |
|--------|--|
| ご利用期間: | ～ |
| 内 容: | 食事 排泄 入浴、清拭 機能訓練 医療、看護 離床 着替え 整容 理美容 特別な療養室 |

○サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、入所者にわかりやすいように説明します。

○サービスの提供に用いる設備、器具等については、サービスごとに消毒したものを使用します。

9 担当の職員

入所者様を担当する指定予防短期入所療養介護職員は以下のとおりです。

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| 医師 | 今村 陽子 |
| 薬剤師 | 村木 久美 |
| 看護職員 | 夏目 昌代 含む 12.6人以上 |
| 介護職員 | 植村 みゆき・村雲 裕子 含む17.3人以上 |
| 支援相談員 | 村松 愛 含む2.0人以上 |
| リハビリ職員 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 渥美進 含む 7.5人以上 |
| 管理栄養士 | 鈴木 和代 |
| 介護支援専門員 | 太田 賢志 含む 1.5人以上 |

※常勤換算

10 非常災害対策

| | |
|-----------|---|
| 非常時の対応 | エーデルワイス自衛消防隊組織による地域防災無線設置 |
| 近隣との協力関係 | 平口自治会、十全記念病院、静岡医療科学専門学校 浜松市消防署等 |
| 平常時の防災訓練等 | 年2回以上実施 |
| 防災設備 | スプリンクラー、屋外・屋内消火栓、消火器、火災報知器 |
| 消防計画 | 消防署への届出 :平成11年9月6日 防火管理者 :木下 富弘 内容 :この計画は、消防法8条1項に基づきエーデルワイスにおける防火管理業務について必要な事項を定めて、火災、地震、その他の災害の予防、及び人命の安全並びに災害の防止を図ることを目的とする。 |

11 苦情処理

あなたは、当施設の介護保健施設サービスの提供について、いつでも苦情を申し立てる事が出来ます。あなたは、当施設に苦情を申し立てたことにより、何らかの差別待遇を受けません。

12 情報開示

入所者様はいつでも身体又はサービス提供記録等の情報について説明を申し出ることが出来ます。

苦情相談窓口 担当 支援相談員 村松 愛

電話番号 053-585-1500

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることができます。

| | | |
|-------------|------------|--------------|
| 市町村 | 浜松市役所介護保険課 | 053—457—2374 |
| | 浜名区役所長寿保険課 | 053—585—1122 |
| 国民健康保険団体連合会 | 苦情受付窓口 | 054—253—5590 |

令和 年 月 日

(施設)

指定予防短期入所療養介護の提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡県 浜松市 浜名区 平口 2405

名称 介護老人保健施設 エーデルワイス

説明者 支援相談員 村松 愛 宮野 尚 印

(入所者)

この説明書により、介護保健施設サービスに関する重要事項の説明を受けました。

住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印