

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション

ご利用案内

<令和3年9月1日>

1、施設の概要

- ・施設名称 介護老人保健施設グリーンポート恵比寿
- ・法人名 医療法人財団 宏寿会
- ・開設年月日 平成11年4月20日
- ・所在地 東京都渋谷区恵比寿3丁目36番5号
- ・電話番号 03-3444-2322
- ・FAX番号 03-3444-2388
- ・管理者氏名 施設長 片場 嘉明 (医師)
- ・介護保険指定番号 1357080658

2、施設方針

- ① 施設入所及び通所リハビリテーション（デイケア）を通して、病院・医療と在宅・介護との間の「中間施設」としての役割を担います。
- ② リハビリテーションについては、これを特に重点的に強化し、恵比寿周辺に居住する高齢者の方々の身体介護の中軸を担い、さらにはその方々の生活の基盤となる老人保健施設を目指します。
- ③ 当施設は病院や医院を併設しない「独立型」の老健であるため、周辺の多くの病院や居宅支援事業所及び公的機関などと強力なネットワークを保ち、これらと綿密な連携の上で運営します。

3、施設の基本理念

「まごころ」を尽くし、地域に根ざした質の高い介護を提供します。

- ① 施設利用者のプライバシーを守り、インフォームドコンセントの上での介護を実施するなど「人権の尊重」を最優先します。
- ② それぞれの高齢者の介護度やニーズに応じて、個別的な「おしつけでないケア」を行います。
- ③ 恵比寿周辺の医療・保健・福祉の地域統合に対し、老人保健施設として必要かつ十分な役割（入所、ショートステイ、通所リハビリテーション、急性期病院からの受け入れ、在宅復帰支援、居宅支援事業）を果たします。
- ④ 医師、介護士、看護師、理学療法士、その他職種の全職員が老人保健施設に求められる社会的使命を認識し、常に協力して利用者のケアを行うとともに業務の改善を念頭に継続的な研鑽を行っていきます。

4、施設の職員体制

(通3-2)

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1(入所兼任)		施設運営管理	1
医師		1(//)	0.5(入所兼任)	利用者の健康管理	1.5
支援相談員	社会福祉士	3(//)		入所後の各種相談	3
管理栄養士		1(//)		栄養管理	1
機能訓練指導員	理学療法士	2(//)		リハビリテーション	2
	作業療法士	2(//)		リハビリテーション	2
事務職員		3(入所兼任)		事務一般	3
	看護師	5(//)		健康管理・処置	5
	准看護師	5(//)		バイタルチェック	5
	介護福祉士	4	0.8	利用者の各種介護	2.8
	1～2級修了者	1		各種介護	2
	3級修了者				
	その他				1

5、サービスの種類

- ① 通所リハビリテーション(デイケア)(4～6時間・6～8時間)
- ② 介護予防通所リハビリテーション

6、サービス内容

- | | |
|---------------|-----------|
| ① 施設サービス計画の立案 | ② 食事 |
| ③ 口腔ケア | ④ 入浴 |
| ⑤ 介護 | ⑥ 機能訓練 |
| ⑦ 生活相談 | ⑧ 健康管理 |
| ⑨ 特別食の提供 | ⑩ 理美容サービス |
| ⑪ レクリエーション | ⑫ クラブ活動 |

7、利用料金

- ① 基本料金

別紙(通2-1)利用料金のご案内をご参照下さい。

- (2) その他の料金

- ② 教養娯楽費・嗜好品等(ご希望によりその都度の実費)

消耗教材や行事食等の特別な食事・おやつ 概ね100円/回から1,000円/回

- ③ 文書料(証明書等)

- ・ 証明書等 1通 1,650円～3,300円
- ・ 診断書等 1通 3,300円

- ④ 日用品・理美容費(ご希望により業者との契約となります)

- ・ タオル類 121円/日より
- ・ 理美容費 3,080円/回より

② 支払方法 (通3-3)

毎月、月初めに前月分のご請求をいたしますので、当月中に窓口又は銀行振込みでお支払いいただきます。

当施設窓口でのお支払いは月曜から金曜日の9時から17時までです。

※土日祝日はお支払いが出来ません。

8、利用の手続き

① 利用手続き

相談 → 介護保険証の確認 → 利用判定会議 → 利用開始

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は事前に介護支援専門員にご相談下さい。

② 終了手続き

「利用契約書」第3条及び第4条をご参照下さい。

9、施設利用に当たっての留意事項

① 緊急時の連絡先

体調の変化等、緊急の場合は別紙の連帯保証人若しくは緊急連絡先に連絡いたしますので、2名以上の連絡先をご記入下さい。また緊急連絡先に変更がある場合は速やかにご連絡下さい。緊急の場合はただちに当施設の医師、看護師、他のスタッフで必要な処置を行い病院搬送を行います。

② 介護保険証の確認

ご利用の申し込みにあたり、ご利用者の介護保険証を確認させていただきます。また有効期限が更新された場合、また介護区分が変更された場合も確認をさせていただきます。

③ 施設内の感染症の予防について

・食品の持込について

年間を通して全国的に食中毒は発生しています。弁当、生菓子等の持ち込みはご遠慮下さい。

・胸部レントゲン検査について

年に1回はレントゲン検査をしていただきその結果をご報告下さい。自治体等で検査を行っている場合がありますので、住居地の自治体にご確認下さい。

・ご利用の制限について

ご利用者が感染症を発症された場合やその恐れがある場合、止むを得ずご利用を制限することがあります。また施設内で感染症が蔓延した場合、デイケアを一時休止にする場合があります。

④ ケアプランについて

老人保健施設では3ヵ月ごと（必要な場合は随時）にケアプラン、リハビリ計画の見直しを行っております。その都度ご家族（連帯保証人）にはご確認をお願いします。

⑤ その他

・見学・・・ 10:00 ～ 15:00（月～金 但し、年末年始を除く）

・持品の持込み・貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。（現金等のお預かりはしておりません。）

・宗教活動・・・ 施設内での宗教活動は一切禁止しております。

10. サービス内容に関する相談・苦情

(通3-4)

担 当 デイケア担当支援相談員

1階受付には、意見箱も設置しています。

11. その他、個別の確認事項

--

以上、契約書及び重要事項説明書、個人情報の取り扱い、その他必要事項について担当者より説明を受け、十分理解の上同意し、契約が成立したことを証するため本契約2通を作成し、事業者及び利用者、連帯保証人の記名捺印の上各自1通を保有するものとする。

令和 年 月 日

○事業者「当施設」

住 所 〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿3丁目36番5号

電 話 03-3444-2322 FAX 03-0444-2388

事業者名 医療法人財団宏寿会 介護老人保健施設グリーンポート恵比寿

代表者名 施設長 片場 嘉明

指定番号 1357080658 印

○利用者

ご 利 用 者	ご住所	〒 ー			
		電話番号1		電話番号2	
	お名前	印		年 月 日生	
連 帯 保 証 人	ご住所	〒 ー			
		電話番号1		電話番号2	
	お名前	印		続 柄	
	勤務先等	名 称			
		電 話 番 号			