重要事項説明書 (入3-1)

施設入所ご利用案内

<令和 元年5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、介護老人保健施設の概要

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1		施設運営管理	1
医師		1	0. 5	利用者の健康管理	1.5
施設ケアマネージャー		2		入所後の各種相談	2
支援相談員	社会福祉士	3		施設利用上の相談	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		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	20		利用者の各種介護	18
1~2級修了者		5	5	各種介護	12

定員	入所 100 人 893.72 ㎡			
3階	10人 97.63㎡	食堂	3室	281.19 m ²
4階	44人378.70㎡	機能訓練室	1室	135.04 m ²
5階	30人272.97㎡	診察室	1室	19.44 m ²
6階	16人144.42㎡	相談室	1室	12.62 m ²
2階	デイ 25人120.74㎡	一般浴室	機械浴	

3、サービスの種類

○施設サービス 入所

〇在宅サービス 短期入所療養サービス、介護予防短期入所療養介護サービス

4、サービス内容

① 居室

基本的には4名の居室になります。他に個室・2人部屋がありますが別途個室料・二人部屋の費用がかかります。

② 食 事

当施設では栄養ケアマネージメントを実施しております。利用者のお体の状態に合わせた、 家庭料理に近い暖かみのある食事提供を心がけております。管理栄養士の管理のもと、利 用者の健康を守り自立を支え、生活の質の向上を図ることを目的とします。

◎朝食8時~8時50分 ◎昼食12時~12時50分 ◎夕食18時~18時50分

③ 入 浴

週に2回入浴していただいております。お体の状態に合わせて一般浴と機械浴のどちらかで入浴していただいております。体調等で入浴が出来ない場合、清拭等で対応いたします。

④ 介 護(入3-3)

施設サービス計画に沿って下記の介護を行います。

・着替え・排泄・おむつ交換・食事等の介助・体位変換・シーツ交換・施設内の移動等 の介助、付き添い等

⑤ 機能訓練

機能訓練室にて理学療法士、作業療法士による機能訓練を行います。 また短期集中リハビリレーション、認知症短期集中リハビリテーションも行っております。

⑥ 生活相談

日常に関することや介護のこと、またその他お困り事のご相談は支援相談員が承ります。

⑦ 健康管理

当施設では常勤の医師と看護師が健康管理をしています。又、万が一様態に変化があり施設での治療が困難な場合は当施設の協力病院、あるいは利用者のかかりつけ医に受診し最善な方法で対応するようになっております。

- 8 協力病院
 - ◎ 厚生中央病院 ◎ 内藤病院 ◎ 井上病院 ◎ 山下歯科医院
- 9 行事及びレクリエーション

施設では季節ごとに行事を開催しております。行事では季節に応じた行事食の提供や催し物を予定しております。また月ごとに誕生会を開催しております。

⑩ 当施設ではプロの理美容師による理美容サービスを実施しております。費用が別途かかりますので別紙料金表をご覧下さい。

5、利用料金

(1) 基本料金

別紙「(入2-1)利用料金のご案内」をご参照下さい。

- ※ 入所期間中の外出・外泊は介護保険給付の扱いに応じた料金となります。 その際は支援相談員若しくは事務員から説明をさせていただきます。
- (2) その他の料金
- ① 個室使用料
 - · 一人部屋 7,150 円/日 · 二人部屋 3,850 円/日
- 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 電気機具持込料

テレビ・ラジカセ・電気毛布・電気アンカ・パソコン等 1機種につき50円/日 (原則、電気コンセントを使用する場合)

- ④ 文書料(証明書等)
- ⑤ 証明書等 1通 1,650円~3,300円 ・診断書等 1通 3,300円
- ⑥ 日用品・衣類のリース・理美容費(ご希望により業者との契約となります)
 - タオル類と日用品のセットリース 330円/日より
 - 室内着やパジャマの衣類リース 660円/日より
 - 理美容費 3.080 円/回より

(3) 支払方法 (入3-4)

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。

6、入退所の手続き

(1) 入所手続き

相談 → 介護保険証の確認 → 入所判定会議 → 入所

- (2) 退所手続き
 - ①お客様のご都合で退所される場合 退所を希望する14日前までに申し出下さい。
 - ②自動終了 契約第8条2項に該当する場合、契約は自動終了いたします。

7、施設利用に当たっての留意事項

① 面 会

9:00 ~ 20:00 (土・日・祝祭日は 17:00 迄)

② 外出、外泊

事前に所定の用紙で申請・許可、外出・外泊の注意事項を守ってください。

⑦ 飲酒、喫煙

原則としてアルコール類の提供はおこなっておりません。施設内では喫煙が制限されます。

⑧ 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。)

9 施設外での受診

外出・外泊時の注意事項をお守り下さい。

⑩ 宗教活動

施設内での宗教活動は一切禁止しております。

⑪ 食物の持込み

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。

12 その他

別紙(入2-2)の「**ご利用にあたりご了解いただきたい事項**」をご参照下さい。

8、緊急時の対応方法

利用者に様態の変化等があった場合、契約書第12条に従い必要な措置を行います。

9、第二種福祉事業指定施設

当施設は生計困難な方に対して、無料又は低額な費用でご利用していただくことが出来きます。ご利用に際しては当施設の審査がございますので、支援相談員にご相談下さい。

10、サービス内容に関する相談・苦情

 $(\lambda 3 - 5)$

担当 計画担当介護支援専門員(施設ケアマネージャ)及び支援相談員 尚、1階受付にはご意見箱を設置しておりますのでご利用下さい。

11、その他、個別の確認事項

・電気機具の持込 無・ 有()
・ 利用者負担限度額認定制度の利用希望	有	•	無()

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

〇事業者「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

○利用者【・施設入所・短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護】 利用区分に○をして下さい。

EΠ

Ĵ.	ご住所	〒 −					
利用	,	電話番号1	電話番号2				
者	お名前		ED		年	月	日生
連っで住産	广住所	〒 −					
		電話番号1	電話番号2				
証	お名前		ED	続	柄		
人	#1247 #1- ***	名 称					
	勤務先等	電話番号					

連	ご住所	〒 −				
帯保		電話番号1	電話番号2			
証	お名前		Ер	続	柄	
人	#4 2 <i>/</i> 2 #4 ///	名 称				
	勤務先等	電話番号				
	ご住所	〒 –				
後見		電話番号1	電話番号2			
人	お名前		印	続	柄	
	勤務先等	名 称				
		電話番号				