

重要事項説明書

(2024年6月8日現在)

1. 事業所の概要

(1) 法人の概要

- | | |
|------|------------------|
| ・法人名 | 公益財団法人 積善会 |
| ・代表者 | 長谷川 剛 |
| ・所在地 | 神奈川県小田原市曾我岸148番地 |
| ・電話 | 0465-42-1630（代） |

(2) 施設の名称等

- | | |
|-----------|-----------------------|
| ・施設名 | 介護老人保健施設 リバーアイースト |
| ・開設年月日 | 2000年 3月 1日 |
| ・所在地 | 神奈川県小田原市永塚344-1 |
| ・電話番号 | 0465-42-8006 |
| ・管理者名 | 松本 正和 |
| ・介護保険指定番号 | 介護老人保健施設（1452380020号） |

(3) 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介護など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出来るようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるよう支援することを目的とした施設です。更に、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。

また、可能な限り居宅において、その有する能力に応じた日常生活ができるよう、通所リハビリテーション・短期入所療養介護を提供いたします。

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、ご理解をいただいた上でご利用下さい。

[介護老人保健施設リバーアイーストの理念]

- 質の良い在宅介護の支援に努めます。
- 心温かい在宅介護の支援に努めます。
- 信頼される在宅介護の支援に努めます。

[介護老人保健施設リバーアイーストの基本方針]

- 常に研鑽に努めます。
- 人権を尊重します。
- 誠意を持ってリハビリ、看護、介護に取り組みます。
- 地域における責務を認識し、保健、福祉活動に努めます。
- 人材の育成に努めます。
- 健全な介護保険事業の運営に努めます。

(4) 施設の職員体制（介護保健施設サービス及び短期入所療養介護）

	常勤 換算数	夜間職員 配置数	業務内容
・医師	1.0名以上		施設利用者の健康管理及び医療に適切な処置を講ずる。
・看護職員	8.5名以上	1	医師の指示を受け利用者の保健衛生並びに看護業務を行う。
・介護職員	21.5名以上	4	医師の指示を受け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	2.0名以上		利用者・家族などに相談し同業務を行う。
・介護支援専門員	1.0名以上		施設サービス計画の作成に関する業務を行う。

・理学療法士及び作業療法士	3.0名以上		医師の指示を受け利用者などに対する機能訓練業務を行う。
・薬剤師	0.3名以上		医師の指示を受け薬剤業務を行う。
・管理栄養士	1.3名以上		医師の指示を受け栄養、給食業務を行う。
・事務職員	1.0名以上		施設における庶務及び経理などの業務を行う。

(5) 入所定員等
・定員 90名 (うち認知症専門棟 46名)
・療養室 個室 30室、2人室 12室、3人室 12室

(6) 併設サービス
・(介護予防) 通所リハビリテーション 定員 38名
・(介護予防) 短期入所療養介護
・(介護予防) 訪問リハビリテーション

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画書・リハビリテーション実施計画書の立案 (この計画は、利用者に関するあらゆる職種の職員の協議によって作成されます。その際は、ご本人・扶養者の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。)
- ② 食事 (朝食 7:30 昼食 12:00 夕食 18:00 原則として食堂でおとりいただきます。)
- ③ 入浴 (週2回。お身体の状況により清拭等に変わることがあります。)
- ④ 医学的管理・看護 (介護老人保健施設は入院加療の必要がない程度の要介護者を対象としていますが、医師、看護師が常勤していますので、ご利用者の状態に照らし適切な医療・看護を行います。)
- ⑤ 介護 (施設サービス計画に基づき提供いたします。)
- ⑥ 機能訓練 (作業療法士、理学療法士による評価と機能訓練を実施するほか、施設内全ての活動が機能訓練の為のリハビリテーション効果を期待したものです)
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑨ 洗濯サービス (業者が行い料金は別途かかります。)
- ⑩ 日用品レンタル (業者が行い料金は別途かかります。)
- ⑪ 理美容サービス (業者が行い料金は別途かかります。)
- ⑫ 行政手続代行
- ⑬ その他

*これらのサービスの中には、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ので、具体的にご相談ください。

3. 利用料金

- (1) 別添料金表をご参照下さい。
- (2) 支払い方法
 - ・毎月 10日を目安に前月分の請求書を発送しますので、その月の末日までにお支払いください。
お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
 - ・お支払い方法は、原則、口座振替でお願いいたします。
手続きに2ヶ月を要します。その間は現金又は銀行振込にてお支払いをお願いいたします。
- (3) その他
 - ・外泊期間中についても、個室料（個室ご利用の方）、居住費は発生します。

4. 身体の拘束等

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、当施設の医師が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者的心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診察録に記載します。

5. 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います。

- ・協力医療機関

- ・名称 公益財団法人積善会 曽我病院
- ・住所 神奈川県小田原市曾我岸148番地
- ・電話 0465-42-1630

6. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族連絡等必要な措置を講ずると共に、事故発生の原因、再発防止の検討を行います。

7. 緊急時の対応

体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせ事項を踏まえ、当事業所の判断により、適切な医療機関の診察を受けていただきます。

8. 秘密の保持

当施設とその職員は、業務上知り得た利用者若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、必要に応じて市町村、他介護保険サービス事業者、医療機関等へ情報を提供する場合には、当施設は、利用者から予め同意を得た上で行うこととします。

9. 相談窓口・苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応させていただきます。

(1) 当施設の担当・・・支援相談員または苦情解決責任者（受付時間8：30～17：00）

電話：0465-42-8006

ご意見箱（施設内受付横に設置）

(2) 市・町の担当

小田原の方	小田原市高齢介護課（受付時間8：30～17：15） 小田原市萩窪300 電話：0465-33-1827
南足柄の方	南足柄市高齢介護課（受付時間8：30～17：15） 南足柄市関本440 電話：0465-73-8057

その他の地域の方・・・ 市町村 担当課（係）_____

所在地 _____

電話番号 _____

(3) 神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）

所在地：横浜市西区楠町27-1 電話：0570-022-110

10. 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会は、午前8時30分から午後7時までです。施設への届け出をお願いします。
- ・外出又は外泊をされる方は、施設への届け出をお願いします。
- ・飲酒につきましては、ご遠慮下さい。
- ・館内は敷地内を含め全面禁煙です。
- ・火気の使用は、施設内禁止です。
- ・ナイフやハサミ等、刃物、危険物の持ち込みは禁止です。
- ・その他、備品等の持ち込みは、事前にご相談下さい。
- ・金銭、貴重品の管理は、施設ではできかねます。必要最小限にして下さい。

- ・外出、外泊等で施設外のその他医療機関の受診につきましては、事前にご相談下さい。
- ・ペットの入館はできません。
- ・施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反し、ご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
- ・看護師、介護福祉士等養成校の実習にて、学生が受持を担当する場合があります。
- ・入所者の状態に応じて、またはターミナルケア（お看取りまでのお手伝い）の対象者がお出た場合には、お部屋の変更をお願いすることがあります。
- ・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。

11. 職員の研修

当施設では、職員の資質向上のため、その研修の機会を確保します。
また、定期的に施設内研修の場を設け、職員全体の意思の統一に努めます。

12. 衛生管理

入所者の利用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水については、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療器具の管理を定期制に行います。
施設で感染症が発生し又は蔓延しないように必要な措置を講じます。

13. 非常災害対策

- ・防災設備　　スプリンクラー、消火器、消火栓を整備しています。
- ・防災訓練　　年2回実施。併設の曾我病院と合同にて実施します。

14. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますのでご請求ください。

【 説明確認欄 】

_____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の重要事項を説明しました。

事業者 所在地 小田原市永塚344-1
事業所名 介護老人保健施設リバーアイースト

説明者

上記の説明を受け、同意し交付を受けました。

利用者 住 所

氏 名

代理人

住 所

氏 名 (続柄)