

# 重要事項説明書

<都筑シニアセンターのご案内：入所>

## 【1】施設の概要

### (1) 施設の概要

施設名	医療法人社団 横浜育明会 介護老人保健施設 都筑シニアセンター
開設年月日	平成13年4月1日
所在地	神奈川県横浜市都筑区東山田町1357
電話番号	045-595-0021
管理者	曾田 博道 (医師)
理事長	佐原 幹夫
介護保険指定番号	1453880002

### (2) 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のお世話などの介護保険サービスを提供することで、ご利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援することを目的とした施設です。さらに、家庭復帰の場合には、療養環境の調整等の退所に伴う支援も行いますので安心してご利用いただけます。この目的に沿って、当施設では、以下のように運営の方針を定めています。

<運営方針> 『可能性の追求』

可能性は、何も若い人たちだけの特権ではありません。

障害があるからこそ、高齢であるからこそ、可能性を

追求するべきだと考えています。

### (3) 施設の職員の職種・員数

管理者兼医師	1名	介護職員	56名
医師	0.63名	支援相談員	2.5名
看護職員	15.7名	管理栄養士	1名
理学療法士・作業療法士	3名	薬剤師	0.54名
言語聴覚士	0.2名	歯科衛生士	0.2名
介護支援専門員	2名	事務員他	12名

(4) 入所定員

定員	163名<内、認知症専門棟 41名>
療養室	個室7室 2人室12室 4人室33室

**【2】サービス内容**

(1) 施設サービス計画の立案

施設サービスを提供するにあたっては、職員の協議によって「施設サービス計画」を作成し、それに基づいて介護サービスを提供いたします。その際、ご本人、契約者の希望を充分に取り入れ、又、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) 医療・看護

医師・看護職員により、適切な医療看護サービスを行います。

(3) 介護

施設サービス計画に基づきサービスを行います。

(4) 機能訓練<リハビリテーション>

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内における生活全般が機能訓練「生活リハビリ」という理念のもとサービスを行います。

(5) 食事

時間：朝食8：00 昼食12：00 夕食18：00

食事開始時間については、上記の時間～30分まで対応をいたします。ご相談ください

場所：各フロアの食堂で召し上がっていただきます。ご希望により居室等での対応もいたします。

主菜について：ご飯、パン、お粥の選択が可能です。

(6) 入浴

週に最低2回ご利用いただけます。但しご利用者の身体状況に応じて清拭となることがあります。

(7) 理美容

月に3回出張で外部スタッフがまいります。<実費を頂戴いたします。>

(8) 行政手続き代行

認定申請・区分変更等介護保険に関する諸手続きや行政手続きなどに関する代行業務を行います。

(9) 生活相談

支援相談員が、療養上の悩みについての相談や、介護保険その他の法令に則った制度についてのご相談などに応じます。

(10) 他施設の紹介

当施設での対応が困難な状態になったり、専門的な対応が必要になった場合には、他の医療機関、施設等をご紹介します。

### 【3】利用料金

- (1) 負担額については、別紙（巻末）【入所利用料金表】をご参照ください。
- (2) 支払方法 銀行口座引落としとさせていただきます。（手数料は施設負担。）
  - ご利用代金の締め日 毎月月末
  - 請求書発行 翌月15日前後に請求書を郵送いたします。
  - 引落日 毎月28日（28日が土日祝日の場合は、翌日）

※やむを得ず銀行振り込みにてお支払いの場合、振込み手数料はご負担下さい。

### 【4】協力医療機関

山本記念病院	横浜市都筑区東山田町1552	電話：045-593-2211
湘南泉病院	横浜市泉区新橋町1784	電話：045-812-2288
小泉歯科	横浜市都筑区東山田4-29-18	電話：045-591-1131

### 【5】ご入所期間

入所期間は、概ね3ヵ月毎に継続判定会議にて、ご本人様の様子、ご家族の事情などを考慮し入所継続の可否を判定いたします。

### 【6】入所中の医学管理に関して

- (1) 主治医と面談  
入所後の健康管理、病歴、服薬確認の為に、入所当日に主治医と面談をしていただきます。個人カルテを作成し、必要に応じて検査を実施いたします。
- (2) 入所後の服薬管理  
入所中のお薬は主治医の判断により施設から処方いたしますので、必要最小限に限らせていただき、以前のお薬と変更になる場合、投薬量が変わる場合があります。入所中に他院からのお薬の処方をご希望の場合は必ずご相談下さい。
- (3) 入所後の疾病管理  
介護老人保健施設では、入院治療が必要のない範囲の治療や、日常的な医学的な対応（処置、投薬等医療管理）が包括されています。当施設に於いても、この範疇で入所中の疾病管理をさせていただきます。ただし、後述の他科受診のように自施設で適切な医療を提供することが困難な場合、つまり都筑シニアセンター内での診察では対応できない場合（例えばレントゲン撮影等を併設のクリニックで行う場合など）は、医療保険適応となります。
- (4) 他医療機関の受診（他科受診）  
前述のように自施設で適切な医療を提供することが困難と主治医が判断した場合、他の医療機関を受診（往診、通院）していただきます。また、それ以外に受診を希望される場合は必ず事前にご相談下さい。
  - ① 医療受給者証に別様式の文書を添えて、他医療機関を受診いただきます。
  - ② 他医療機関には、介護老人保健施設入所者であることを確認してもらった上で診療を依頼します。
  - ③ 入所者の診療後、他医療機関より介護老人保健施設の医師に対して、療養上必要な情報の提供を受けます。他医療機関への受診については、ご家族様に対応していただきます。但し、緊急時や、やむをえない理由でご家族の対応が困難な場合は、当施設スタッフが適切に受診できるよう対応いたします。

## 【7】緊急時の対応

- (1) 当施設は、ご利用者に対し、施設医師の医学的判断により対応が必要と認める場合協力医療機関又はその他の医療機関及び協力歯科医療機関での診察を依頼することがあります。
- (2) 当施設は、ご利用者に対し、当施設における介護保険サービスでの対応が困難な状態又は専門的な医学的対応を必要と判断した場合、他の専門的医療機関を紹介し診療を依頼します。
- (3) 前2項の他、入所利用中にご利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、契約者及び契約者が指定する者に対し、速やかに連絡します。

## 【8】事故発生時の対応

- (1) 当施設は、万が一施設内で事故が発生した場合は、マニュアルに則りご利用者に対し速やかに必要な措置を講じます。また、担当部署責任者に連絡をし、その責任者は施設責任者に報告を行うと同時に関係各部門と適切な対応を図るものとします。
- (2) 施設医師が医学的判断により、より専門的な対応が必要と判断した場合は、協力医療機関又はその他の医療機関及び協力歯科医療機関での診察を依頼することがあります。
- (3) 前2項のほか、当施設は契約者及び契約者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに報告します。

## 【9】非常災害対策

- ・防災設備 自動火災報知器、非常通報設備、スプリンクラー、消火栓非常避難器具
- ・防災訓練 年2回

## 【10】禁止事項

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、一切の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動等は禁止します。

## 【11】外出・外泊

外出・外泊についてはできるかぎり事前にお申し出ください。

また、行事（お花見等）の場合は付き添いをお願いする場合があります。

## 【12】サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 苦情が発生した場合は速やかに『苦情対応会議』を開催し、対応を協議し適切な措置を講じます。
- (2) 苦情申立者には施設として文書又は口頭により対応についての説明を行います。
- (3) 施設内 相談・苦情担当 電話：045-595-0021

- 支援相談員 岩澤 信吾
- ケア統括部長 鶴田 武志
- 管理統括部長 石井 雅子

(4) 施設外 相談・苦情担当

●横浜市福祉局福祉部高齢施設課

電話：045-671-4117

●神奈川県国民健康保険団体連合会

電話：045-329-3447

2018年 4月 1日修正

2018年 8月 1日修正

2019年10月 1日修正

2019年12月 1日修正

2021年 4月 1日修正

2021年 8月 1日修正

2022年11月 1日修正

2023年 8月 1日修正

2024年 4月 1日修正

介護老人保健施設サービスのサービス提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者（住所）〒224 - 0024 横浜市都筑区東山田町1357

（名称） 介護老人保健施設 都筑シニアセンター

（説明者） \_\_\_\_\_ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設サービスの内容及び重要事項の説明を受け同意し、交付を受けました。

年 月 日

利用者（住所） \_\_\_\_\_

（氏名） \_\_\_\_\_ 印

（代理人または立会人等）

（住所） \_\_\_\_\_

（氏名） \_\_\_\_\_ 印