

介護保健施設サービス（入所） 重要事項説明書

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。
尚、介護保険証の内容に変更があった時は、速やかに1F事務所にお知らせ下さい。

2. 施設サービス計画

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭での生活が可能な状態になるのかという「施設サービス計画」に基づいて提供されます。この計画は、ご利用者に関わる複数の専門職の協議によって作成されます。その際、本人・身元引受人の希望を十分に取り入れ、計画の内容については同意を頂くことになります。

（1）医療

介護老人保健施設は治療・加療の必要のない程度の要介護者を対象としています。
ご利用者の状態によって、常勤の医師・看護師が対応させて頂いておりますが、入所利用約款第10条により、専門の医療機関に依頼する場合があります。

又、ご利用者・ご家族が他の医療機関の受診を希望される場合については、事前にご相談頂いた上で、当施設医師の判断による受診をお願いしております。内服薬については現症状に対して必要不可欠なものに限る事をご同意下さい。

（2）歯科診療

当施設では、訪問歯科診療も行っております。歯科診療に伴う費用は、利用料請求書に含まれてお支払い頂きます。

（3）介護

「施設サービス計画」に基づき実施します。症状が安定している方には、日常生活援助その他、体温測定、血圧測定、爪切り、口腔ケア、耳垢除去、軽微な切り傷・擦り傷・火傷等の手当・処置を行います。又、必要に応じて医師・看護師の指導下で医薬品使用の介助、パルスメーター（動脈血酸素飽和度測定）装着、人工肛門排泄物処理、自己導尿補助、浣腸等を行います。

（4）機能訓練

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内での全ての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

（5）栄養管理指導

管理栄養士による栄養管理と栄養マネジメントを行います。又、医師の指導により必要に応じて療養食を提供します。

※糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食、検査食

介護老人保健施設ファミリート日の出のご案内

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施 設 名	介護老人保健施設 ファミリート日の出
開 設 年 月 日	平成22年2月1日
所 在 地	東京都西多摩郡日の出町平井351-1
電 話 番 号	042-597-5711
F A X 番 号	042-597-5712
管 理 者 名	大井 聖至
事 業 者 番 号	介護老人保健施設（1352480022号）

(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、医学的管理の下での看護、介護の機能訓練、その他必要な医療と日常生活上の支援などの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。

又、ご利用者が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーション等といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。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、ご理解頂いた上でご利用下さいますようお願い致します。

(3) 介護老人保健施設ファミリート日の出の運営方針

“ 私たちはご利用者とご家族の笑顔ある生活を応援します。”

(4) 施設の職員体制

職 種	常 勤	入 所	通 所	業 務 内 容
医 師	1	1 (兼任)		施設長・健康管理及び医療処置
薬 剤 師	1	1 (兼任)		投薬管理業務
看 護 職 員	10	9	1	健康衛生管理及び看護業務
介 護 職 員	29	25	4	日常生活全般にわたる介護業務
理 学 療 法 士 作 業 療 法 士 言 語 聴 覚 士	3	2	1	機能訓練業務
介護支援相談員	3	2	1	利用者・家族等との相談援助業務
介護支援専門員	1	1		施設サービス計画作成
管 理 栄 養 士	1	1 (兼任)		栄養・給食業務の管理
事 務 員	4	4 (兼任)		一般事務・入退所受付

(5) 入所定員等 ・定員 100名 (うち認知症棟 50名)

(6) 通所定員 ・定員 40名

2. サービス内容

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活して頂けるよう、常にご利用者の立場に立って運営していきます。

- (1) 療養室： 個室A 2室 個室B 4室
 その他の個室 6室 4人室 22室
※個室A・Bのご利用の際は、居住費の他に特別室利用料を頂きます。

- (2) 食 事： 朝 食…………… 7時30分 ～ 8時30分
 ティータイム………… 10時00分 ～ 10時30分
 昼 食…………… 12時00分 ～ 13時00分
 おやつ…………… 15時00分 ～ 15時30分
 夕 食…………… 18時00分 ～ 19時00分

※食事は原則として食堂でお召し上がり頂きます。

- (3) 入 浴： ご利用者は、週に最低2回ご利用頂けます。但し、ご利用者の身体状況に応じて清拭となる場合があります。一般浴槽のほか、入浴で介助を要するご利用者には、機械浴槽で対応致します。

- (4) 医学的管理・看護

- (5) 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）

- (6) 栄養管理・栄養マネジメント・療養食提供

- (7) 相談援助サービス

- (8) 理美容： 週1回（火曜日）に利用料立替で理美容サービスを実施します。

- (9) その他

※これらのサービスの中には、ご利用者の方から基本料金とは別に料金を頂くものもありますので、具体的にご相談下さい。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力を頂き、ご利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をしています。

①	名 称	医療法人社団崎陽会 日の出ヶ丘病院	
	所 在 地	東京都西多摩郡日の出町大久野310	☎042-597-0811
②	名 称	公立阿伎留医療センター	
	所 在 地	東京都あきる野市引田78番地	☎042-558-0321
③	名 称	医療法人社団 大聖病院	
	所 在 地	東京都福生市福生871番地	☎042-551-1311
④	名 称	医療法人社団竹の郷 伊奈たけのこ歯科医院	
	所 在 地	東京都あきる野市伊奈1141-1	☎042-588-5237

4. 施設利用にあたっての留意事項

- (1) 面 会…………… 午前 10 時～午後 6 時 <毎日ご面会できます>

※感染症防止対策として、面会を制限する場合があります。

※受付にて面会簿の記入と体温の計測、マスクの着用、手指消毒または十分な手洗いをお願いします。

また、感染症の蔓延を防ぐ観点から、飲食物の持込みを一部又は全面禁止にする場合があります。

飲食物の持ち込みについて

- ①衛生面に充分注意し、食べきれる量だけにして残りはお持ち帰りください。
- ②他ご利用者へのお裾分けはご遠慮ください。食事制限のある方もいらっしゃいます。
- ③召し上がられた飲食物の内容をフロア職員にお知らせ下さい。

- (2) 外出・外泊…………… 外出・外泊の際には、ご家族が 3 日前までに届け出てください。
申請用紙には行き先と出発時間・到着時間（夕方 17 時までにはお帰りください）を記入して、当日は必ず 1F 事務所に声をかけて下さい。
- (3) 私物持ち込み…………… 持参される物には全て氏名を記入して下さい。追加で持参された物については、フロア職員にお知らせ下さい。
刃物類の持ち込みは禁止とします。
- (4) 金銭・貴重品の管理… 原則的には利用者の自己管理とします。
- (5) 私物洗濯…………… 原則として家族洗濯をお願いします。状況により業者委託のご利用も可能です。
- (6) 機関紙発行…………… 不定期ですが発行しております。ご利用者の皆様に了解を頂いた上で記事・写真を掲載致します。

5. 非常災害対策

- (1) 防災設備…………… スプリンクラー、消火器、消火栓、非常放送設備、
自動火災報知設備 火災通報設備（有人）、誘導灯
- (2) 防災訓練…………… 1 回／月
- (3) 避難訓練…………… 2 回／年

6. 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頂くために、ご利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

7. 要望および苦情等の相談

※入所契約書に準ずる。

8. ハラスメント対策

介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する当施設の責務を踏まえ、適切なハラスメント対策を行います。

ハラスメントに対する相談窓口：ファミリータイムの出/ハラスメント担当相談窓口

※入所契約書-第5条-に基づき、当施設からの入所利用を解除することができます。

9. 研修生受け入れ

当施設は、福祉専門学校等の実習を積極的に受け入れ、地域社会への貢献を行っております。実習の際にはプライバシーの保護及び安全第一に留意しております。

重要事項説明書の確認

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、「介護老人保健施設ファミリート日の出」の介護保健施設サービスの内容及び重要事項の説明をさせていただきました。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、身元引受人、当施設が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

事業所 東京都西多摩郡日の出町平井 351-1
医療法人互生会
介護老人保健施設ファミリート日の出

施設長 大 井 聖 至

説明者 ファミリート日の出／支援相談員

氏 名 _____

私は、介護保健施設サービスの重要事項説明書に基づいて、「介護老人保健施設ファミリート日の出」の介護保健施設サービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

身元引受人 （利用者との続柄 _____）

代筆した理由（ _____）

住 所 _____

氏 名 _____