

# 介護老人保健施設 三方原ベテルホーム

## 「介護保健施設サービス」重要事項説明書

(2025 年 4 月 1 日)

当施設の提供する介護保健施設サービス（入所利用）について、施設の概要、提供されるサービスの内容など、利用上ご注意いただきたい事項を次の通りご説明します。

### 1. 事業者

|               |                                            |
|---------------|--------------------------------------------|
| 事業者の名称        | 社会福祉法人 聖隷福祉事業団                             |
| 法人所在地         | 静岡県浜松市中央区元城町 218 番地 26                     |
| 法人種別          | 社会福祉法人                                     |
| 代表者氏名         | 理事長 青木 善治                                  |
| 電話番号<br>F A X | 電 話 (053) 413-3300<br>F A X (053) 413-3314 |
| ホームページアドレス    | http://www.seirei.or.jp/hq/                |

### 2. ご利用施設

|               |                                            |
|---------------|--------------------------------------------|
| 施設の名称         | 介護老人保健施設 三方原ベテルホーム                         |
| 施設の所在地        | 静岡県浜松市浜名区細江町中川 7421 番地の 1                  |
| 管理者名          | 所長 松島 秀樹                                   |
| 電話番号<br>F A X | 電 話 (053) 436-6600<br>F A X (053) 439-0055 |
| メール・アドレス      | beteru-mk@sis.seirei.or.jp                 |

### 3. ご利用施設で実施している事業

| 事業の種類                           | 事業所指定年月日        | 指定番号         | 利用定数                                                      |
|---------------------------------|-----------------|--------------|-----------------------------------------------------------|
| 【施設サービス】<br>介護老人保健施設            | 平成 12 年 4 月 1 日 | 2258180021 号 | 150 人<br>介護老人保健施設定員に<br>短期入所療養介護及び<br>介護予防短期入所<br>療養介護を含む |
| 【居宅サービス】<br>短期入所療養介護            | 平成 12 年 4 月 1 日 | 2258180021 号 |                                                           |
| 【居宅サービス】<br>介護予防<br>短期入所療養介護    | 平成 18 年 4 月 1 日 | 2258180021 号 |                                                           |
| 【居宅サービス】<br>通所リハビリテーション         | 平成 12 年 4 月 1 日 | 2258180021 号 | 50 人<br>通所リハビリテーション定員に<br>介護予防通所リハビリテーション<br>を含む          |
| 【居宅サービス】<br>介護予防<br>通所リハビリテーション | 平成 18 年 4 月 1 日 | 2258180021 号 |                                                           |
| 【居宅サービス】<br>訪問リハビリテーション         | 令和 2 年 4 月 1 日  | 2258180021 号 |                                                           |
| 【居宅サービス】<br>介護予防<br>訪問リハビリテーション | 令和 2 年 4 月 1 日  | 2258180021 号 |                                                           |

#### 4. 施設の目的と運営方針

|      |                                                                                                             |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目的   | 介護老人保健施設は、介護保険法令の趣旨に従って、ご利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービスを提供します。 |
| 運営方針 | ご利用者の有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要とされる医療並びに日常生活上の世話をを行います。 |

#### 5. 施設の概要

|           |                                                |
|-----------|------------------------------------------------|
| 敷地面積      | 6441.81 m <sup>2</sup>                         |
| 建物延床面積・構造 | 5282.89 m <sup>2</sup> ・鉄筋コンクリート造 地上4階建て（耐火建築） |
| 利用定員      | 150人（短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護含む）                 |

##### ①療養室

| 療養室の種類     | 室数  | 面積                    | 1人あたりの面積             |
|------------|-----|-----------------------|----------------------|
| 従来型個室（1床室） | 18室 | 286.62 m <sup>2</sup> | 15.92 m <sup>2</sup> |
| 多床室（2床室）   | 18室 | 288.66 m <sup>2</sup> | 8.02 m <sup>2</sup>  |
| 多床室（4床室）   | 24室 | 780.36 m <sup>2</sup> | 8.12 m <sup>2</sup>  |

##### ②主な設備

| 設備の種類 | 室数 | 面積                    | 1人あたりの面積            |
|-------|----|-----------------------|---------------------|
| 食堂    | 3室 | 407.28 m <sup>2</sup> | 2.71 m <sup>2</sup> |
| 機能訓練室 | 1室 | 257.56 m <sup>2</sup> |                     |
| 浴室    | 3室 | 202.34 m <sup>2</sup> | （特殊浴槽 3台）           |

#### 6. 職員の配置状況（主たる職員）

| 職種                    | 配置基準数<br>（定員に対する） | 職員数<br>（R3.4.1現在） | 備考      |
|-----------------------|-------------------|-------------------|---------|
| 管理者                   | 1                 | 1                 | 医師が兼務   |
| 医師                    | 1.5               | 1.5               |         |
| 薬剤師                   | 0.5               | 0.5               |         |
| 看護職員                  | 14                | 13                |         |
| 介護職員                  | 36                | 45.1              |         |
| 支援相談員                 | 2                 | 4.5               |         |
| 理学療法士、作業療法士、<br>言語聴覚士 | 1.5               | 10                |         |
| 管理栄養士、栄養士             | 1                 | 1                 |         |
| 介護支援専門員               | 2（再掲）             | 3（再掲）             | 介護職員が兼務 |

職員数は法令基準を下回らないものとする。

## 7. 職員の勤務体制（主たる職員）

| 職種                | 勤務体制                                                                  |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 管理者（医師）           | 日勤（8：30～17：00）                                                        |
| 看護職員、介護職員         | 早番（7：00～15：30）<br>日勤（8：45～17：15）<br>遅番（12：00～20：30）<br>夜勤（16：45～9：00） |
| 支援相談員             | 日勤（8：30～17：00）                                                        |
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | 日勤（8：30～17：00）                                                        |
| 管理栄養士、栄養士         | 日勤（8：30～17：00）                                                        |

## 8. 施設サービスの概要

| 項目                          | 内容                                                                                                                                                            |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 排泄                          | ・ご利用者の状態に合わせた排泄援助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                                                                                                |
| 入浴                          | ・ご利用者の状態に合わせて入浴又は清拭を週2回以上行います。                                                                                                                                |
| 離床、整容等                      | ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮し、整容も実施します。                                                                                                                              |
| リハビリテーション                   | ・理学療法士・作業療法士などの指導の下、ご利用者の心身等の状況に応じたリハビリテーションを行い、日常生活を送るのに必要な機能の回復及び心身機能の低下を防止するよう努めます。                                                                        |
| 健康管理                        | ・医師と看護職員により、ご利用者の健康管理に努めます。<br>・緊急時など必要な場合には、協力医療機関等に引継ぎをします。                                                                                                 |
| 相談及び援助                      | ・ご利用者及びご家族からのご相談に誠意をもって応じ、可能な限り援助を行うよう努めます。また、要介護認定更新についても必要な援助を行います。                                                                                         |
| 社会生活上の便宜                    | ・必要な教養娯楽設備を整えると共に、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。                                                                                                      |
| 食事<br>※食材料費・調理費の相当額は保険給付対象外 | ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養管理と栄養ケア・マネジメントを行い、ご利用者の身体状況及び嗜好に配慮した食事を提供します。<br>・食事はできるだけ離床して、食堂で食べていただけるよう配慮します。<br>・食事提供時間は原則として次の通りです。<br>朝食 7：30～、昼食 12：00～、夕食 17：30～ |
| 理美容<br>※保険給付対象外             | ・理美容の出張サービスをご利用いただけます。<br>ご予約及びお支払いについては、理美容業者と直接契約となります。<br>業 者 名：エリート（松本）<br>電話番号：(053) 438-1535                                                            |
| 私物洗濯物<br>※保険給付対象外           | ・私物洗濯物を業者委託希望される場合は下記の業者と直接契約となります。<br>業 者 名：東洋リネンサプライ株式会社<br>住 所：静岡県浜松市中央区湖東町 5777-2<br>電話番号：(053) 430-2211                                                  |

## 9. 利用料（ご利用者の自己負担額）

### ①利用料金の一部が介護保険から給付されるサービス

重要事項説明書別紙の「サービス利用料金表」①②に基づき、ご契約者の要介護度に応じたサービスの費用から介護保険給付額を差し引いた金額（自己負担額分）をお支払いいただきます。

### ②利用料金の全額をご利用者に負担していただくサービス

重要事項説明書別紙の「サービス利用料金表」③④に基づき、所定のサービスの費用（自己負担額分）をお支払いいただきます。

## 10. 施設減免制度

| 相談窓口 | 内容                                |
|------|-----------------------------------|
| 相談室  | 三方原ベテルホームの減免規程に基づき、「利用料」の減免を行います。 |

## 11. 苦情申し出先

| 申し出先                  | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設の<br>苦情<br>受付窓口    | ○相談室<br>苦情受付担当者：藤井 明子（支援相談員）<br>申立て方法：①面接<br>②電話・FAX 電話：(053)436-1165 FAX：(053)439-0055<br>③投書箱への投書（1階エレベーター前に設置しています）<br>④e-mail：beteru-mk@sis.seirei.or.jp<br>受付時間：月曜日～金曜日（祝祭日を除く）8：30～17：00                                                                                                                                                 |
| 第三者委員による<br>苦情の受付     | ○第三者委員<br>社会福祉法人 十字の園 浜松十字の園<br>施設長 鶴見俊輔<br>電話 053-436-9535 FAX 053-437-1352<br>○第三者委員<br>一般財団法人 日本老人福祉財団 浜松ゆうゆうの里<br>施設長 高橋 徹<br>電話 053-439-2711 FAX 053-438-1352                                                                                                                                                                             |
| 行政機関<br>その他<br>苦情受付機関 | ○静岡県国民健康保険団体連合会<br>電話：(054)253-5590<br>○浜松市役所（本庁）健康福祉部介護保険課 指導第一グループ<br>電話：(053)457-2875<br>○浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 中央区役所内<br>電話：(053)457-2324<br>○浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 東行政センター内<br>電話：(053)424-0184<br>○浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 西行政センター内<br>電話：(053)597-1119<br>○浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 南行政センター内<br>電話：(053)425-1572<br>○浜松市浜名福祉事業所 長寿保険課 浜名区役所内<br>電話：(053)585-1122 |

|  |                                                                                                |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | ○浜松市浜名福祉事業所 長寿保険課 北行政センター内<br>電話：(053)523-2863<br>○浜松市天竜福祉事業所 長寿保険課 天竜区役所内<br>電話：(053)922-0065 |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 12. 協力医療機関

|      |                                                                                                                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名 称  | 総合病院 聖隷三方原病院 (934 床)                                                                                                             |
| 所在地  | 静岡県浜松市中央区三方原町 3453                                                                                                               |
| 電話番号 | (053)436-1251                                                                                                                    |
| 診療科  | 総合診療内科、内分泌代謝科、腎臓内科、神経内科、脳卒中科、循環器科、消化器センター、呼吸器センター、外科、脳神経外科、脳血管内外科、整形外科、リハビリテーション科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、精神科、麻酔科、救命救急センター など |

## 13. 協力歯科医療機関

|      |                    |
|------|--------------------|
| 名 称  | 総合病院 聖隷三方原病院 歯科    |
| 所在地  | 静岡県浜松市中央区三方原町 3453 |
| 電話番号 | (053)436-1251      |

## 14. 非常災害時の対応

|               |                                                                                                    |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 非常時の対応        | ・別途定める「介護老人保健施設 三方原ベテルホーム 消防計画」に則り、対応を行います。                                                        |
| 近隣との協力関係      | ・聖隷福祉事業団自主防災隊と協力体制を取っています。                                                                         |
| 非常時の訓練        | ・年間 2 回以上の防火教育及び基本訓練(消火・通報・避難)を実施します。<br>・年間 1 回以上の総合避難訓練を実施します。その他、夜間連絡網訓練、炊き出し訓練、搬送訓練などを適宜実施します。 |
| 備えている<br>防災設備 | ・自動火災報知設備、防排煙設備、ガス漏れ警報設備、非常放送設備、非常(火災)通報設備、誘導灯、非難器具設備(すべり台)、消火器、非常用自家発電設備、簡易自動消火設備、スプリンクラー設備 など    |
| 防火管理者         | ・事務長                                                                                               |

## 15. 留意事項

|             |                                                                       |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会       | ・面会時間は特に定めておりませんが、夜間(就寝)時は他のご利用者の迷惑にならないようご配慮ください。                    |
| 外出・外泊       | ・外出・外泊の際は、事前に行き先・帰宅時間等を職員に申出てください。                                    |
| 医療機関への受診    | ・入所中の医療機関への受診については、管理者(医師)の許可を必要とします。事前にご相談ください。                      |
| 施設設備・器具のご利用 | ・施設の設備・器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。    |
| 飲酒・喫煙       | ・職員の許可なく飲酒はできません。<br>・敷地内は禁煙になりますので、ご注意ください。                          |
| 迷惑行為等       | ・他のご利用者に対し迷惑を及ぼすような行為、宗教活動、政治活動、営利活動などはご遠慮ください。                       |
| 金銭・貴重品の管理   | ・金銭及び貴重品の管理(お預かり)は、原則として、いたしません。<br>・紛失時の責任についても当施設では負いかねますのでご注意ください。 |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 持ち込みの制限         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ペットや危険物の持ち込みはご遠慮ください。</li> <li>・ 食事は特段の事由がない限り施設の提供するものを摂っていただきますが、お持ち込みになる場合、施設の管理（保管）責任は負いかねますのでご注意ください。</li> </ul>                                                                                    |
| 身元引受人への<br>依頼事項 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当施設は原則としてご利用者に対し身元引受人を立てることを求めます。</li> <li>・ 身元引受人にご協力をお願いする主な事項は次のとおりです。 <ul style="list-style-type: none"> <li>①ご利用者が疾病等により医療機関に受診・入院する場合の諸手続き。</li> <li>②ご利用の解除または終了する場合の諸手続き。</li> </ul> </li> </ul> |
| 謄写の費用           | ・ 記録書類等の謄写については、11 円／枚の実費をいただきます。                                                                                                                                                                                                                 |

以上、介護保健施設サービスの提供にあたり、本書面並びにサービス料金表に基づき重要事項のご説明をいたしました。

年 月 日

介護老人保健施設 三方原ベテルホーム

説明者 \_\_\_\_\_ ㊞ \_\_\_\_\_

私は、事業者からの重要事項並びにサービス料金について説明を受け、介護老人保健施設サービスの提供を受けること並びに料金支払いについて同意しました。

年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(代筆者) \_\_\_\_\_ ㊞ \_\_\_\_\_(続柄)