（指定介護老人保健施設）

浦安せいれいの里

介護老人保健施設　浦安ベテルホーム

（多床室）（ユニット型個室）

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（千葉県指定　　第　1251980019 号）

社会福祉法人 聖隷福祉事業団

1. 施設の設置・運営法人

（1）法　　人　　名　　社会福祉法人　聖隷福祉事業団

（2）法 人 所 在 地　　静岡県浜松市中央区元城町 218 番地 26

（3）連　　絡　　先　　電話番号　　053－413－3300（代表）

F　A　X　　053－413－3314

ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ　https://www.seirei.or.jp/hq/

（4）代　　表　　者　　理事長　　青木　善治

2. 施設の概要

（1）事業所の種類　　指定介護老人保健施設

（2）事業所の名称　　介護老人保健施設　　浦安ベテルホーム（多床室）

平成18年4月1日指定(千葉県指定　第 1251980019 号)

介護老人保健施設　浦安ベテルホーム（ユニット型個室）

平成24年3月28日指定(千葉県指定　第 1251980019 号)

（3）事業所の目的　　指定介護老人保健施設は介護保険法令にしたがい、ご契約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支援するとともに、ご契約者の居宅生活の維持を目的として、日常生活に必要な共用施設等を利用し、サービスを提供します。

（4）建 物 の 構 造　　鉄筋コンクリート造　地下1階・地上5階建

（5）延 べ 床 面 積　　3456.28 ㎡

（6）併 設 事 業 （定員/千葉県知事の事業者指定番号）

○介護老人福祉施設（74 名/第 1273200681 号）

○短期入所生活介護（定員に含む/第 1273200681 号）

○短期入所療養介護（従来型）（定員に含む/第 1251980019 号）

○短期入所療養介護（ユニット型）（定員に含む/第 1251980019 号）

○介護予防・短期入所療養介護（定員に含む/第 1251980019 号）

○介護予防・通所リハビリテーション（45名/第 1251980019 号）

○介護予防・訪問リハビリテーション（第 1251980019 号）

○居宅介護支援事業（第　1273200830 号）

○介護予防支援事業（第　1203200033）

○特定相談支援事業（第　1231900166 号）

○障害児相談支援事業（第　1271900167 号）

○短期入所事業（第　1211900533 号）

○短期入所事業（第　1211900558 号）

(7)所　在　地　　千葉県浦安市高洲九丁目3番2号
(8)連　絡　先　　電話番号　047－700－6600(代表)
　　F　A　X　047－700－6665
(9)施 設 長 名　　(医　師) 大作　昌義
(10)運 営 方 針
・それまで大切にしてきた“暮らし”が続けられるよう支援します。
・家族・友人、地域・社会との“つながり”が保てるよう支援します。
・一人ひとりの意思・人格を尊重し“その人らしさ”が実現できるよう支援します。
(11) 開設年月日　　多床室　平成18年4月1日
　　ユニット型個室　平成24年3月28日
(12)利 用 定 員　　多床室　56名 (短期入所療養介護床含む)
　　ユニット型個室　44名 (短期入所療養介護床含む)

3. 利用対象者

(1) 当事業所を利用できるのは、要介護1～5に認定され、病状等が安定されている方が対象となります。
(2) 利用開始時に要介護認定1～5の方、病状等が安定している方であっても、利用後に要介護認定者でなくなった場合、医療機関へ入院となった場合は、利用を終了(退所)していただくことになります。

4. 設備の概要

当事業所では下記の居室及び設備をご用意しています。入所される居室は、個室となります。

〈従来型多床室〉

室　名	室 数	設備・什器等
多床室(4人室) (約36.7㎡)	14	ベッド、洗面台、トイレ(共用)、カーテン、冷暖房
食堂	2	テーブル、椅子、流し台、冷蔵庫、食器洗浄乾燥器、テレビ
機能訓練室	2	リハビリテーション機器
浴室	2	特別浴室・浴室
談話室	2	テーブル、椅子、ソファー

<ユニット型個室>

室　名	室　数	設備・什器等
個　室 （約13．2㎡）	44	ベッド、洗面台、トイレ、カーテン、冷暖房
食堂	4	テーブル、椅子、流し台、冷蔵庫、食器洗浄乾燥器、テレビ
機能訓練室	2	リハビリテーション機器
浴室	2	特別浴室・浴室
談話室	2	テーブル、椅子

＊居室の変更

ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により、事業所でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により、事業所側で居室を変更する場合があります。その場合、ご契約者やその家族と事前に協議のうえ決定するものとします。

＊居室へのお持ち込みについて

・ 危険物、ペット、居室に入らない大きさ・量の家具、火気のお持ち込みはご遠慮ください。
・ 家電品　・・・・・・　家電品の総使用電力量を 1500W/h 以内にしてください。
・ 衣類・日用品・・　衣類、洗面用具など

＊共用施設利用上の注意事項

事業所敷地内は全面禁煙となっております。また、ご契約者の過失により、共用施設の設備等を破損、汚損、滅失した場合は、修理もしくは相当費用の負担をお願いすることになります。

＊居室利用の注意事項

敷地内での喫煙は禁止となります。また、ご契約者の過失により、居室の設備等を破損、汚損、滅失した場合、修理もしくは相当費用の負担をお願いすることになります。

５. 職員の配置状況

（1） 事業所の従業者の職種、員数の基準は次のとおりとし、介護老人保健施設の人員及び設備並びに運営に関する基準(千葉県　介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例(平成 27 年 4 月 1 日条例第 72 号第 2 章第 4 条)）に定める従業者の員数を下回らないものとします。

〈多床室〉

職　　種	配置人数	備考
管理者（医師兼務）	１名以上	兼務
医師	１名以上	兼務
薬剤師	委託	
看護職員（従来型）	６名以上	兼務
介護職員（従来型）	１４名以上	兼務
支援相談員	１名以上	兼務
理学療法士・作業療法士	１名以上	兼務
管理栄養士	１名以上	兼務
介護支援専門員	１名以上	兼務
事務員	１名以上	兼務
調理員	委託	

〈ユニット型個室〉

職　　種	配置人数	備考
管理者（医師兼務）	１名以上	兼務
医師	１名以上	兼務
薬剤師	委託	
看護職員	５名以上	兼務
介護職員	１１名以上	兼務
支援相談員	１名以上	兼務
理学療法士・作業療法士	１名以上	兼務
管理栄養士	１名以上	兼務
介護支援専門員	１名以上	兼務
事務員	１名以上	兼務
調理員	委託	

（2） 配置職員の職務内容は、次のとおりです。

〔医 師（管 理 者）〕　ご契約者の健康管理や療養上の指導を行うとともに、事業所の責任者として施設の管理を統括します。

〔薬　　剤　　師〕　医師の指示に基づく利用者の薬剤の調剤、及び与薬管理を行います。

〔看　護　職　員〕　ご契約者の健康管理や療養上のお世話を行います。

〔介　護　職　員〕　ご契約者の日常生活上のお世話を行います。

〔支 援 相 談 員〕　ご利用のご相談・ご契約者の日常生活の相談・助言を行ないます。

〔管 理 栄 養 士〕　ご契約者の健康管理を栄養面から行います。

〔理学療法士・作業療法士〕　ご契約者の日常生活における必要な機能訓練を行います。

〔介護支援専門員〕　ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

〔事　　務　　員〕　事業所の総務管理・経理等を行います。

〔調　　理　　員〕　管理栄養士の指示を受けてご契約者の食事の調理を行います。

6. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所において、ご契約者に対して提供するサービスには、次のものがあります。

(1)利用料金が介護保険から給付されるサービス (2)利用料金の全額をご契約者に負担していただくサービス

(1)介護保険の給付対象となるサービス(契約書第3条参照)

食事介助 (栄養管理)	・ 食事は、できるだけ離床して食堂にてとっていただきます。また、食事に必要な援助を行います。 ・ 管理栄養士の立てる献立表により、ご契約者ごとの栄養管理を計画的に行い、並びに身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ 食事時間　朝　食:　8:00～ 9:00 昼　食:　12:00～13:00 おやつ:　14:45～15:15 夕　食:　18:00～19:00
入浴介助	・ ご契約者の状況に合わせて入浴又は清拭を週2回以上行います。 ・ 寝たきりの状態でも、特殊浴槽を使用して、入浴することができます。
健康管理	・ 医師と看護師により、ご契約者の健康管理に努めます。 ・ 緊急時など必要な場合には、協力医療機関に引継ぎをします。
機能訓練	・ 理学療法士・作業療法士の指示の下、ご契約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の機能低下を防止するよう努めます。
口腔衛生管理	・ 歯科衛生士の助言・指導に基づき、介護職員等がご利用者ごとの状態に応じた口腔衛生管理を計画的に行います。
排泄介助	・ ご契約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。
離床・静養	・ 寝たきり防止の為、ご契約者の身体状況を考慮しながら、できる限り離床に配慮します。 ・ 清潔で快適な生活が送られるよう、適切な整容の援助を行います。
相談及び　援助	・ ご契約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。

【サービス利用料金】(契約書第6条第1項参照)

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

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条参照）

居住費	・ サービスに係る個室料及び光熱水費相当額を負担していただきます。
食　費	・ 食事に係る食材料費及び調理費用相当額 を負担していただきます。
おやつ代	・ ご希望された場合、1 回 100 円ご負担いただきます。
特別な食事(補食)	・ ご契約者のご希望に基づいて、特別な食事(嗜好品・栄養補助食品)を提供することもできます。
理美容	・ 出張による理美容サービスをご利用いただけます。
レクリエーション・行事等のアクティビティ活動	・ ご契約者の希望により、レクリエーションや行事等のアクティビティ活動に参加していただくことができます。材料代等を負担していただきます。
日常生活用品	・ ご契約者の日常生活に要する日常生活物品はご家族でご用意ください。 ただし、おむつ代は、介護保険給付対象となっています。事業所が用意したものを使用していただきますので、ご利用者の費用負担はありません。
移送	・ 緊急時に限り、医療機関への移送サービスを行います。この場合、原則として当施設の協力医療機関に限らせていただきます。
洗濯	・ ご契約者の洗濯物については、原則としてご家族に行なっていただきます。諸事情で行なえない方は支援相談員にご相談下さい。
写真代	・ 当事業所での行事等を撮影した写真を購入いただくことができます。費用は焼き増し代の実費をご負担いただきます。
コピー代	・ 個人的な希望でコピーをご利用される場合、その費用をご負担していただきます。
切手代	・ 個人的な郵便物がある場合、その費用をご負担していただきます。

【サービス利用料金】（契約書第6条第2項及び第3項参照）

無料サービスに該当する以外のサービスの利用料金は、その全額がご契約者の負担となります。利用料金は、別紙「サービス利用料金表」に定めます。

（3）利用料金のお支払い方法

前記（1）及び（2）の利用料金は、1ヶ月毎に計算し、ご請求いたしますので、下記の方法でお支払いください。（1ヶ月に満たない期間のサービスに係る利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額になります。）

契約時にお申し込みいただいた金融機関からの自動引落となります。

前月分の利用料金を、その翌月15日前後にご請求し（請求書発送）、その月の27日（土・日曜、祝日の場合は翌営業日）に引き落とさせていただきます。

（4）当施設に入所中の医療について

医療機関への受診は、事業所の医師の許可が必要となります。その場合、事業所利用中の証明書を持参していただくことになりますので、ご相談ください。緊急やむを得ない場合は、医師の判断の下、下記の協力医療機関において診療を受けていただくことがあります。

◎協力医療機関

医療機関名	所在地	診療科目
浦安中央病院	浦安市東野 3-4-14	内科、胃腸科、循環器科、外科、皮膚科、整形外科、脳神経外科、肛門科、泌尿器科　他

また、歯科診療については、下記の医院が協力歯科医療機関となっていますので、ご希望の方はご相談ください。

◎協力歯科医療機関

医療機関名	所在地	診療科目
福嶋歯科医院	浦安市舞浜2－17－11	歯科
岡部歯科	東京都江戸川区東小岩4－9－3	歯科

7.喀痰吸引

当施設では厚生労働省の通知（平成22年4月1日医政発0401第17号厚生労働省医政局長通知）を受け、利用者に対する口腔内、鼻腔内の痰の吸引、胃ろうによる経管栄養に係るケアの一部を医師、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して実施する方針としております。

今後も介護職員への研修の整備、医師の指示の下、看護職員や介護職員への指導の実施、医療的ケアの指導者による実施状況の把握や研修内容の見直しを定期的に行うなど、利用者様の安全確保に向けて最善を尽くします。

8. 終末期の対応について

当施設では、看取り介護に関する基本的理念及びそれに基づくサービス提供の方針を具体的に定め、医師及び医療機関との連携を図り、多職種協働の体制のもと、ご家族の意向を確認し、ともにご利用者の終末期の支援をしていきます。

9. 苦情の受付

（1） 当施設における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、下記の窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者 ：	支援相談員　春田　大貴
○苦情解決責任者 ：	看護介護課　木下　恵理
○受　付　時　間　：	月曜日～金曜日(年末年始及び祝日を除く) 9:00～17:00
○受　付　方　法 ：	電　話　047－700－6600(代表) ＦＡＸ　047－700－6665

なお、備え付けの『ご意見箱』に投書していただいても結構です。

（2）行政機関その他の苦情受付機関

千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情処理係	所 在 地 ： 千葉県稲毛区天台 6-4-3 電　　話 ： 043－254－7428 Ｆ　Ａ　Ｘ ： 043－254－7401 受付時間 ： 8:30～17:00 （年末年始、土日祝除く）
浦安市福祉部介護保険課	所 在 地 ： 浦安市猫実1－1－1 電　　話 ： 047－712－6403 Ｆ　Ａ　Ｘ ： 047－381－0800 受付時間 ： 8:30～17:00 （年末年始、土日祝除く）

（3）第三者委員について

第三者委員とは、サービス利用者と事業所の間に入って、問題を公平・中立な立場で円滑・円満に解決するために設けられた制度です。希望される場合は、第三者委員を交えてお話合いもできます。

当事業所の第三者委員は、次のとおりです。

宇田川　精一氏（浦安市社会福祉協議会　元顧問）
電話:047－351－6882

武部　　晴子氏（民生委員・児童委員）
電話:047－354―2242

10. サービス提供に置ける事業者の義務

当事業所は、ご契約者に対するサービスを提供するにあたり、次の事項を守ります。

① ご契約者の生命・身体・財産の安全に配慮します。

② ご契約者の体調・健康状態をみて必要な場合は、医師又は看護職員と連携しご契約者から聴取・確認のうえサービスを提供します。

③ 非常災害に関する具体的計画を策定し備えるとともに、ご契約者に対して、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。感染症や災害が発生した場合であっても、ご利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供されるように業務継続計画を予め策定し、必要な研修や訓練を地域住民と連携し定期的に実施します。感染症や災害発生時には、計画に従って速やかに必要な措置を講じます。

④ 科学的介護の取り組みを推進し、提供するサービスの質の向上に努めます。

⑤ 認知症についての理解を深め、ご利用者本人を主体とした介護を行うことで、その方の尊厳を守ります。認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じます。

⑥ ご契約者及び他のご利用者等の生命又は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご契約者の行動制限する行為は行いません。やむを得ず行う場合は、ご契約者及びご家族へ説明し、その同意を得たうえで、必要最小限の範囲で行うように努めるとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。

⑦ 虐待防止のための指針を整備し、虐待防止のための対策を定期的に検討していきます。また担当者を置き、研修等を通じて職員に周知徹底を図ることで、ご利用者の人権を擁護します。

⑧ ご契約者が受けている要介護認定の有効期間満了日の30日前までに、要介護認定更新申請の援助を行います。

⑨ ご契約者に対するサービスの記録を作成し、契約終了後2年間保管します。その記録については、ご契約者もしくはその身元引受人の請求に応じ閲覧させ、その複写物を交付します。複写物は、別紙「サービス利用料金表」に定める費用を負担していただきます。

⑩ サービスを提供するにあたって知り得たご契約者に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。（契約書第9条参照）

11. 施設利用の留意事項

当事業所をご利用される皆様が、安全で快適に過ごすことができるよう、下記の事項をお守りください。

（1） 面会について

・面会時間 ： 8:30～20:30

※感染対策のため面会制限を行う場合にはこの限りではありません。

・面会の際は、次の事項をお守りください。

〇飲食物のお持込の際は、必ず職員にお声かけください。

〇職員に対する金品、茶菓等の配慮は固くご遠慮させていただきます。

（2）外出・外泊について

外出・外泊される場合は、2日前までに担当職員へお申し出ください。緊急やむを得ない場合は当日の届出となっても構いません。

なお、外泊については1ヶ月に8日間を限度とさせていただきます。

（3）食事・おやつについて

食事やおやつの提供が不要な場合は、2日前までに申し出ください。2日前までにお申し出があり、朝・昼・夕3食ともお召し上がりならなかった日の食費については、費用の負担はありません。

（4）金品について

金品等、貴重品の持ち込みは原則禁止となります。紛失時の責任は負いかねますので、ご契約者(身元引受人)の責任の範囲でお願いいたします。

（5）喫煙・飲酒について

敷地内での喫煙・飲酒は原則禁止となります。

（6）食べ物について

食べ物の持ち込みは面会時、個人で楽しめる範囲の量でお願いいたします。居室内での保管はご遠慮ください。

（7）施設･設備利用上の注意

① 居室及び共用施設・敷地については、その本来の用途に従って利用してください。

② 故意又は不注意等により施設設備を滅失・破損・汚損もしくは変更した場合は、ご契約者の費用負担により原状回復していただくか、相当の代価をお支払いいただくことになります。

③ 他のご利用者や職員等の迷惑となるような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。

④ ご利用者又はその関係者による以下の行為及びそれに類する行為が発生した場合、当施設から退所していただくことがあります。

＜暴言または乱暴な言動＞

・怒鳴る、奇声や大声を発する、物を投げつける、物を壊す

・衣服を引きちぎる、刃物を向ける、手を払いのける、殴る
・蹴る、唾を吐く、脅迫、中傷、侮辱、差別的言動
・名誉毀損、土下座の要求
＜セクシュアルハラスメント＞
・職員の体を触る、手を握る、抱きつく、性的誘いかけ、好意的態度の要求等の性的な言動
＜その他＞
・ストーカー行為、不退去、居座り、監禁、長時間の拘束
・サービスの適正な範囲を超える不当要求や過剰要求
・他のご利用者および職員または事業所を貶める言動
・金銭補償の要求、謝罪の要求
・電話やメール等への過度な着信
・許可なく事業者内において撮影（写真、動画等）、録音等の行為及びこれらのSNS等への掲載等の行為
・ご利用者及び職員等の個人情報の漏洩となる行為
※1 ハラスメント対応は当事業所顧問弁護士が行う場合があります。
※2 上記の内、器物損壊・暴力等の危害が加わる行為は即時警察へ通報します。

12. 損害賠償について

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害賠償をいたします。

但し、次の場合は、事業者の損害賠償責任を免ずることができます。

○ご契約者が心身の状況や病歴などについて故意にこれを告げず、又は不実の告知を行った結果損害が生じた場合
○ご契約者がサービス実施に必要な事項について故意に告げず、又は不実の告知を行った結果損害が生じた場合
○ご契約者の急な体調変化など、事業所のサービスの実施を原因としない事由により損害が生じた場合
○ご契約者が職員の指示に反して行ったことが原因で損害が生じた場合

13. 事故発生時の対応について

（1)サービス提供により事故が発生した場合、職員は速やかに対処します。職員は施設長に報告をし、指示を受けて対処します。

（2）ご契約者のご家族に連絡をし、事故状況を報告します。

（3）重大な事故の場合、保険者に連絡をし、事故報告書を提出します。

（4）事故発生の防止のための安全対策担当者を置き、常に事故の再発防止に取り組みます。

14. 無料または低額介護老人保健施設利用事業の実施について

（1） 経済的理由により、利用料のお支払いが困難な場合は利用料の減免対象になる場合がございますのでご相談ください。

15. 見守り支援システムについて

ご入所者の事故予防及び異常発生時の早期発見、夜間等職員少人数時の負担軽減を主な目的として、見守り支援機器【ライフリズムナビ®＋Dr.（エコナビスタ社）】を設置しております。呼び出しコール機能に加え、各居室に設置するセンサー及び見守りカメラ等により、ご入所者の呼吸・脈拍や睡眠状況・体動などを検知し、職員が使用する端末等に通知するシステムです。ご入所者のプライバシーに配慮することはもとより、個人情報取扱規程及び各種ガイドラインを遵守して使用いたします。

重要事項説明書　確認書

20　　年　　月　　日

介護老人保健施設　浦安ベテルホームの指定介護老人保健施設サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護老人保健施設　浦安ベテルホーム
〔説　明　者〕　職　名＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項の説明を受け、指定介護老人保健施設サービスの提供を受けることに同意しました。

おやつの提供の有無については説明を受け、（　希望する　・　希望しない　）という意向を伝え、同意しました。

〔契　約　者〕住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

〔身元引受人〕住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

契約者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、契約者が本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人保健施設サービスの提供を受けることに同意したことを確認しましたので、契約者に代わって署名を代行いたします。

〔署名代行者〕住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

契約者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿