

指定短期入所療養介護事業所
介護老人保健施設グリーンケアハイツ（ユニット型）
重要事項説明書
< 令和6年8月1日 現在 >

1. 事業の目的及び運営の方針

(1) 目的

指定短期入所療養介護事業所 介護老人保健施設 グリーンケアハイツは、医学、看護的管理の下、介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活のお世話を行い、ご利用者様の療養生活の質の向上及びご利用者様のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図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。

(2) 運営方針

「お客様第一」の基本精神の元に、常に明るく家庭的な雰囲気を保ち、安心して利用していただける事業所とします。また、地域に開かれた事業所として、地域との連携を密に行い、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

事業所名	指定短期入所療養介護事業所 介護老人保健施設 グリーンケアハイツ
開設年月日	平成26年4月1日
所在地	福島県大沼郡会津美里町荻窪字上野185番地
電話番号	0242-54-2300
FAX番号	0242-54-2338
介護保険指定番号	0752780015号（平成26年4月1日）
通常の送迎実施地域	会津美里町 会津若松市

(2) 事業所の職員体制および勤務体制

職員体制

職 種	員 数	業務内容
管理者（施設長）	1名	施設管理統括および健康管理、診療
医師	1名	利用者の健康管理、診療
薬剤師	1名	調剤・医薬品管理および服薬指導
看護職員	1名以上	保健衛生および看護業務
介護職員	8名以上	日常生活全般の介護業務
支援相談員	1名以上	相談業務
理学・作業療法士、言語聴覚士	3名以上	理学療法・作業療法、言語療法業務全般
管理栄養士	1名以上	給食業務全般
栄養士	1名以上	給食業務全般
介護支援専門員	1名以上	ケアプランの作成
事務職員	1名以上	事務処理業務
調理職員	1名以上	給食業務全般
その他の職員	1名以上	営繕・運転等

勤務体制

＜看・介護職員＞

勤務体制	時 間	勤務体制	時 間
早 番	7 : 0 0 ～ 1 6 : 0 0	遅 番	1 2 : 0 0 ～ 2 1 : 0 0
日勤A	8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0	夜勤A (看護)	1 6 : 3 0 ～ 翌 9 : 3 0
日勤B	1 0 : 0 0 ～ 1 9 : 0 0	夜勤B (介護)	2 1 : 0 0 ～ 翌 7 : 0 0
夜間体制は、看護職 1 名 介護職 1 名で行います			

＜上記以外の職種の職員＞

日 勤 8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0

(3) 入所定員等

短期入所療養介護の利用定員数は、ご利用者様が申込みをしている当該日の介護老人保健施設の定員数より実利用者数を差し引いた数とします。

(4) サービス内容

＜ケアサービス＞

当事業所でのサービスは、要介護者の家庭での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、事業所を一定期間ご利用いただきます。このサービスを提供するに当たっては、ご利用者様に関するあらゆる職種の職員の協議によって短期入所療養計画が作成されますが、その際、ご本人・家族の希望を十分に取り入れ、また計画の内容については、同意をいただくとともに交付します。

- * 医 療—介護老人保健施設は、入院の必要の無い程度の要介護者を対象としています
が、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者様の状態に照らして適切な医療・看護を行います。
- * 介 護—短期入所療養介護計画に基づいて実施します。
- * 機能訓練—原則として機能訓練室にて行いますが、事業所内のすべ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。

＜生活サービス＞

事業所利用中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるように、常にご利用者様の立場に立ったサービスを提供します。

- * 療養室 —ユニット型個室 18室
- * 食 事—管理栄養士が立てる献立表により、栄養とご利用者様の身体状況を考慮したバリエーションに富んだ食事を提供します。
(朝食 8 : 0 0 ～ 昼食 1 2 : 0 0 ～ 夕食 1 8 : 0 0 ～)
- * 入 浴—週 2 回以上
一般浴槽と特別浴槽があり、ご利用者様の状態に合わせた入浴方法で介助させていただきます。ただし、ご利用者様の身体の状況に応じて清拭となる場合があります。
- * 理・美容 — 理・美容サービスを提供します（別途料金をいただきます。）。

＜相談援助サービス＞

- ・ 日常生活に関する悩みや介護サービスに関すること等なんでもご相談ください。
 - ・ 行政手続代行
 - ・ その他
- ※これらのサービスの中には、ご利用者様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ご相談ください。

3. 利用料金

(1) 基本料金・その他の料金

ご利用料金のご案内〔別添2〕をご参照ください。

(2) 支払い方法

①毎月10日までに、前月分の請求書を発行します。

②お支払いは、原則として預金口座自動引落しでお願い致します（引き落とし日は毎月25日となり、その日が営業休止日の時には翌営業日となります）。但し、預金口座自動引落しができない場合は契約時にご相談ください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

③事業所の職員は金銭のお預かりはいたしませんのでご了承ください。

※ご利用者様がまだ要介護認定を受けていない場合

＊サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けたあと自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

認定が「自立」「要支援」の場合は、全額自己負担になります。

＊償還払いの場合は、ご利用者様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※介護保険料滞納により償還払い(施設に10割を一旦払う方式)となる場合があります。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

当事業所と契約締結後、短期入所療養介護サービス計画書を作成しサービスの提供を開始します。

(2) サービスの利用終了

契約の有効期間は、契約締結の日から6ヶ月間ですが、契約期間満了の2日前までに契約者からの契約終了の申し入れが無い場合には、契約はさらに、6ヶ月間同じ条件で、更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由が無い限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

＊ご利用者様が死亡した場合

＊要介護認定によりご利用者様の心身の状況が要支援又は自立と判断された場合

＊当事業所がやむをえない事由により、閉鎖した場合

＊ご利用者様より契約解除の申し出があった場合

＊当事業所から契約解除を申し出た場合

①ご利用者様からの解除

利用者は当事業所に対し、契約の有効期間であっても、利用契約の全部または一部を解約することができます。その場合には、速やかに当事業所又は居宅介護支援事業所に申し出てください。

②当事業所からの解除

当事業所から、次に掲げる場合には、利用契約の全部または一部を解除させていただくことがあります。

＊病状、心身状態等が著しく悪化し、事業所での適切な短期入所療養介護サービスの提供を超えると判断された場合

＊ご利用者様が、本約款に定める利用料金の支払を催告したにもかかわらず、その支払が3ヶ月以上遅延した場合

＊ご利用者様が、事業所の職員又は他のご利用者様等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合

＊天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、事業所を利用させることができない場合

5. サービス利用の中止、変更、追加

(1) 利用予定日の前に、ご利用者様の都合により、サービスの利用を中止または変更、もしくは、

新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日まで当事業所及び居宅介護支援事業所に申し出てください。

- (2) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、当事業所の状況により、ご利用者の希望する時期にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間をご利用者に提示して協議します。

6. 緊急時の対応

入所利用中にご利用者の心身状態に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかにご利用者が指定する者（主治医、家族等）へ連絡、搬送する等の措置を講じます。

7. 事故発生時の対応

当事業所サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者の家族及び保険者等に連絡するとともに、原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

8. 非常災害対策

- (1) 別途定める「グリーンケアハイツ消防計画」にのっとり対応します。
- (2) 近隣地域住民による防災協力会を設置し、非常時の応援を約束しています。
- (3) 別途定める「グリーンケアハイツ消防計画」にのっとり、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練をご利用者の方にも参加して実施します。

9. 個人情報の保護

- (1) 当事業所は、入所者の個人情報のについて「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (2) 当事業所が得た入所者の個人情報については、介護サービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて入所者又はその代理人の了解を得るものとします。
※当事業所における個人情報の取り扱い（個人情報に関する基本方針）は、当事業所のホームページで公表しています。

10. 身体拘束等の排除

当事業所は、ご利用者の人格尊重の理念のもとに、身体拘束等の排除に取り組み高齢者虐待防止運動に務めます。但し、ご利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急を要し、他に代替の方法がなく止むを得ず身体拘束を実施する場合は、ご家族等の同意を得ることとします。

11. 虐待の防止について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
 - ①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
 - ②虐待の防止のための指針を整備しています。
 - ③職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に実施しています。
 - ④虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置しています。虐待の防止に関する担当者 支援相談員
- (2) サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを区市町村に通報

します。

12. 要望及び苦情等の相談

- (1) 事業所をご利用いただくご本人ならびにご家族・関係者のご意見・苦情の受付窓口は、支援相談員が承らせていただきますので、お気軽にご相談ください。

受付窓口担当者 支援相談員

受付日時 月～金曜日 8:30～17:30

電話番号 0242-54-2300 総合相談室

苦情解決責任者 管理者

そのほか、事業所に備えつけられた「ご意見箱」をご利用ください。

- (2) その他事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に申し出ることもできます。

* 第三者委員 橋本 由起子 ・ 星 次

* 会津美里町 健康ふくし課 0242-55-1145

* 福島県運営適正化委員会 024-523-2943

- (3) 当事業所では、第三者評価の実施はありません。

但し、湖山医療福祉グループとしてサービス改善評価を実施しています。

13. 協力医療機関等

当事業所施設では、下記の医療機関に協力をいただき、ご利用者様の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- (1) 協力医療機関

名称 福島県厚生農業協同組合連合会 高田厚生病院

住所 福島県大沼郡会津美里町高田甲2981番地

TEL 0242-54-2211

- (2) 協力歯科医療機関

名称 水口 歯科 医院

住所 福島県大沼郡会津美里町高田甲2890番地

TEL 0242-54-2127

- (3) 他機関・施設との連携

施設での対応が困難な状態や、専門的な対応が必要になった場合には、責任を持って他の機関を紹介しますので、ご安心ください。

14. 賠償責任について

- (1) 介護保険サービスの提供に伴って当事業所の責に帰すべき事由によって、ご利用者様が損害を被った場合、当事業所はご利用者様に対して、損害を賠償するものとします。

- (2) ご利用者様の責に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、ご利用者様は、当事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

15. 当事業所利用に当たっての留意事項

- ①面 会 …… 来訪者は面会時間を遵守し、面会簿等にご記入をお願いします。

面会時間 8:00～20:00

- ②外出・外泊 …… 指定の用紙にご記入し、申し出てください。

- ③飲酒・喫煙 …… 居室での飲酒はご遠慮ください。敷地内禁煙です。

- ④火気の取扱い …… 火気防止の為、ライター・マッチ等の持ち込みは出来ません。

- ⑤所持品・備品等の持ち込み …… 御家庭で使用されていた品物を持ち込むことも可能です。

- ⑥金銭・貴重品の管理 …… 現金・貴金属類は、万が一紛失の場合、他のご利用者様に迷惑が及ぶ場合も想定されますので、くれぐれも持参しないで下

さい。仮に金品を所持された場合は、ご利用様の自己責任のもとで管理し、紛失に際して当事業所は一切の賠償に応じ兼ねますのでご注意ください。

⑦ペットの持ち込み . . .

原則としてできません。

⑧禁止事項 . . .

事業所では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、ご利用様の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

年 月 日

指定短期入所療養介護事業所 介護老人保健施設 グリーンケアハイツ（ユニット型）を利用するに当たり、ご利用者様に対して重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 福島県大沼郡会津美里町荻窪字上野 1 8 5 番地
名 称 指定短期入所療養介護事業所
介護老人保健施設 グリーンケアハイツ
介護保険指定番号 介護老人保健施設 0 7 5 2 7 8 0 0 1 5 号

代表者 理事長 遠藤 忠雄 印

説明者 氏 名 印

私は、事業所から指定短期入所療養介護事業所 介護老人保健施設 グリーンケアハイツ利用についての重要事項について、説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

ご利用者

住 所

氏 名 印

ご家族(代理人)

住 所

氏 名 印