

老人保健施設いのこし障害者福祉サービス短期入所重要事項説明書

あなたに対する短期入所サービス（以下、サービスという）提供開始にあたり、当施設があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業所概要

事業所名称 医療法人博報会 老人保健施設いのこし
所在地 名古屋市名東区猪子石原一丁目1501番地
法人種別 医療法人
代表者名 理事長 柵木 充明
施設長名 木村 敏男
電話番号 052(777)5650 FAX番号 052(777)1767
愛知県から指定を受けているサービスの種類及び指定番号 指定短期入所 2318000185

2. 施設の目的と運営の方針

- 短期入所は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下、障害者総合支援法という）に基づきサービス申請をしている方に対し市町村がその必要性を認め、障害者総合支援費支給決定をした方を対象として（以下「利用者」という。）障害者総合支援法の趣旨にしたがって、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行い、利用者にかかる療養生活の質の向上及び家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とします。なお利用者は身体障害者のみに限定とします。
- 当施設では、利用者の意志及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において総合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- 当施設では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊か」に過ごすことができるように「愛あるケア」をモットーにサービス提供に努めます。
- サービス提供に当たっては懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。

3. 施設の概要

介護施設 介護老人保健施設 敷地面積 3,305㎡
建物構造 鉄筋コンクリート造 5階建 床延面積 5,830㎡
利用定員 介護保険施設サービスの定員数より利用者が申し込みをしている当該日の実入所者数を差し引いた数とする。
居室 (1人部屋12室 4人部屋22室)
設備 療養室・診察室・機能訓練室・談話室・食堂・一般浴室（ジェットバス）・特別浴室（シャワーバス・クレイドル）・レクリエーションルーム・洗面所・トイレ（ウォッシュレット設備）・サービスステーション・調理室・ランドリールーム・送迎用自動車（車椅子対応）・バルコニー・電動3モーターベッド・ディルーム・カラオケシステム

4. 職員体制及び勤務体制

- | | | | |
|------------|---------------------|---------------------|------------|
| ①. 管理者 | 1人（支援相談員と兼務） | （勤務時間 8時45分から17時30分 | 土・日曜日休み） |
| ②. 医師 | 2人（常勤 1名・非常勤1名） | （勤務時間 8時30分から13時00分 | 土曜日出勤） |
| | 非常勤 医師 | （勤務時間 8時30分から17時30分 | 水・木曜日出勤） |
| ③. 薬剤師 | 1人（非常勤） | （勤務時間 8時30分から17時30分 | 水・木曜日出勤） |
| ④. 看護職員 | 12人（常勤 9名・非常勤3名） | （勤務時間 8時45分から17時30分 | 週休2日交替休み） |
| ⑤. 介護職員 | 28人（常勤27名・非常勤1名） | （勤務時間 8時45分から17時30分 | 週休2日交替休み） |
| ⑥. 支援相談員 | 1人（常勤 管理者と兼務） | （勤務時間 8時45分から17時30分 | 土・日曜日休み） |
| ⑦. 理学療法士 | 2人（常勤1名、常勤兼務1名） | （勤務時間 8時45分から17時30分 | 土・日曜日休み） |
| ⑧. 作業療法士 | 3人（常勤兼務） | （勤務時間 8時45分から17時30分 | 土・日曜日休み） |
| ⑨. リハビリ補助員 | 1人（非常勤） | （勤務時間 9時00分から17時00分 | 祝・土・日曜日休み） |
| ⑩. 管理栄養士 | 1人（常勤兼務） | （勤務時間 8時45分から17時30分 | 土・日曜日休み） |
| ⑪. 事務職員 | 5人（常勤2名内1名兼務・非常勤3名） | （勤務時間 8時45分から17時30分 | 土・日曜日休み） |
| ⑫. 清掃職 | 6人（非常勤） | （勤務時間 7時30分から15時00分 | 週休3日交替休み） |

* 交替制で夜勤等を行うものは看護・介護職員です。勤務時間は下記のとおりです。

早出勤務（勤務時間 7時15分から16時00分） 遅出勤務（勤務時間 10時15分から19時00分）

夜 勤（勤務時間 16時30分から 9時30分）

平成28年7月1日 現在

5. 送迎実施地域

名古屋市守山区、千種区、名東区の区域とします。

6. 苦情等申立窓口

- 当施設窓口担当者 相談員 松崎 明子 電 話 052(777)5650
- その他自治体における相談窓口
名古屋市健康福祉局障害福祉部障害者支援課 ご利用時間 平日 午前8時45分～午後5時30分
電 話 052(972)2578
- 愛知県運営適正化委員会 ご利用時間 平日 午前9時～午後5時

7. 協力病院及び歯科医院

病院 名 称 国家公務員共済組合連合会 東海病院 歯科 名 称 鈴木歯科医院
住 所 名古屋市千種区千代田橋一丁目1番1号 住 所 名古屋市守山区守山三丁目3番15

8. 非常災害時の対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する消防管理計画を設置して非常災害に対処する計画に基づき、防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

- (1) 防火管理者は事務長、火元責任者は1F事務長、2・3Fは看護師長です。
- (2) 非常災害用の設備は、契約保守業者に依頼しております。点検の際は、防火管理者が立ち会っています。
- (3) 火災の発生や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため自衛消防隊を編成し任務の遂行に当たります。
- (4) 防火管理者は、施設職員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
 - ① 防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難） 年2回以上（うち1回は夜間を想定した訓練）
 - ② 利用者を含めた総合避難訓練 年1回以上 ③ 非常災害用設備の使用方法的徹底（随時）
- (5) その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

9. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者及び障害児の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるものとします。

10. 事故発生時の対応

事業所は、安全かつ適切に質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生の防止のための医療安全規約を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備し、サービス提供等に事故が発生した場合、利用者に対し必要な措置を行います。

11. 緊急時の対応

利用者の主治医への連絡を行い指示に従い、主治医への連絡が困難な場合には救急搬送等の必要な処置を講じます。また緊急連絡先にご連絡いたします。

12. その他運営に関する重要事項

- (1) 地震等非常災害その他やむを得ない事情のある場合を除き、入所定員及び居室の定員を超えて入所させません。
- (2) 運営規程の概要、施設職員の勤務体制、協力病院、利用者負担の額及び苦情処理の対応については、施設内に掲示します。
- (3) 事業サービスに関連する政省令及び通知並びに本運営規程に定めのない運営に関する重要事項については、医療法人博報会介護老人保健施設の役員会において定めるものとします。

13. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

- ①. 面会者は面会簿に記入し、時間は毎日9：00～20：00までです。
- ②. 消灯時間は21時です。
- ③. 外出・外泊はサービスステーションに届けを提出し、医師の許可を得てください。
- ④. 飲酒は原則として禁止とし、喫煙は定められた場所で行ってください。
- ⑤. 施設内へのペット・火気・危険物の持ち込みは禁止します。
- ⑥. 入所者への食べ物の持ち込みは許可を必要とします。
- ⑦. 金銭・貴重品の管理は当施設では原則として行いません。
- ⑧. 外泊時等に当施設以外の医療施設を受診する場合は必ず連絡してください。
- ⑨. 用者の「営利行為・宗教の勧誘・特定の政治行動」は禁止します。
- ⑩. 他利用者への迷惑行為は禁止します。
- ⑪. 当事業所では、職員が身の危険を感じた際には理由のいかんに関わらず、最寄の警察に通報し、断固たる対応をいたします。

平成 年 月 日

(乙) 当事業所は、甲1に対するサービスの提供開始に当たり、甲1 甲2 対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

説明者(乙) 所在地 名古屋市名東区猪子石原一丁目1501番地
名 称 医療法人 博報会 老人保健施設いのこし
氏 名 相談員 松崎 明子 印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。また、貴事業所が私のよりよき介護のためのサービス担当者会議等において、私の個人情報を契約の有効期間中に用いることに同意します。

利用者(甲1) 住 所
氏 名 印

利用者の後見人・身元引受人(甲2) 住 所
(甲との続柄) 氏 名 印