

豊浦町介護老人保健施設重要事項説明書

1 施設の概要

(1) サービスの種類

介護保健施設サービス 平成12年4月20日指定（室保保第576号）

(2) 施設の目的

豊浦町介護老人保健施設は、介護保険法令等に従い、ご契約者（利用者）が施設において、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ことを目的として、サービスを提供します。

(3) 運営の方針

要介護老人の自立を支援し、その家庭への復帰を目指すものとし、管理運営に当たっては、関係法令の精神及び基準に基づき、老人の健康増進と福祉の向上に資するよう努めます。

(4) 施設の名称 豊浦町介護老人保健施設

(5) 所在地 虻田郡豊浦町字東雲町16番地1
豊浦町総合保健福祉施設 やまびこ内

(6) 電話番号 0142-83-7101

(7) 代表者氏名 豊浦町長 村井 洋一

(8) 管理者氏名 能登屋 久志

(9) 開設年月 平成12年5月1日

2 職員体制

当施設では、ご契約者に対して介護保健施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。（職員の配置については、指定基準を遵守しています。）

職 種	常勤	非常勤	常勤換算	摘 要
1 施設長	1人		0.1人	医師兼務
2 医師	1人		0.4人	
3 薬剤師	1人		0.3人	
4 看護職員	5人		5.0人	
5 介護職員	12人		10.6人	介護福祉士9名
6 支援相談員	1人		0.5人	
7 理学療法士	1人		1.0人	
8 管理栄養士	1人		0.7人	
9 介護支援専門員	1人		0.9人	
10 調理員	1人	1人	1.2人	
11 清掃兼介護助手	2人		2.0人	
12 清掃員		1人	0.5人	
13 事務員	4人		0.4人	

3 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) サービスの概要

利用者に対して必要な医療、身体の機能の維持回復のための訓練及びその他日常生活上必要な介護を行うほか、生きがいを助長するために、娯楽及びレクリエーション等の行事を行うものとします。なお、高額介護サービス費として払戻し手続きがありますので、お尋ねください。

(2) 利用料金

当施設の利用料の額は、厚生大臣が定める基準による額の各利用者の負担割合とするとともに、その他の利用料は別表のとおりとします。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までにお支払いください。

4 守秘義務

(1) 施設及び施設の職員は、正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者、利用者の家族又は身元引受人の情報を口外しないようにする義務を負います。

これは施設を退職した職員であっても、同様の義務が生じることになります。

(2) ただし、施設として居宅介護支援事業者等必要な機関に対し利用者、利用者の家族又は身元引受人に関する情報を提供する場合には、事前に文書により各関連する者の同意を得たうえで行うことがあります。

5 事故発生時の対応及び損害賠償

(1) 施設は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 前項の場合において、事故が発生した場合は、施設は速やかに利用者の損害を賠償します。ただし、施設に故意過失がない場合にはこの限りではありません。

(3) 前項の場合において、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。

6 身体的拘束その他の行動制限

事業所は、利用者又は他の利用者等の生活又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他方法により行動を制限しませんが、やむを得ず利用者の行動を制限する場合は、利用者に対し事前（後見人又は家族に対しては、事前又は事後速やか）に行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について、十分説明します。

なお、利用者の行動を制限した場合は、介護サービス記録に必要事項を記載します。

7 サービスに関する苦情処理

当施設が行う介護保健施設サービスについてのご相談、苦情を次の窓口で承ります。

ご相談窓口	担当者：大内 祐 樹 電 話：0142-83-7101 F A X：83-2477
当事業所以外に、町役場、国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。	
1 豊浦町総合保健福祉施設保険福祉係 0142-83-2408（代表）	
2 北海道国民健康保険団体連合会 011-231-5161（苦情処理担当）	

8 当施設における規則について

当施設の利用に際しては、「入所誓約書」における8項目と「入所のしおり」に記載されております。

介護保健施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基つき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

豊浦町介護老人保健施設

説明者職氏名

職名

氏名

印

私は、本書面に基つき事業者から重要事項の説明を受け、同意しました。

年 月 日

利用者住所

氏名

印