

重要事項説明書

（入所）

1. 法人の概要

法人名	特定医療法人社団 研精会		
設立年月日	昭和46年4月24日		
法人住所	東京都調布市東つつじヶ丘2丁目27番地1		
電話番号	03-3308-8801	FAX番号	03-3305-8780
代表者名	石坂 真一郎		

2. 施設の概要

（1）施設の名称等

施設名	介護老人保健施設 デンマークイン箱根		
開設年月日	平成1年12月1日		
所在地	神奈川県足柄下郡箱根町仙石原1285		
電話番号	0460-84-5620	FAX番号	0460-84-5621
管理者名	永井 努		
介護保険事業者番号	1451580000		

（2）介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、一日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を一日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

《介護老人保健施設デンマークイン箱根の運営方針》

「当施設は、看護、医学的管理の下での介護及び機能訓練等が必要な要介護者を対象とし、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行うものとする。また、市区町村、居宅介護支援事業者等の他の保健医療サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。」

（3）施設の職員体制

職 種	
管理者（兼医師）	常勤1名（常勤換算 1.0以上）
医 師	（常勤換算 1.0以上）
薬剤師	（常勤換算 0.4以上）
看護職員	（常勤換算 8.0以上）
介護職員	（常勤換算 18.0以上）
支援相談員	（常勤換算 1.0以上）
作業療法士	（常勤換算 1.0以上）
理学療法士	（常勤換算 1.0以上）
言語聴覚士	（常勤換算 1.0以上）
管理栄養士	常勤1名以上（常勤換算 1.0以上）

栄養士	(常勤換算 1.0 以上)
介護支援専門員	常勤 1 名以上 (常勤換算 1.0 以上)
事務員	(常勤換算 1.0 以上)

- (4) 定員等 * 定 員 74 名 (認知症専門棟なし)
 * 療養室 個室 8 室 2 人室 2 室 3 人室 2 室 4 人室 14 室

3. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事 (朝食・昼食・夕食)
- ③ 入浴 (一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特殊浴槽で対応します。入所利用者は、週に最低 2 回ご利用いただきます。但し、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。)
- ④ 医学的管理
- ⑤ 施設サービス計画に基づく看護及び介護
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 行事、クラブ活動
- ⑧ 相談援助サービス
- ⑨ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑩ 理美容サービス (原則月 1 回実施します。)
- ⑪ 行政手続代行

4. 併設サービス事業

- 短期入所療養介護 (介護予防含む) ○ 通所リハビリテーション (介護予防含む)
- 訪問リハビリテーション (介護予防含む)

5. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

○協力医療機関

(名称) 箱根リハビリテーション病院 (住所) 神奈川県足柄下郡箱根町仙石原 1 2 8 5

(名称) 医療法人同愛会 小澤病院 (住所) 神奈川県小田原市本町 1 丁目 1 番 17 号

○協力歯科医療機関

特定医療法人社団研精会 箱根リハビリテーション病院 歯科 (併設)

※緊急時の連絡先

緊急の場合には、利用者又は家族等から指定された連絡先に連絡します。

6. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容が重要になりますので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・ 面会時間は、午前 9 時より午後 7 時までとさせていただきます。
- ・ 外出、外泊をご希望される場合は、事前に許可願いを提出してください。
- ・ 火気の取扱には十分に注意する。
- ・ 金銭等の貴重品については、施設事務所管理とさせていただきます。

- ・ 飲酒、宗教活動、ペットの持ち込み、他利用者への迷惑行為は禁止とさせていただきます。

7. 非常災害対策

当施設では、各種災害に備え防火管理者を定め、防災計画の作成、防災設備の保守点検、消防訓練、通報及び避難訓練（年2回）を実施し、利用者の安全に努めています。

8. 職員の質の確保

施設職員の資質向上のために、その研修の機会を確保します。

9. 事故発生対応

サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を行います。

施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。

10. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談員が勤務していますので、ご相談いただければ迅速に対応します。

担当者 _____（電話0460-84-5620）

〈公的機関への苦情申出〉

神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談係	電話 045-329-3447
	電話 0570-022110
	FAX 0570-033110
神奈川県保健福祉局 福祉部 介護保険課 監査グループ	電話 045-210-4820
利用者住所地の市区町村役所	別紙参照

※利用者負担のご説明

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる通常1割の自己負担分と保険給付対象外の費用（居住費、食費、利用者の選択に基づく特別な費用等）を利用料としてお支払いいただきます。介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域や配置する職員の数などで異なり、保険給付対象外の費用についても、施設ごとの設定となっております。当施設の利用者負担につきましては、入所利用料金表をご参照ください。また、利用料とは別に、利用者が選択するリース品をご利用いただけます。（外部業者委託）

当施設の入所利用について、重要事項を説明し、重要事項説明書を交付しました。

年 月 日

介護老人保健施設 デンマークイン箱根

（説明者） _____

【確認欄】

介護老人保健施設デンマークイン箱根の入所利用について、担当者からの説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。

年 月 日

＜利用者＞

（住所） _____

（氏名） _____