

介護老人保健施設フローラさいせい利用重要事項説明書

(令和8年8月1日現在)

☆介護老人保健施設フローラさいせいについて

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設フローラさいせい
- ・開設年月日 平成8年4月1日
- ・所在地 山形市沖町79番地の1
- ・電話番号 023(664)1556 ・ファックス番号 023(664)1557
- ・管理者名 施設長 折田博之
- ・介護保険事業所番号 介護老人保健施設(山形市0650180029号)
- ・第三者評価受審 受審日: 令和7年2月21日 評価機関: エールフォー・ユー

(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機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保険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、1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1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)や通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)、訪問リハビリテーション(介護予防訪問リハビリテーション)等と連携し、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。

[介護老人保健施設フローラさいせいの運営方針]

済生会の基本理念である保健・医療・福祉の連携を生かして、寝たきり老人や認知症老人等の日常生活上の機能回復を図り、積極的に自立を支援していきます。また、日々の看護・介護サービスとリハビリテーション及び継続的医学管理をおこない、生きがいを持って家庭復帰ができるように専門スタッフが支援します。

(3) 施設の従業者体制

職 種 別	入所及び短期入所部門			訪問リハビリ部門		通所リハビリ部門	
	常 勤	非常勤	夜間(再掲)	常 勤	非常勤	常 勤	非常勤
・管理者	1(兼務)			1(兼務)		1(兼務)	
・医師(管理者と兼務)	1(兼務)			1(兼務)		1(兼務)	
・薬剤師(病院と兼務)		35					
・看護師及び准看護師	9	1	1				
・介護職員	35	4	4				
・支援相談員	4	1					
・理学療法士	3(兼務)			3(兼務)		3(兼務)	
・作業療法士	5(兼務)			5(兼務)		5(兼務)	
・言語聴覚士(病院と兼務)		1					
・管理栄養士	2						
・介護支援専門員	4						
・事務職員	4	1					
・介助員	1	2					

(兼務) … 「入所及び短期入所」と「訪問リハビリテーション」「通所リハビリテーション」の兼務
支援相談員…介護支援専門員と兼務 介護支援専門員…支援相談員と兼務
事務職員…1名は支援相談員と兼務

(従業者の職務内容)

- ① 管理者は、介護老人保健施設に携わる従業者の総括管理、指導を行います。
- ② 医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて日常的な医学的対応をおこないます。
- ③ 薬剤師は、医師の指示に基づき調剤を行い、施設で保管する薬剤を管理するほか、利用者に対し服薬指導を行う。
- ④ 看護職員は、医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為をおこなうほか、利用者の施設サービス計画に基づく看護を行います。
- ⑤ 介護職員は、利用者の施設サービス計画に基づく介護を行います。
- ⑥ 支援相談員は、利用者及びその家族からの相談に適切に応じるとともに、レクリエーション等の計画、指導を行い、市町村との連携をはかるほか、ボランティアの指導を行います。
- ⑦ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し指導を行います。
- ⑧ 管理栄養士又は栄養士は、利用者の栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理を行います。
- ⑨ 介護支援専門員は、利用者の施設サービス計画の原案をたてるとともに、要介護認定及び要介護認定更新の申請手続きを行います。
- ⑩ 事務職員は、適正な施設運営のための事務全般を行います。

(4) 入所定員等 定員 100 名

・療養室 個室 32 室、多床室(4人室17室)

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画(入所)の立案
- ② 食事(食事は原則として食堂でおとりいただきます。
・朝食7時50分から ・昼食12時から ・夕食18時から)
- 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別浴槽で対応します。利用者は、週に最低2回ご利用いただきます。ただし、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 排泄(利用者の身体状況に合わせて随時行います。)
- ⑤ 医学的管理・看護
- ⑥ 介護(退所時の支援も行ないます。)
- ⑦ 機能訓練(リハビリテーション、レクリエーション)
- ⑧ 相談援助サービス
- ⑨ 行政手続代行
- ⑩ その他

3. 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 山形県済生会山形済生病院 ・住所 山形市沖町 79 番地 1

・協力歯科医療機関

・名称 小白川加藤歯科医院 ・住所 山形市小白川町二丁目 2 番 12 号

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「利用契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 施設利用にあたっての留意事項

- ・面会は、午前 7 時から午後 8 時までとし、面会者は面会簿に氏名等を記載してください。
- ・洗濯は、原則として家族がおこなってください。

- ・消灯時間は、午後 9 時とします。
- ・外出・外泊は、施設長の許可を得てください。
- ・飲酒は、施設長が許可する場合の施設行事以外は禁止します。
- ・喫煙は、施設敷地内及び建物内は禁止します。（全面禁煙）
- ・火気の取扱に注意し、発火の恐れのある物品を施設内に持ち込まないでください。
- ・設備・備品の利用は、常に整理整頓を心掛けて丁寧に取り扱いってください。
- ・所持品・備品等の持ち込みは、施設長の許可を得てください。
- ・金銭・貴重品の持ち込みは、原則禁止します。
- ・外泊時等の施設外での受診は、施設長に報告してください。
- ・ペットの持ち込みは、禁止します。
- ・金銭・物品の貸借を禁止します。
- ・他利用者への迷惑行為は、禁止します。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓等
- ・防災訓練 年 2 回（うち 1 回は、夜間を想定した訓練をおこないます。）

6. 禁止事項

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

7. 無料または低額の老人保健施設利用について

当施設は、社会福祉法第 2 条第 3 項の規定による社会福祉の精神に基づいて、生計困難者等に対して無料または低額で施設をご利用していただける制度がございます。

詳しくは、当施設の支援相談員にご相談ください。

8. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

☆介護保健施設サービス（入所）について

1. 介護保険被保険者証の確認

ご利用のお申込みにあたり、利用希望者の介護保険被保険者証を確認させていただきます。

2. 介護保健施設サービスの概要

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただける状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、利用者・ご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ようになります。

◇医療：

介護老人保健施設は入院の必要のな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、利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行ないます。なお、褥瘡が発生しないような適切な看護・介護及び発生を防止する体制を整備します。

◇機能訓練：

原則として機能訓練室にて行ないますが、施設内でのすべての活動が利用者の心身諸機能の維持回復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：

当施設入所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、常に利用者の立場に立って運営しています。

3. 利用料金…別表の料金表をご覧ください。

(1) 介護保健施設サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該介護保健施設サービスが法定代理受領サービスである場合は、利用者の負担は利用料の1割または2割または3割です。

(2) 居住費、食費、教養娯楽費、行事費、健康管理費、その他の費用等は、別表のとおりです。

(3) 前項の費用の支払いを受ける場合は、利用者・ご家族に説明し、利用者より同意をいただくようになります。

(4) 支払い方法

- ・毎月15日前後に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。
- ・お支払い方法は、口座引落となります。利用申込み時に所定のお手続きをお願いします。

4. 秘密の保持

当施設では、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者・ご家族の秘密を第三者に漏らしません。この取り扱いは、契約終了後も同様とします。

5. 要望及び苦情等の相談（電話023-664-1556）

当施設には相談援助の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。要望や苦情などは、支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、施設内に備えつけられた「ご意見箱（投書箱）」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

《苦情相談窓口：介護老人保健施設フローさいせい》

- | | | |
|------------|----------|--------|
| ・苦情相談受付担当者 | 主任支援相談員 | 小野寺眞智子 |
| | 副主任支援相談員 | 岩城伸幸 |
| ・苦情相談受付責任者 | 管理課長 | 下小路尚樹 |
| ・苦情相談解決責任者 | 施設長 | 折田博之 |

- ・ 苦情相談対応時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分

※ お気軽にご相談ください。(土日祝祭日及び年末年始は休みです。)

《苦情相談窓口：社会福祉法人^{恩賜}済生会支部山形県済生会》

- ・ 苦情相談受付担当者 事務局長 長岡淳司
- ・ 苦情相談解決責任者 支 部 長 鈴木光弘
- ・ 苦情相談対応時間 午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分
- ・ 電話番号・所在地 (電話 023-682-1131) 山形市沖町 79 番地の 1

《第三者委員：鈴木弥夫・飯澤ひろみ・芳賀豊松》

- ・ 連絡先(苦情申出先) soudan@yamagata-saiseikai.org

《行政機関》

- ・ 山形市役所指導監査課(電話 023-641-1212) 山形市旅籠町 2-3-25
- ・ 山形県国民健康保険団体連合会(電話 0237-87-8006) 寒河江市大字寒河江字久保 6
- ・ 山形県福祉サービス運営適正化委員会(電話 023-626-1755) 山形市小白川町 2-3-31

《苦情処理を行うための処理体制・手順》

- ① 苦情は、面談・電話・書面等により苦情受付担当者が随時受付します。尚、第三者委員に直接申出をすることも可能です。
- ② 受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員(拒否した場合を除く)へ報告します。
- ③ 苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

6. 事故発生の防止及び発生時の対応

- ① 当施設は、利用者に対する介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者のご家族等に連絡するとともに、必要な措置を講ずるものとします。
- ② 当施設は、利用者に対する介護保健施設サービスの提供により損害を与えたときは、その損害を賠償するものとします。
- ③ 当施設は、利用者に対する介護保健施設サービスの提供により事故が発生した時またはそれに至る危険性がある事態が生じた時に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を職員に周知徹底する体制を整備するものとします。
- ④ 当施設は、事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うものとします。

7. 感染症対策体制

- ① 当施設は、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を、おおむね 3 月に 1 回程度、定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 当施設は、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ③ 当施設は、従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修・訓練を定期的に実施します。
- ④ 当施設は、前 3 項に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

8. 身体的拘束等の適正化

当施設は、原則として利用者に対し身体的拘束等を行ないません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、家族の同意を得て、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行なうことがあります。この場合には、当施設の医師がその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

重要事項についての説明を証するため、本書 2 通を作成し、利用者及び事業所が記名捺印の上、各自 1 通ずつ保有するものとします。

介護保健施設サービスの提供開始にあたり、利用者及び家族代表に対して、本書面に基
づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 住 所 山形市沖町 79 番地の 1
 名 称 介護老人保健施設フローラさいせい
 管理者 施設長 折田博之 ㊞

説 明 者 職 名 _____

 氏 名 _____ ㊞

私は、事業所から介護保健施設サービスについて重要事項の説明を受け、同意し、本書
面を受領しました。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所 _____

 氏 名 _____ ㊞

家族代表 住 所 _____

 氏 名 _____ ㊞