

施設入所のための重要事項説明書

事業者は、利用者に対して次の説明文を説明し、利用者はその説明を受けました。
利用者と事業者は、説明文のとおり、施設入所のための契約を結びます。

◎ 事業内容

名 称	介護老人保健施設あさけ
所在地	三重県三重郡川越町大字豊田302番地の1
管理者	中野 譲子
電 話	059-363-3240
F A X	059-363-3326

◎ 職員体制

管理者	1人
医師	4人
理学療法士	1人
支援相談員	2人
管理栄養士	1人
看護職	13人
介護職	21人
介護支援専門員	2人

◎ 施設の目的

施設サービス計画に基づいて、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うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の在宅における生活への復帰を目指す。

◎ サービス内容

食事－栄養士の献立による栄養バランスを考慮した食事を3食提供します。

入浴－入浴又は清拭を週2回以上行います。

機能訓練－理学療法士により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

健康管理－医師や看護職員が、健康管理を行います。

◎ 介護サービス情報の公表

インターネットによる介護サービスの情報を公表しております。

三重県高齢者福祉・介護保険のホームページでご覧頂けます。

◎ 面会時間

14:00～17:00 (洗濯物交換もこの時間内をお願いします。)

※ 窓口にある面会簿の記入をお願いします。

※ 飲食物の持込みは、お断りさせて頂いております。

◎ 利用料

1. 利用者は、別表に定める月額利用料を毎月事業者の指定する方法、原則として口座振替で支払うものとします。

・口座振替・・・翌々月の6日に指定口座から自動振替（休日の場合は銀行等の翌営業日）
（※現金支払・・・翌月の10日から25日までに、窓口にてお支払いください。）

2. 利用料内訳

①利用者負担額：別紙

②日用品費：シャンプー、リンス、石鹸、おしぼり等

③教養娯楽費：音楽療法、グループ体操、行事費、新聞、雑誌、共同テレビ等の電気代等

④その他：布団クリーニング、外部注文品等

⑤施設内購入衛生材料費：ハブラシなど（別紙）

⑥エンゼルケアに係る費用：全身の清拭、創傷の処置、髭剃り、衣類の着付け等
やすらぎセット、お寝間着代、文書料（別紙）

3. 他科受診があった場合には、別途、請求させていただきます。

4. サービス利用料金並びに食事代の標準自己負担額について、介護給付費体系の変更があった場合、事業者は当該サービス利用料金を変更することができるものとします。
その場合には、その都度同意書を頂きます。

◎ 外出・外泊について

事務所に「外出届」がありますので、申込み次第、医師に確認をとり許可をもらいます。

期日は、下記の通り

◆外出の場合：2～3日前

◆外泊の場合：4～5日前 に、申し出て下さい。

◎ 苦情処理

利用者は、職員や事業者に不満がある場合は、苦情受付窓口を1階事務所に設けております。

事業者は、利用者の苦情に対し、速やかに適切な対応を取ります。

◆苦情受付窓口担当者 支援相談員 伊藤 重子

◆苦情解決責任者 施設長 中野 譲子

(電話 059-363-3240)

◆三重県国民健康保険団体連合会 電話 059-222-4165

- ◆川越町役場 福祉課 電話 059-366-7116
- ◆四日市市役所 介護保険課 電話 059-354-8190
- ◆朝日町役場 保険福祉課 電話 059-377-5659
- ◆桑名市役所 保険福祉部
介護予防支援室 電話 0594-26-1548

◎ 協力医療機関

協力医療機関は、以下の通りです。

- 富田浜病院 三重県四日市市富田浜町26-14
- 山中胃腸科病院 三重県四日市市小古曾三丁目5-33
- 朝日つげ歯科 三重県三重郡朝日町小向925

◎ 事故発生時の対応

利用者に対する入所介護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、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。又、その原因を解明し再発防止に努めます。

◎ 契約解除

- ①要介護認定において要支援若しくは非該当を認定された時。
- ②利用料を3ヶ月滞納した場合においては速やかに退所していただきます。
- ③7日以上に加療を必要とする疾病が生じた場合。
- ④他の入所者及び施設側に著しい迷惑行為・危険行為の恐れがある時。

年 月 日

本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護老人保健施設 あさけ
支援相談員 野澤 康恵 印

本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意しました。

利用者住所

利用者氏名

印