

1 事業所の概要

(1) 事業所の概要

施設名	介護老人保健施設 平成の家
所在地	弘前市大字独狐字石田121番地1
電話番号	0172-95-3981
FAX番号	0172-95-3982
事業所番号	0250280013

(2) 当施設の職員体制

職名	人数	夜間	業務内容
施設長	1名		介護従業者及び業務の統括管理
事務長	1名		施設長を補佐し、日常業務の管理と従業者の指導
薬剤師	(委託)		薬剤の管理、指導
看護職員	7名	1名	医師の指示による看護
介護職員	27名	4名	利用者様の介護業務全般
支援相談員	2名(兼務)		利用者様及びご家族様に対する必要な相談援助業務
介護支援専門員	2名(兼務)		ケアプランの作成、介護保険関連の手続き
作業療法士	6名		利用者様に対する機能訓練
管理栄養士	3名		栄養管理及び栄養ケアマネジメント等
事務員	3名		施設運営に関する入出金

(3) 当事業所の設備の概要

定員	100名
居室	個室:4室、2人室:8室、4人室:20室

(4) 協力病院

弘愛会病院、鳴海病院

2 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

- ・施設サービス計画に基づき、看護、介護及び機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上のお世話を行うことで、利用者様の能力に応じ身体機能の維持及び向上を目指した支援を行います。
- ・緊急時又はやむを得ない場合を除き、身体的拘束その他、利用者様の行動を制限する行為は行いません。

(2) サービスの資質向上に向けて

従業者の研修・・・毎月マニュアルに対応した研修を実施しております。

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

面会	・月～金曜日 午前10時～午後4時 ※家族玄関にお越しください。 ・玄関前に設置してある消毒薬で、手指の消毒をお願いします。
外出・外泊	在宅復帰に向け外出・外泊機会をもつていただくよう定期的に案内させていただいております。外出・外泊の際は、必ず行き先と帰宅日時をナースステーションに申し出てください。ただし、身元引受人様からの連絡がない限り、外出・外泊の許可は致しません。※ <u>コロナ感染防止のため収束するまで実施致しません。</u>
金銭、貴重品の管理	金銭、貴重品は原則お預かりしておりません。自己管理をお願いしております。
持ち込み(お菓子)	・持ってきたおやつ類はご本人様のみとし、他利用者(同室者)に分け与えないようお願い致します。(疾患・嚥下状態に個人差があります。) ・持ち込みされるおやつ類は原則施設側で保管し、ご本人様のご要望があった場合に差し上げております。事故防止のため必ずナースステーションもしくはスタッフまでお持ち下さい。
持ち込み(刃物等)	ハサミ・ナイフ・ライター等の持ち込みは、事故防止のためできません。
持ち込み(市販薬)	できません。
受診	外出・外泊時の受診は、入所中となるため、できません。
飲酒・喫煙	できません。
宗教活動	できません。
ペットの持ち込み	できません。

3 サービスの内容

サービス	内 容
食事	原則として、下記時間帯に食堂でお摂りいただきます。 朝食 7時30分～ 昼食 11時30分～ 夕食 17時00分～ ※希望者には可能な範囲で、時間・場所・メニューの選択を受け付けています。
入浴	週に2回入浴していただきます。 ただし、利用者様の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。
医学的管理	医師、看護による医療管理を行います。 お薬は、医師及び看護職員の管理の下服薬していただきます。
介護	食事、入浴、排泄など生活全般を支援します。
機能訓練	リハビリテーション、レクリエーションの実施
口腔ケア	口腔ケアを毎日実施します。
ケアプラン作成	ケアプランを3ヶ月毎に作成し同意をいただきます。
相談援助	利用者様、ご家族様の相談援助サービスを行います。
その他	介護認定等の申請手続きなど行います。

4 利用料金

(1) 料金表参照

法改正に伴う料金改定の場合は、改定後の料金表に基づき計算させていただきます。その場合は事前に文書で通知いたします。

(2) 料金の支払方法

お支払いは、原則 自動振替でお願いしております。毎月10日頃までに前月分の請求書を発送しますので、振替日26日の前日までに、ご指定の口座にご入金をお願いします。ご不明な点がございましたら、事務室までお問い合わせください。入金確認が取れ次第、領収書を発送いたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

当施設の利用は、要介護度の方を対象としております。入所以前に介護サービスを利用している場合

は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

ア 利用者様・ご家族様の都合によりサービスを終了する場合

※退所を希望する日の10日前までにお申し出ください。

イ 利用者様がお亡くなりになられた場合

ウ 利用者様の要介護認定区分が、非該当又は要支援と認定された場合

エ 利用者様が入院した場合(自動的に退所扱いとなります。)

オ 利用料金を2ヶ月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、10日以内に支払われなかった場合

カ 家庭での受け入れが可能であり、かつ退所後居宅において生活ができると判断された場合

キ 入所継続判定会議等で、当施設での適切なサービスの提供を超えると判断された場合

(例)利用者様の病状、心身状態等が著しく悪化した場合

(例)利用者様やご家族様などが、当施設のサービス方針に従っていただけない場合

(例)共同生活が困難な状況が発生した場合、かつ安全を脅かすような行為が発生した場合

ク 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により、当施設を利用することができない場合

(3) 再入所について

再入所の際は前回入所時の未納分がある場合、清算された上で入所とさせていただきます。

6 サービス内容に関する苦情・要望

(1) 当施設のお客さま相談・苦情窓口

担当者 小枝 浩・藤森麻也子

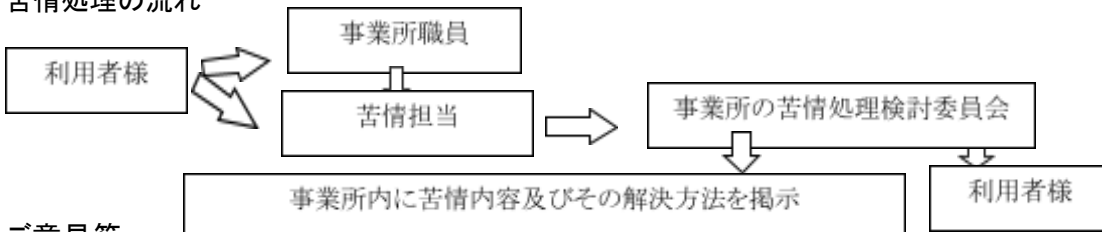
電話 0172-95-3981 FAX 0172-95-3982

受付日 年中(ただし、土・日曜日、8/13・14、12/31~1/3までを除く)

受付時間 午前9時~午後4時

(2) 苦情処理体制

苦情処理の流れ



(3) ご意見箱

当施設内に「ご意見箱」を設置しております。苦情等ありましたら、投函してください。

(4) アンケート・意見交換会

毎年アンケートを実施しており、意見交換会も随時受付しております。

(5) 外部機関の相談・苦情窓口

当施設以外に、お住まいの市町村や関係機関に苦情を伝えることができます。

1 弘前市介護福祉課(介護事業係) 0172-40-7099

②青森県国民健康保険団体連合会(苦情処理委員会) 017-723-1336

③運営適正化委員会(青森県社会福祉協議会内) 017-731-3039

7 緊急時の対応方法

1 利用者様の心身の状態が急変した場合、ご家族に対し緊急連絡します。(受診の継続が必要となり、当施設で対応が困難な時は、ご家族に協力していただく場合もあります。)

2 施設医師の判断により、受診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医院での診療を依頼することがあります。

3 当施設における対応が困難な状態、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関又は他の専門的医療機関を受診し、その指示に従っていただきます。

④ 受診先は、当施設の医師が紹介先の病院と相談の上決定しております。

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を

講じ、速やかに利用者様がお住まいの市町村、ご家族様等に連絡を行います。また、事故の状況及び事

故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当施設の介護サービスにより、利用者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、加入している保険の範囲内で損害賠償いたします。

9 非常災害対策

防災時の対応	初期消火と消防署への通報、避難など
防災設備	火災報知器、粉末消火器、屋内消火栓、防火扉
防災訓練	年2回以上避難訓練、火災通報など必要な訓練を行う
防火管理者	工藤 信幸

10 秘密の保持

- 1 当施設の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者様及びご家族の秘密を漏らしません。退職後も同様です。
- 2 当施設では、利用者様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者様又はご家族様の個人情報を用います。

11 記録の開示

当施設のサービス提供に関し、サービス計画書・診療録等その他記録に関し、ご本人様及びご家族様より閲覧を求められた場合はこれに応じます。ただし原則として記録の写しは提供していません。

～ 一日の流れ ～

		共通サービス	個別サービス
深夜	4:00		オムツ交換、排泄介助
	6:00	起床(モーニングケア)	
早朝	8:00	朝食、与薬	食事介助
	10:00	バイタルチェック アクティビティ、入浴	医療処置、医師の回診(月1回) 必要時の診察
午後	12:00		オムツ交換、排泄介助
	14:00	昼食、与薬 リハビリ、入浴 アクティビティ	食事介助
	16:00		オムツ交換、排泄介助
	18:00	夕食、与薬	食事介助
	20:00	ナイトケア 就寝	与薬(夜間睡眠薬服用者) オムツ交換、排泄介助
深夜	22:00		
	24:00		排泄介助
	2:00		

その他のサービス	入浴(週2回:月・火・水・木・金・土)	水分補給介助、体位交換
	床屋(適宜)	

入所時の持ち物と名前の記入例<保険証等>
「CSセット契約・洗濯業者依頼の場合」

・健康保険証

- ・介護保険証
- ・利用者負担割合証
- ・コロナワクチン接種した方は接種済み券
- ・身体障害者手帳(持っている場合)
- ・契約書に押す身元引受人印鑑(また、連帯保証人の住所、電話番号、印鑑)
- ・口座振替の通帳番号と届出印(契約時必要・入所料は口座振替のため)
- ・薬……現在処方されている薬

ご準備いただく物

Aプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・下着や肌着 6組程度(靴下はプランの中に含まれます。) ・寒い時羽織るもの 数枚
Bプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・下着や肌着 6組程度 ・靴下(6足程度) ・衣類・ズボン、シャツ、トレーナー等の動きやすい物 2組程度 ・寒い時羽織るもの 数枚
Cプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・下着や肌着 6組程度 ・靴下(6足程度)……名前をつけてわかる程度の色 ・タオルケット……2枚～3枚 ・衣類・ズボン、シャツ、トレーナー等の動きやすい物 6組程度 ・寒い時羽織るもの 数枚 ※パジャマ(着て寝る習慣のある方)3組～4組程度

※A・Bプランの場合、衣類等は季節に応じて、家族様に入れ替えしていただきます。

<その他お持ちいただく物>

- ・施設内での履物(リハビリシューズ)
- ・義歯、電気シェーバー、メガネ、時計、杖、シルバーカー(状態に応じて)等

洗濯物:業者委託となります。

洗濯料金はグラム数により異なります。

※ドライクリーニング表示のあるものは、別途料金が発生いたします。

※衣類・持ち物等は、すべてに名前の記入をお願いします。

《例》

〔 へ 平成 花子 〕

確認事項

チェック	項目	内 容
	写真・映像等の使用	<p>行事等ご本人様の施設での様子を記録する場合がございますが、その記録を下記項目に限定して使用させていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設新聞及びホームページ・ブログ等への掲載 (□可 □不可) ・伸康会施設内掲示板への掲載 (□可 □不可)

緊急時の対応	施設医師の医学的判断により施設内でできる応急処置(酸素、点滴等)を超える場合に医療機関へ搬送させていただきます。
自然骨折の可能性	まれに高齢及び骨粗鬆症等の疾病に伴い、医療機関を受診しても、骨折の原因を特定できない自然骨折の可能性がございます。
居室の変更	入所中は、体調不良その他の理由により居室変更させていただくケースがあります。変更の際は、その旨ご連絡します。(□連絡不要)
CSセット	当施設では感染予防の観点から衣類・タオル類の洗濯付レンタル、シャンプー歯ブラシ等の消耗品のレンタルサービスのご利用をお願いしております。 年 月 日開始
福祉用具	車かさいレンタルからのレンタル、または購入をお願いしております。 □車椅子 □歩行器 □センサーマット □その他() 年 月 日開始 (□レンタル □購入)
床屋	定期的に散髪をしていただきます。その場合、原則として当施設の提携業者を利用いただきますが、利用しない場合は、ご家族の方にお願いたします。 □施設に一任 □家族で対応
電化製品の使用	個人的に電化製品を使用する場合、別途電気料金を頂戴します。 ・テレビ 年 月 日開始 ・冷蔵庫 年 月 日開始 ・その他() 年 月 日開始

入所利用の契約・個人情報・サービス利用に伴う確認表の同意書

私は、介護老人保健施設 平成の家を利用するにあたり、重要事項説明書の内容について説明を受け、十分理解しましたので、この書面をもって同意します。また、私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用目的

(1)介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催

されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
 (2)上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合
 (3)現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合

2 個人情報を提供する事業所

- (1)居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2)病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1)個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2)個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

介護老人保健施設 平成の家 施設長 殿

利用者本人	住所
	氏名 印
身元引受人	住所
	氏名 印(続柄)
	電話1 電話2
連帯保証人	住所
	氏名 印(続柄)
	電話1 電話2
緊急時連絡先	氏名 電話

料金表

自己負担額

◎多床室

介護保険1割負担分 (単位:円)					
要介護度	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
施設サービス費(多床室)	772	820	880	930	982
夜勤職員配置加算	24	24	24	24	24
サービス提供体制強化加算	22	22	22	22	22
栄養マネジメント強化加算	11	11	11	11	11

小 計(1日)	829	877	937	987	1,039
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	3.9%				
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	2.1%				
介護職員等ベースアップ等支援加算	0.8%				
合 計(30日換算)	26.561	28.099	30.021	31.624	33.290

◎個室料金

介護保険1割負担分 (単位:円)					
要介護度	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
施設サービス費(多床室)	700	744	805	856	907
夜勤職員配置加算	24	24	24	24	24
サービス提供体制強化加算	22	22	22	22	22
栄養マネジメント加算	11	11	11	11	11
小 計(1日)	757	801	862	913	964
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	3.9%				
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	2.1%				
介護職員等ベースアップ等支援加算	0.8%				
合 計(30日換算)	24.255	25.664	27.619	29.252	30.886

◎別途加算

初期加算 (※入所後、1か月間のみ)	900(30日換算)
療養食加算	900(30日換算)
(※療養食...糖尿病・腎臓病・肝臓病・胃潰瘍・貧血・すい臓病・脂質異常症・痛風及び特別な検査食)	

介護保険2割負担分 (単位:円)					
要介護度	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
施設サービス費(多床室) (30日換算)	53.112	56.198	60.042	63.248	66.580
施設サービス費(個室) (30日換算)	48.510	51.328	55.238	58.504	61.772

◎居住費・食費

		1段階	2段階	3段階①	3段階②	4段階
居 住 費 (1日あたり)	多床室	0	11,100 (370)	11,100 (370)	11,100 (370)	11,310 (377)
	従来型個室	14,700 (490)	14,700 (490)	39,300 (1,310)	39,300 (1,310)	50,040 (1,668)
食費(1日あたり)		9,000 (300)	11,700 (390)	19,500 (650)	40,800 (1,360)	43,350 (1,445)

◎介護保険外負担(30日換算)

その他		
項 目	負担額	摘 要
CSセット	A~Cプラン	業務委託:株式会社エラン 料金は別紙参照 洗濯料金も含まれます。
特別個室料	500円/日	個室使用時
電化製品 (テレビ・冷蔵庫・電気毛 布)	500円/月 (1台・1枚に付き)	テレビ、冷蔵庫はレンタル料込。持ち込みも 可。
理・美容代	2,000円程度	実費:1回あたり
強化リハビリテーション	2,400円/20分	保険外リハビリテーション