介護老人保健施設　成華苑」重要事項説明書
＜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＞

当施設は介護保険の指定を受けています。
和歌山県指定　第３０５２４８００１３号

当施設ではご契約者に対して（介護予防）通所リハビリテーションサービスを提供します。
設備の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇◆目次◆◇

１．経営主体
２．ご利用施設
３．設備の概要
４．職員の配置状況
５．当施設が提供する介護保険の給付対象となるサービスの概要
６．サービス利用料について
７．その他のサービス
８．食中毒予防
９．緊急時の対応
１０．苦情の受付について
１１．利用される時に必要なもの

1　経営主体

法人名：　　社会福祉法人　南紀白浜福祉会
法人所在地：　　和歌山県西牟婁郡白浜町富田１７０３番地
電話番号：　　０７３９－４５－２２２２
ＦＡＸ番号：　　０７３９－４５－０７０８
代表者氏名：　　理事長　　杉若　俊樹
設立年月日：　　昭和６３年　８月　１日

2　ご利用施設

施設の種類：　通所リハビリテーション事業所
施設の目的：　(介護予防）通所リハビリテーションサービスを提供する
施設の名称：　介護老人保健施設　成華苑
施設の所在地：　和歌山県西牟婁郡白浜町富田１３６０－２０番地
電話番号：　０７３９－４５－２８００（代表番号）
４５－８２８０（デイケア直通番号）
ＦＡＸ番号：　０７３９－４５－２８１９ (代表番号)
４５－１６０８（デイケア直通番号）
管理者氏名：　管理者　　前納　博
開設年月日：　平成　３年　４月２３日
利用定員：　９０人
施設運営方針：　ご家庭の中で過ごすことが多いお年寄りの方や寝たきり等で自宅での入浴が困難な方々の為に、リハビリテーションや入浴、食事など各種のサービスを通して、人と人との結びつきを育て自由と安らぎのある場所を目指し、介護されている家族の身体的・精神的な負担の軽減を図ることを目的としています。

3　設備の概要

当施設には以下の設備があります。

設備の種類	室　数	備　　考
食　　堂	１室	
機能訓練室	２室	【主な設置器具】 平行棒、車椅子、多点支杖
浴　　室	２室	一般浴室、特殊浴室
事　務　室	１室	

４　職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉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。（職員の配置状況については、指定基準を厳守しています。）

職種	職員数	常勤換算	指定基準
１　介護職員	１４	13.875	８．０
２　看護職員	３	３	１．０
３　理学療法士、作業療法士 言語聴覚士	４	４	１．０
４　歯科衛生士	１	0.625	０

☆常勤換算：職員それぞれの週当りの勤務時間総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週４０時間）で除した数です。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
１　介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中　８：３０　～　１７：３０　　８名
２　看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中　８：３０　～　１７：３０　　１名 緊急時にはその都度、対応します。
３　理学療法士 言語聴覚士	標準的な時間帯における最低配置人員 日中　８：３０　～　１７：３０　　１名

５　当施設が提供する介護保険の給付対象となるサービスの概要

１．以下のサービスについては介護保険の給付対象となります。

①送迎サービス

専用バス等でご契約者の自宅まで送迎します。

②健康チェック

体温、血圧、脈拍等、ご契約者の健康状態に留意します。

③入浴サービス

一般浴槽のほか、状態に応じて入浴に介助を要する方又は、寝たきりの方については機械浴槽にて入浴していただけます。

④介護

居宅サービス計画に沿って下記の介護を行います。

入浴、食事、排泄、着替え等の介助

おむつ交換、体位交換、施設内外の移動の付添い等

⑤日常動作訓練（個別・集団・パワーリハビリ）

ご契約者には心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、またはその減退を防止するための機能訓練として日常動作訓練を行っていただきます。

又、以下のサービスをご希望される方は担当ケアマネージャーにご相談下さい。

（1）　栄養マネジメント

⑥その他自立への支援

清潔で快適な生活が送れるよう、適切な環境の整備に努めます。

⑦生活相談

常勤の担当相談員に介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

6　サービス利用料について

介護報酬の告示上の金額を頂きます。詳しくは別紙１にて説明させて頂きます。

7　その他のサービス

以下のサービスについては、利用料金の全額がご契約者負担となります。

①給食サービス

当施設では栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況、嗜好を考慮した食事を提供します。

利用料金：昼食　６５０円

②特別な食事

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

③レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料費等の実費をいただくこともあります。

年間行事予定

	行　事	備　考
４月	花見	
５月	端午の節句　　母の日　　春の遠足	
６月	父の日　　あじさい見学ツアー	
７月	七夕会	
８月	夏祭り　　お墓参り	
９月	町敬老会　　施設内敬老会　　彼岸	
１０月	運動会　　文化展出展・参加	
１１月	焼き芋　　文化祭　　秋祭り	
１２月	クリスマス会　　忘年会　　餅つき	
１月	正月　　新年会	
２月	節分　　観梅	
３月	雛祭り　　彼岸	

８　食中毒予防

食中毒予防のため、夏場等の一定期間には、おやつ等食べ物の持参を制限させていただくことがあります。
持参された場合には、必ず職員にお声をお掛けください。また、持参品はその日に出来たものや密封されているもの、腐敗しづらいものをお願いいたします。

９　緊急時及び事故時の対応

医療を必要とする場合は、ご契約者、家族の希望により下記協力医療機関において診察や入院治療を受けることができます。（ただし、下記医療機関での優先的な診察・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診察・入院治療を義務付けるものでもありません。）
緊急時には契約書に定める緊急連絡先に連絡します。また、関係機関への連絡を行います。

①協力医療機関

医療機関の名称	白浜はまゆう病院
所在地	和歌山県西牟婁郡白浜町１４００
診療科	総合病院

医療機関の名称	南和歌山医療センター
所在地	和歌山県田辺市たきない27-1
診療科	総合病院

１０　苦情の受付について（契約書第１０条参照）

①当施設のサービスに関する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）
〔担当相談員〕　愛須　政仁

○受付時間　　毎週月曜日～金曜日
午前８時３０分～午後５時３０分

②当施設では、中立公平の立場から問題解決に向けて、ご協力頂ける方々に第三者委員をお願いしております。

久保　義和 （上秋津福祉会事務長）	所在地　　田辺市上秋津字藤谷 2310-9 電話番号　　0739-35-1010
松本　隆志 （白浜町社会福祉協議会事務局長）	所在地　　白浜町十九淵 274-1 電話番号　　0739-45-2711

①　行政機関その他の苦情受付機関

白浜町介護相談員	所在地　　白浜町１６００ 電話番号　　0739-43-5555　ＦＡＸ番号　0739-43-5353 受付時間　　午前９：００～午後５：００（月～金曜日）
白浜町社会福祉協議会	所在地　　白浜町十九淵274-1 電話番号　　0739-45-2711　ＦＡＸ番号　0739-45-2777 受付時間　　午前８：３０～午後５：３０（月～金曜日）
白浜町役場 民生課　介護保険係	所在地　　白浜町１６００ 電話番号　　0739-43-6593　　FAX番号　0739-43-5353 受付時間　　午前8時30分～午後5時30分（月～金曜日）
田辺市役所 やすらぎ対策課　介護保険係	所在地　　田辺市高雄一丁目２３番１号 電話番号　　0739-26-4931　　FAX番号　0739-25-3994 受付時間　　午前９時～午後５時　（月～金曜日）
上富田町役場 住民生活課　　介護保険担当	所在地　　上富田町朝来763 電話番号　　0739-34-2372　　FAX番号　0739-34-232 受付時間　　午前９時～午後５時　（月～金曜日）

すさみ町役場 環境保健課　介護保険係	所在地　　すさみ町周参見４０８９ 電話番号　　0739-55-4803　　FAX番号　0739-55-4810
和歌山県運営適正化委員会	所在地　　和歌山市手平2-1-2和歌山ﾋﾞｯｸﾞ愛７Ｆ 電話番号　　073-435-5527　ＦＡＸ番号073-435-5584 受付時間　　午前９：００～午後５：３０（月～金曜日）
和歌山県国民健康保険団体 連合会　介護保険課	所在地　　和歌山市吹上2-1-22日赤会館内 電話番号　　073-427-4662 受付時間　　午前８：３０～午後５：３０（月～金曜日）

１１　利用される時に必要なもの

利用される際には原則として下記のものが必要になります。

①介護保険被保険者証
②各種保険証（国民健康保険、共済・社会保険の遠隔地）
③日用品
　タオル、バスタオル、ビニール袋等
④衣類
　衣類、肌着、下着類、靴下、季節により上に羽織るもの等
　オムツを使用されている方は替えのオムツをご用意下さい。

年　　月　　日

（介護予防）通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護老人保健施設成華苑
説明者職名　　担当相談員　　氏名　　印

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

ご契約者住所

氏名　　印

（身元引受人）住所

氏名　　印

＊この重要事項説明書は、厚生省令第３９号（平成１１年3月３１日）第４条の規定に基づき、
利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。