# 介護医療院さくら　重要事項説明書

令和　　年　　月　　日

１　当施設は、福島県知事の指定を受けた介護保険適用の介護医療院
（事業所番号０７Ｂ０２０００１３）です。介護保険適用の入所者の定員は５１名です。

［相談窓口］担当　　（電話 0242 - 22-4075）
月曜日～金曜日午前９時から午後４時を原則とします。担当者は当施設の相談窓口ですが、施設の職員であれば誰でも対応いたします。上記時間帯以外でも相談に応じますのでご不明な点などは遠慮なくご相談ください。

２　事業目的

第２条　当施設は、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の医療機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた長期療養・生活施設で、慢性期の医療と介護の必要性がある方や介護度の高い方に対し、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ことを目的とする。

３　運営の方針

１）当施設では、利用者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、施設サービス計画に基づいて医学的管理のもと、医療、リハビリテーション、看護、介護を行い、療養生活ができる施設として利用者に寄り添った医療介護サービスに努めます。

２）当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。

３）当施設では、介護医療院が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。

４）当施設では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。

５）サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。

６）利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとします。

４　当施設の概要

１）施設の名称所在地等

施設名　　介護医療院さくら
開設者　　公益財団法人穴澤病院
開設年月日　令和２年４月１日
所在地　　福島県会津若松市宮町１番１号

電話番号　　０２４２―２２―４０７５
FAX 番号　０２４２―２２―４０７８
管理者名　　佐藤　育子

2）当施設の概要
施設構成　　：定員５１名（療養室　個室：１室、２人室：１室、４人室：１２室）
人員配置基準：看護６：１　　介護４：１　　Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅰ）
その他　　：夜勤勤務等看護加算（Ⅳ）
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）
在宅復帰支援機能加算
特別診療費

5　施設サービスの内容
当施設の施設サービスは、安心して療養生活が継続できることを目指し、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る施設サービス計画（ケアプラン）に基づいて利用者の病状及び心身の状況に照らして行う適切な医療及び看護、医学的管理の下における機能訓練、介護並びに日常生活上の世話、また栄養状態の管理を行います。

6　当施設の職員体制及び職務内容

| 職　種 | 人　数 | 夜　間 | 職　務　内　容 |
|---|---|---|---|
| 管理者（医師兼務） | １名 | | 従業者の管理及び施設の管理等 |
| 医　師（病院兼務） | １名以上 | | 利用者の医学的管理等 |
| 薬剤師（病院兼務） | １名以上 | | 医師の指示のもと必要な薬剤的管理 |
| 看護職 | ９名以上 | ３名 | 医師の指示を受け、投薬等の医療行為のほか,施設<br>サービス計画に基づく看護・介護を実施<br>早番 7：00～15：30　　遅番 10：30～19：00<br>通常 8：30～17：00　　夜勤 16：30～9：00 |
| 介護職員 | １３名以上 | | |
| 理学療法士<br>作業療法士 | ３名以上<br>(理学療法士<br>２名専従) | | 医師等と共同してリハビリテーション実施計画書を作成し、リハビリテーションに際し指導を実施 |
| 管理栄養士<br>（病院兼務） | １名 | | 利用者の栄養管理、栄養ケアマネジメント等<br>栄養状態の管理 |
| 介護支援専門員 | １名以上 | | 施設サービス計画の原案を作成するとともに、ケアプランの共有と実践の確認をする。 |
| 事務員（通所兼務） | ２名以上 | | 介護報酬事務等 |
| 放射線技師<br>（病院兼務） | １名 | | 医師の指示のもと必要なレントゲン撮影をする。 |
| 相談員 | １名 | | 利用者・家族の相談、入所申し込みの調整 |
| 調理員 | 業務委託 | | 食事の調理 |

7　施設利用にあたっての留意事項

当施設に入所される場合は、特に以下の点に留意して職員の指示に従ってください。

1）消灯時間は午後９時です。

2）食事の時間は、朝食は午前７時３０分から、昼食は１２時から、夕食は午後６時からです。医師からの居室での食事の指示を受けている場合を除き、原則として食堂でお願いいたします。

3）医師、看護師等当施設の職員の指示を守り、他の入所者の迷惑にならないようにしてください。

4）居室内での、飲酒、暴力等他の利用者に迷惑をかけ、職員の指示に従わない場合は即時退所していただきます。

5）当施設内はもとより、敷地内全てが禁煙となっております。

6）現金、貴重品は原則持ち込まないようにしてください。万一持ち込む必要がある場合は、事務室にて保管するなどのご相談に応じます。紛失等にあわれないよう、各自で十分留意して持参の判断をお願いします。事務室に預けない場合で、万一紛失、盗難が発生した場合はその責を負いかねます。

7）電気コンロ、電気ストーブ等電熱器の使用は防災管理上禁止させていただいておりますが、電気毛布については、持ち込みを許可しております。その分の電気料は徴収しておりません。

8）お見舞いなどの食品類が長時間放置されますと、食中毒等衛生管理上問題が発生しますので、持ち込む際には、職員にご相談ください。尚、生ものの持ち込みはお断りしています。また、食品類は放置したままにしておられると予告なしに当施設で処分することがあります。

9）荷物類や衣類は整理整頓し、保管に十分留意してください。

10）当施設の事情により居室を変更させていただくことがありますので、ご了承ください。

11）施設内の立ち入り禁止場所には許可なく近寄らないようにしてください。また施設内での携帯電話のご使用はお控えください。

12）入所時の持参品は着替え、くつ、電気ひげそり（男性)、電気顔そり（女性)、義歯（必要な方)、保険証、印鑑、服用中の薬等です。

尚、持参品には、全て、お名前を記入してください。

13）ベッド回りは置く場所に制約がありますので荷物類は必要最小限にしてください。

14）外出・外泊される場合は、所定の「外出・外泊許可書」に必要事項を記載の上、管理者の許可を受けた後、届出用紙に時間等を記載し、サービスステーションまで、提出してください。尚、管理者の指示、留意事項を厳守してください。外出・外泊時に病状の急変等が発生した場合には、速やかに当施設までご連絡ください。

15）入浴については、施設内の入浴施設をご利用いただきます。尚、病状等により医師の判断で部分入浴や清拭になる場合があります。

16）面会時間は午前１０時～午後８時までですので、定められた時間内でお願いいたします。

8　利用料金等

1）介護保険適用のサービスにかかわる利用者負担について

介護保険で給付されるサービスにかかわる個人の利用料負担は、原則として厚生労働大臣が定める告示上の基準額の利用者負担分となります。但し、介護保険の適用でも、

保険料の滞納等により法定代理受領できなくなる場合があります。その場合は一旦介護報酬に定められた額の全額を徴収し、サービス提供証明書を発行します。この証明書を後日居住地の市町村介護保険の窓口に提出されますと、払い戻しを受けることができます。

２）利用者様の負担金について

別に定める料金表により徴収させていただきます。

３）送迎について

送迎はいたしておりません。各自で手配をお願いします。

４）利用料等の徴収方法について

毎月１０日までに前月分の費用をご請求させていただきます。請求書は、利用者及び扶養者等が指定する方にお渡ししますので、事務室受付でお支払いください。また、銀行振込み、銀行口座からの自動振替サービスの方は、請求書及び前月の領収書を送付いたします。

９　緊急時の対応

１）当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

２）当施設は、利用者に対し、当施設における介護保険施設サービスでの対応が困難な状態、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。

３）前２項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は利用者及び扶養者等が指定する方に対し、緊急に連絡します。

１０　身体拘束の廃止

当施設は高齢者虐待防止法を遵守し、高齢者の人権を尊重して、身体拘束は原則廃止します。但し利用者の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合（「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件を満たし、かつこれらの要件の確認等の手続きを実施）し、同意書を交わした時に実施することがあります。

１１　虐待の防止のための措置に関する事項

当施設は、利用者の尊厳を保持するため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

１）虐待防止委員会を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。

２）職員に対して虐待防止のための研修を定期的に実施します。

３）虐待または虐待が疑われる事案が発生した場合は、虐待防止指針に沿って速やかに解決に繋げます。

４）虐待防止に関する責任者を選定しています。

①虐待防止責任者　　施設管理者　　佐藤　育子

②虐待防止担当者　　相　談　員　　風間　由美

１２　ハラスメント対策

当施設は、適切な施設サービスの提供を確保する観点からハラスメントを防止するための方針を明確化し必要な措置を講じます。

１）事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や業務上必要かつ相当な範囲を超える身体的・精神的・性的ハラスメント行為は施設として許容しません。

上記は、当施設職員、取引先事業者、利用者及びその家族等が対象となります。

２）職員に対してハラスメントに対する研修を実施します。
３）ハラスメント事案が発生した場合、即座に対応し再発防止策を検討します。
４）ハラスメントと判断された場合は行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

１３　サービス内容に関する苦情

１）当施設には支援相談窓口として相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。（電話０２４２－２２－４０７５）
２）当施設では、利用者からの苦情に適切に対応するため以下の体制で苦情解決に努めております。

| | | |
|---|---|---|
| ①苦情解決責任者 | 施設管理者 | 佐藤　育子 |
| ②苦情受付担当者 | 相談窓口 | 風間　由美 |
| ③対応可能な曜日・時間 | 月曜日～金曜日　午前９時　～　午後４時 | |

３）施設内に備え付けられた「ご意見箱」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。
４）施設以外には、保険者である市町村の相談苦情窓口に苦情を伝えることができます。

１４　事故発生時の対応

当施設では、入所者の安心・安全を第一義的に考え運営を行っておりますが、万一事故が発生した場合は、ご家族に連絡を行うとともに、施設内規定に基づき、誠実に対応させていただきます。また市町村など行政機関にも通知します。

１５　非常災害対策

当施設の非常災害対策については、消防法施行規則第３条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第８条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

| | |
|---|---|
| 防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）<br>（うち１回は夜間を想定した訓練を行う） | 年２回以上 |
| 利用者を含めた総合避難訓練 | 年２回以上 |
| 非常災害用設備の使用方法の徹底 | 年２回以上 |

その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとっております。

１６　個人情報の保護

１）当施設は、個人情報保護法を遵守し、公益財団法人穴澤病院並びに当施設の個人情報の保護に関する基本方針に添って、入所者の個人情報を取り扱います。
２）職員とは、業務上知り得た入所者又はそのご家族の秘密を保持するために、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持するべき旨の誓約書を交わしております。

１７　賠償責任

１）介護保健施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して損害を賠償するものとします。
２）利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が被害を被った場合、利用者及び扶養者等は連帯して当施設に対してその損害を賠償するものとします。

１８　連帯保証人

１）連帯保証人は、利用者及び扶養者等と連携して本契約から生じる利用者の債務を負担するものとします。

２）連帯保証人の負担は、極度額を１００万円とします。

１９　協力医療機関

当施設の協力医療機関は以下の通りです。

公益財団法人穴澤病院（併設）　会津若松市宮町１番１号　℡　２２―４０２４

大塩歯科医院　会津若松市東栄町10－1　℡　３８－４５６７

２０　提供するサービスの第三者評価の実施状況

当施設では第三者評価は実施しておりません。

２１　重要事項説明書に定めのない事項

この重要事項説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は扶養者等と当施設が誠意をもって協議して定めるものとする。

≪説明をした職員≫

令和　　年　　月　　日、この重要事項説明書を交付し、介護医療院さくらの

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が説明しました。

≪説明を受けた方≫

令和　　年　　月　　日、この重要事項説明を受け

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（利用者とのご関係　　）が同意しました。

≪利用者氏名≫

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以上