

重要事項説明書

施設サービスを提供するにあたり、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業を経営する者

事業者の名称	医療法人 慶真会
事業者の住所	岡山県高梁市柿木町 2 4 番地
法人の種別	医療法人
代表者の氏名	理事長 菅田 吉昭

2. 事業を運営する施設

施設の名称	大杉病院介護医療院
施設の所在地	岡山県高梁市柿木町 2 8 番地 1
管理者氏名	大杉 紘
連絡先	電話：0866-22-5155 FAX：0866-22-1535

3. 実施する種別

事業の種別	岡山県の許可		利用定員
	許可年月日	介護保険事業所番号	
介護医療院	令和 2 年 2 月 1 日	3 3 B 0 9 0 0 0 1 6	4 0 人

4. 事業の目的と経営方針

事業の目的	当施設は、長期に渡り療養が必要である人に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理・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入所者が能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようサービスを提供することを目的とする。
運営方針	当施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護医療院サービスの提供に努めます。また、明るく家庭的な雰囲気を作り、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村をはじめ、その他の介護保険事業者、福祉サービス事業者、医療機関との綿密な連携を取り総合的なサービス提供が受けられるように努めます。

5. 施設の概要

(1) 建物

建 物	構造	鉄筋コンクリート 3 階建て
	延床面積	1 3 4 8 . 5 8 m ²
	利用定員	4 0 人

(2) 居室

居室	部屋数	定員		居室面積
2階	11室	1人部屋 2室	2人部屋 9室	8㎡以上
3階	11室	1人部屋 2室	2人部屋 9室	

(3) 主な施設

N0	主な施設	用途	個数
1	多目的ルーム	食堂兼レクリエーション等の実施場所	2
2	特別浴室	入浴に介助を要する方が使用	1
3	相談室	家族等と談話する場所として使用	1
4	機能訓練室	リハビリを行う施設	2
5	一般浴室	入浴に補助等を要する方が使用	2
6	談話コーナー	来訪者等と談話を行う場所として使用	2
7	障害者用トイレ	車椅子等を使用しての利用	3
8	洗面所	洗面等を行うために使用	2
9	スタッフルーム	職員の活動拠点	2

6. 職員の体勢と職務内容

N0	職種	人員	業務内容
1	管理者（兼務）	1人	施設及び業務管理
2	医師（兼務）	3人以上	日常的な医学管理
3	薬剤師（兼務）	1人以上	服薬指導及び調剤
4	リハビリ専門職	1人以上	リハビリに関すること
5	看護職員（兼務）	7人以上	医療行為・看護・介助
6	介護職員	8人以上	日常生活介助
7	介護支援専門員（兼務）	1人以上	ケアプランの作成及び各種相談受理
8	管理栄養士	1人以上	栄養管理

7. 勤務時間

N0	勤務形態	職種	時間
1	日勤	医師・看護師・介護支援員等	8:30～17:30
2	早出	看護師・介護職員	8:00～17:00
3	遅出	看護師・介護職員	10:00～19:00
4	準夜①	看護師	15:30～0:30
5	準夜②	介護職員	15:00～0:00
6	深夜	看護師・介護職員	0:00～9:00

8. サービス内容

サービスを提供するに際して、プライバシーの確保に万全を期すると共に、2人部屋については、間仕切り・カーテンの組み合わせにより室内を区分し、各入所者の平穏を確保します。

N0	項目	サービス内容
1	食事・栄養管理	管理栄養士が栄養管理を行い、適切な栄養量の食事を提供します。食事はできるだけ離床して食堂で摂って頂きますが、困難な場合は、介護度に応じて適切に対応します。食材に関しては、地産地消に努めます。
2	排泄介助	心身の状態に応じて、排泄の自立に必要な援助を行います。おむつが必要な方には、おむつを適切に交換します。
3	口腔ケア	心身の状態に応じて、1日1回以上適切な方法により必要な口腔ケアの援助を行います。
4	入浴・保清	週に最低2回の入浴を行います。心身の必要に応じて一般浴槽及び特別浴槽で対応していますが、入浴が困難な場合には、清拭となる場合があります。
5	離床・整容	寝たきり、褥瘡防止のため、できるだけ離床に配慮します。
6	機能訓練	心身の諸機能の維持改善を図り、日常生活の自立を助けるためにリハビリテーションを行います。
7	シーツ交換	週1回行い行います。汚染した際には、その都度交換します。
8	洗濯	各自でお願いします。必要な方は業者を紹介します。
9	生活必需品	業者を紹介します。業者と契約を行うことで、タオル・寝間着等生活必需品の提供を受けられます。
10	理美容	業者を紹介します。月に一度の間隔で業者が来ます。
11	健康管理	医師・看護師による日常的な医学管理・看護を行います。また、緊急時には併設する病院で対応することとし、専門的な医療が必要な場合は、ほかの専門機関を紹介します。インフルエンザの予防接種等にも対応します。(実費必要)
12	リハビリテーション	心身の諸機能の維持改善を図り、日常生活の自立を助けるためにリハビリテーションを行います。
13	行政手続支援	介護保険被保険者証の更新等の際には、入所者の代理人として手続きを行います。

9. 利用料金

別紙、ご利用料金表をご参照下さい。

10. 利用料金の請求及び支払い方法

(1) 請求

当月分の請求は、月締めとし、翌月の10日前後となります。

(2) 支払い

指定された口座からの引落としとなります。引落とし日は、請求月の20日となります。(但し、20日が金融機関休業日の場合は、20日以降の最初の金融機関営業日となります) 引落とし手続きが完了するまでの間は、請求月の25日までには、窓口でのお支払いをお願いします。

窓口でのお支払いができない場合は、下記の何れかの金融機関の口座に振り込みをお願いします。

NO	金融機関	口座名・口座番号
1	備北信用金庫	医療法人 慶真会 普通預金口座 口座番号 0211547
2	トマト銀行高梁支店	医療法人 慶真会 普通預金口座 口座番号 4435381
3	中国銀行高梁支店	医療法人 慶真会 普通預金口座 口座番号 1266070

1 1. 事故の発生時の対応

施設では、事故防止のための指針を定めています。サービス提供により事故が発生した場合、直ちに必要な措置を講ずるとともに、ご家族・関係市町村へ連絡します。

1 2. 身体拘束等の原則禁止

当施設は、原則として身体拘束等を行いません。但し、自傷他害の恐れがある場合等緊急やむを得ない場合には、管理者が判断し、身体拘束等を行います。緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、ご家族に内容・期間・改善に向けた取組を説明の上、同意を頂きます。

身体拘束等を軽減するため下記の対策を講ずることとします。

- ① 安全で適切なケアを提供するために身体抑制検討委員会(身体拘束等適正化検討委員会)を設置し、委員会を一月に1回開催し、身体抑制の適正化を図ります。
- ② 身体拘束適性化のため指針に沿って対策を講じることとします。

1 3. 非常災害時の対応

- ①災害発生時には対応マニュアルに沿って対応します。
- ②防火及び災害訓練は、年2回実施します。
- ③カーテン等の防煙性のものを使用しています。
- ④防火管理については、専門業者と協力して行っています。

防火設備	設備名称	
	①スプリンクラー	⑤防火扉
	②自動火災報知器	⑥誘導灯
	③屋内消火栓	⑦非常用電源
	④消火器	⑧外部非常階段
防火管理者	青木 享	

14. 施設利用に当たっての留意事項（禁止行為も含む）

ジェネリック薬の使用	当施設では、効果が同様ですが名称の違う薬を使用する場合があります。
面会	① 面会時間 午後2時00分～午後5時30分 ※感染防止等のため面会時間（通常は午前10時～午後7時）に制限を設けています。 ② 機械警備をしているので午後7時30分～午前7時00分の間は出入りできません。前記以外での時間帯で緊急性がある場合の出入りは職人に申し出てください。
食べ物の持ち込み	面会時の食べ物を持参された方は、スタッフへ申し出てください。検査での絶食指示が出ている場合や、感染防止対策のため医師の許可が必要な場合があります。
飲酒・禁煙	飲酒・禁煙（敷地内も含む）は厳禁とします。（家族も含む）
ペット	持込禁止です。
所持品・貴重品	所持品は、ご自分で管理をお願いします。貴重品は、極力持ち込まないようお願いします。 テレビ等の家電製品を持ち込まれ当施設の電源を使用される場合は必ずお申し出ください。個々の家電製品について電気代として別途料金を頂きます。また、電気毛布等の使用について、管理者の許可が必要となりますので、十分ご注意ください。 サービスの提供及びベッドの移動等に支障が発生するような多くの所持品の持込は禁止とします。
宗教・政治活動	宗教活動・政治活動は禁止とします。
迷惑行為	大声を出したり、うろついたりして他の入所者の迷惑になるような行為は厳禁とします。
外出・外泊	外出・外泊には管理者の許可が必要です。
施設外での受診	大杉病院以外で受診される方は、当施設が発行する「依頼状」が必要です。投薬についても同様です。
利用居室	病状等により居室の移動をお願いすることがあります。
入所期間	病状等により入所継続が困難な場合は、退所して頂く場合があります。

15. 相談・要望・苦情等の窓口

当施設のサービスについて、疑問・苦情その他ご相談がございましたら、お気軽にご相談ください。

相談・苦情担当者	介護支援専門員 平方 園江 電話：0866-22-5155（代）
苦情受付行政機関	高梁市健康福祉部 健康長寿課 高梁市松原通2043 電話：0866-21-0299
	岡山県国民健康保険団体連合苦情相談窓口 岡山市北区桑田町17-5 電話：086-223-8876

苦情を受けた場合は担当者が入所者又はご家族から状況や事情を確認し、検討会を開催し、解決の具体的な方策を検討すると共に解決策を実施いたします。また、苦情受付行政機関からの質問調査などがあった場合には調査に協力すると共に、指導助言がある場合には必要な改善を行います。

16. 成年後見制度

当施設は、入所者と適正な契約手続きを行うため、必要に応じて、成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度の活用できるように支援を行います。

17. サービス提供の記録

当施設は、入所者の介護医療院サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を完結から5年間保存します。（診療記録についても同様とします）入所者が、前項の記録の閲覧・複写を求めた場合には、原則対応することとします。但し、扶養者その他の者（入所者の代理人を含みます）に対しては、入所者の承諾・その他必要と認められる場合に限り対応することとします。

18. 虐待防止等に関する研修

当施設は、高齢者の尊厳を守り、高齢者及びその家族が共に健やかな生活を送ることができるよう、職員の資質向上のため計画的に人権擁護や虐待防止等の研修を行います。

19. 内容及び手続きの説明及び同意

当施設は、サービスの提供について重要事項説明書等を交付し、丁寧な説明に努めます。サービス提供の内容を入所者及び施設側がお互い十分に共有がなされていることを確認するため、同書の作成を行うこととします。

20. 秘密の保持及び個人情報の保護

当施設とその職員は、個人情報保護法に基づき、業務上知り得た入所者及びその家族等に関する個人情報を承諾することなく在任中及び退職後においても次の各号に該当する場合を除き第三者に提供しません。

- ①介護サービス提供における事業者間での連帯等に必要な情報
- ②入所者が偽り、その不正な行為によって保険給付を受けている場合において市町村に通報義務が生じた場合
- ③入所者の病状が急変した場合における医療期間への情報提供
- ④法令に基づき情報提供の依頼があった場合

21. 緊急時の対応

- 1. 当施設は、入所者に対し、医師の医学的判断により受診が必要と認める場合、併設病院での診察を依頼することがあります。
- 2. 当施設は、入所者に対し、当施設における介護保険サービスでの対応が困難な状態、又は専門的な医学対応が必要とした場合、大杉病院・又は他の専門機関を紹介します。前項の他、入所利用中に

入所者の心身の状態が急変した場合、当施設は、身元引受人に対し、緊急連絡します。

22. 賠償責任

1. 当施設は、入所者に対するサービスの提供にあたって故意又は過失により、入所者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合に、すみやかに市町村、家族等の緊急連絡先へ連絡すると共に、必要な措置を講じ、その損害を賠償します。但し、入所者に故意又は過失が認められ、且つ入所者の置かれた心身の状態等を勘案し相当と認められる場合は、損害賠償を減ずることができるものとします。
2. 次の各号に該当する場合は、損害賠償責任を負いません。
 - ①契約締結時に利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、これを告げず又は不実の告知をおこなったことに起因して損害が発生した場合
 - ②サービス実施のため必要事項に関する聴取・確認に対して、これを告げずまたは不実お告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
 - ③入所者の急激な体調の変化等、施設が実施したサービスを原因としない事に起因して損害が発生した場合
 - ④入所者が、施設及び職員の指示・依頼に反して行った行為に起因して損害が発生した場合
3. 入所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は、入所者及び身元引受人は連帯して、当施設に対して、その損害を賠償します。

23. 協議事項

この契約に関して問題が生じた場合は、当事者が互いに信義に従い、誠実に協議し、解決するものとします。

只今、私は重要事項説明書の説明を受け、その内容を十分理解し同意します。

また、他の介護事業所・病院等から当施設が必要な情報を入手することも同意します。

年 月 日

○ 入所者

住所

氏名 _____ 印

○ 入所者の代筆者

住所

氏名 _____ 印 (続柄:)

○ 入所者の身元引受人

住所

氏名 _____ 印 (続柄:)

施設側説明者

職名

氏名 _____ 印

入所年月日 年 月 日