

# 重要事項説明書

## 1 事業所の概要

|           |                                |
|-----------|--------------------------------|
| 事業所名      | 介護医療院 望ヶ丘医院                    |
| 所在地       | 亀田郡七飯町大川3丁目5番28号               |
| 介護保険事業所番号 | 01B1500011                     |
| 管理者及び連絡先  | 理事長 田中 慈 雄<br>亀田郡七飯町大川3丁目5番28号 |

## 2 事業所の職員体制等

| 職 種      | 従事するサービス種類、業務  | 人 員                 |
|----------|----------------|---------------------|
| 管理者      | 運営上必要な指揮・命令    | 1 名 (常勤兼務)          |
| 医師       | 患者の身体状況の把握     | 2 名以上 (常勤兼務)        |
| ケアマネージャー | 中立公正な立場でのプラン作成 | 1 名以上 (常勤兼務)        |
| 介護職員     | 介 護            | 5 名以上 (常勤専従)        |
| 看護職員     | 准看護師           | 3 名以上 (常勤専従)        |
| 栄養士      | 栄養管理           | 1 名以上 (常勤兼務)        |
| 調理師      | 調 理            | 1 名以上 (常勤兼務)        |
| 事務担当職員   | 事 務            | 2 名以上 (常勤兼務)        |
| 相談員      | 苦情・相談等対応       | 2 名以上 (常勤専従・常勤兼務各1) |

## 3 設備の概要

| 区 分       | 数 量・規 模             |                 |
|-----------|---------------------|-----------------|
| 入所定員      | 14 名                |                 |
| 居 室       | 2人部屋                | 6 室 (1室 16.40㎡) |
|           | 個 室                 | 2 室 (12.0 ㎡)    |
| 食堂・談話室    | 1 室 (66.5 ㎡)        |                 |
| 機能訓練室①    | 1 室 (51.0 ㎡)        |                 |
| 浴 室       | 1 室 (44.0 ㎡)        |                 |
| 便 所       | 車椅子用便所2箇所 (各3.84 ㎡) |                 |
|           | 4箇所 男子便所            | (7.71 ㎡)        |
|           | 女子便所                | (7.13 ㎡)        |
| 洗面所       | 1 箇所 (12.09 ㎡)      |                 |
| ナースステーション | 1 室 (33.3 ㎡)        |                 |
| その他       | 中廊下幅 2.7m 片廊下幅 2.0m |                 |

#### 4 サービスの内容

|          |                                                      |
|----------|------------------------------------------------------|
| ① 食事     | 朝食) 7 : 30 ~ :<br>昼食) 12 : 00 ~ :<br>夕食) 18 : 00 ~ : |
| ② 介護     | 着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付き添い、レクリエーション等。          |
| ③ 入浴     | 週 2 回の入浴です。特別浴又は清拭となる場合があります。                        |
| ④ 個別訓練   | 日常生活訓練を中心に、必要に応じて実施します。                              |
| ⑤ 健康管理   | 毎日、医師の回診をいたします。日々のバイタルチェック。                          |
| ⑥ 理容・美容  | 自己負担にて、定期的に訪問理・美容を依頼しております。                          |
| ⑦ 日常生活訓練 | 作業療法、運動療法、レクリエーションを行います。                             |

## 5 利用者負担

- ① 利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。この金額は要介護度や負担限度額段階により分かります。各費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。(疑問点等があれば、相談員へお尋ねください。)

1) 介護報酬に係る利用者負担金(費用全体の1割) 《介護医療院》注:1日あたりの負担額です。

| 区 分           | 介護度                                                      | サービス費           | 単位 | 区 分            | 介護度                      | 多床室             | 単位 |
|---------------|----------------------------------------------------------|-----------------|----|----------------|--------------------------|-----------------|----|
| 1)基本額<br>(個室) | 要介護1                                                     | 711             | 円  | 1)基本額<br>(多床室) | 要介護1                     | 821             | 円  |
|               | 要介護2                                                     | 820             | 円  |                | 要介護2                     | 930             | 円  |
|               | 要介護3                                                     | 1,055           | 円  |                | 要介護3                     | 1,165           | 円  |
|               | 要介護4                                                     | 1,155           | 円  |                | 要介護4                     | 1,264           | 円  |
|               | 要介護5                                                     | 1,245           | 円  |                | 要介護5                     | 1,355           | 円  |
| 2)加算額         | 初期加算                                                     | 30円 最初の30日間のみ   |    | 2)加算額          | 初期加算                     | 30円 最初の30日間のみ   |    |
|               | 処遇改善加算(Ⅳ)                                                | 介護サービス費の4.0%/1月 |    |                | 処遇改善加算(Ⅳ)                | 介護サービス費の4.0%/1月 |    |
| 食 費           | 負担段階により設定。 イベント食 1,100円。                                 |                 |    | 食 費            | 負担段階により設定。 イベント食 1,100円。 |                 |    |
| 居住費           | 負担段階・入所部屋により設定。                                          |                 |    | 居住費            | 負担段階・入所部屋により設定。          |                 |    |
| その他加算         | ・口腔衛生管理加算(Ⅰ)～90円/月 ・安全対策体制加算～20円/入所時                     |                 |    |                |                          |                 |    |
|               | ・感染・褥創管理加算～各6円/日 ・サービス提供体制強化加算(Ⅲ)～6円/日                   |                 |    |                |                          |                 |    |
|               | ・退所時情報提供加算～500円/回(在宅)250円/回(医療機関) ・栄養ケアマネジメント未実施減算～14円/日 |                 |    |                |                          |                 |    |

3) 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」(全額、自己負担)

| 区 分        | 金 額(単 位)                 | 内 容 の 説 明           |
|------------|--------------------------|---------------------|
| ① 個 室      | 1日 1,660 円               | 利用者の希望によって個室を利用した場合 |
| ② 電化製品持込   | 1日 110 円                 | 利用者の希望によって利用した場合    |
| ③ おやつ      | 1日 140 円                 | 利用者の希望によって利用した場合    |
| ④ 日用品費     | 実 費 円<br>(シャンプー、ボディソープ等) | 利用者の希望によって利用した場合    |
| ⑤ テレビ貸し出し料 | 1日 170 円                 | 利用者の希望によって利用した場合    |
| ⑥ 健康管理費    | 予防接種 時価                  | インフルエンザ等各種ワクチン接種    |

4) 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用(全額、自己負担)

| 区 分   | 金 額(単 位)             | 内 容 の 説 明        |
|-------|----------------------|------------------|
| 行事費用  | 実 費 円                | 利用者の希望によって参加した場合 |
| 理美容費用 | 1回 2,200 円 (内容により変更) | 利用者の希望によって実施した場合 |

(注) 3)は、1)及び2)で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合又は制度上の支給限度を超えてサービス提供を受けた場合等に要する費用です。

② 支払方法

利用者負担金又は自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払い頂きますようお願い申し上げます。

- A 現金払い(サービス提供時に毎月10日毎、お支払い願います。)
- B 銀行振込又は郵便振込(期日までに利用者のお名前でお振り込み願います。振込みの場合、手数料は利用者のご負担となります。)

6 当施設のサービスの方針

- ・ 当院、介護医療院は介護保険法により運営しています。従いまして、厚生労働省の定める指針・介護保険法を遵守し、入所者さんにより快適な療養生活を送って頂けるよう努力いたします。
- ・ 医療的管理については、常勤医師が回診・与薬などを可能な範囲において行います。
- ・ 災害発生時は、自然災害時緊急マニュアル及び夜間避難体制に基づき行動します。なお、避難誘導・通報訓練・消火訓練は最低年2回実施しており、夜間の避難訓練についても最低でも年1回の実施しています。
- ・ 感染予防については、院内感染対策委員会を設置しており、万全の体制を整えております。入所者さんの状態・改善点等の重要事項については、定期的に担当者会議を開催しており入所者さん及びご家族の個人情報保護しながら個々のケアについて話し合います。
- ・ 身体拘束につきましては、当院では実施しない方針です。但し、生命維持に必要な治療時や生命に及ぶ危険行為時などにおいては、ご家族同意のもと必要時のみ実施する場合があります。
- ・ カスタマーハラスメントにつきましては、ハラスメントに該当すると判断された場合、当施設の指針に基づき、速やかに対応させていただきます(状況に応じ警察及び弁護士等への相談・法的処置)。
- ・ 職員はスキルアップの為、院内外における各種研修を受けております。ご質問・苦情等ございましたら、遠慮なく相談窓口担当(主任看護師)までお申し付け下さい。

## 7 サービス利用に当たっての留意点

|             |                                                 |
|-------------|-------------------------------------------------|
| ① 面会時間      | 10時～17時まで。(手洗い・うがい・手指消毒・必要時はマスク着用・等の実践をお願いします。) |
| ② 金銭・貴重品の管理 | 持ち込みは控えてください(やむを得ない場合に限り一時的な預かり可能)。             |
| ③ 外出・外泊     | 医師の許可によって可能。                                    |
| ④ 飲酒・喫煙     | 飲酒は禁止、施設及び敷地内全面禁煙。                              |
| ⑤ 所持品の持ち込み  | 別紙参照。                                           |
| ⑥ 施設以外での受診  | 医師の判断によって必要に応じて行います。                            |
| ⑦ その他       | 施設内での行動は、医師及び看護(介護)職員の指示をお守りください。               |

## 8 緊急時・事故発生時の対応方法

緊急時・事故発生時において夜間・日曜・祝日においては、医師や看護師が不在になる事があるため、対応が困難になる場合があります。有事の際は、ご家族へ早急にご連絡をして、協力医医療機関等との連携を致します。希望される医療機関への緊急搬送を希望される方は、下記ご記入ください。

但し、受入病院の状況や時間帯等の諸条件によってはご希望に添えないこともあります。予め、ご了承下さい

|       |                             |      |         |
|-------|-----------------------------|------|---------|
| 医療機関等 | 指定医療機関<br>主治医               |      |         |
| 緊急連絡先 | 氏 名<br>連絡先                  |      |         |
| 協力歯科  | 函館協会病院歯科口腔外科・みさわ歯科口腔外科クリニック | 協力病院 | 函館新都市病院 |

## 9 非常時災害対策

防火権原者兼防火管理者：理事長 田中 慈雄の指示の元で最低年2回の防災訓練を行う。有事の際は、自然災害等緊急マニュアルに基づいて活動する。また、夜間訓練を年1回、職員にて実施する。

## 10 相談窓口、苦情対応

☆ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

|                              |        |                        |
|------------------------------|--------|------------------------|
| 当施設お客様相談窓口                   | 電話番号   | 0138(65)8112           |
|                              | fax 番号 | 0138(65)9226           |
|                              | 相談員    | 主任 富山 良太 又は 理事長 田中 慈雄  |
|                              | 対応時間   | 8:30～17:30             |
| 函館市介護高齢福祉課高齢者介護総合相談窓口        |        | 電話番号 0138(21)3025      |
| 七飯町保健福祉課(介護福祉係)              |        | 電話番号 0138(65)2511内線136 |
| 北海道国民健康保険団体連合会 介護保険問い合わせセンター |        | 電話番号 0120(544)515      |
| 北斗市役所保健福祉課 福祉・介護グループ         |        | 電話番号 0138(73)3111内線144 |
| 北海道保健福祉部福祉局指導監査課事業指導グループ     |        | 電話番号 011(231)4111      |

## ☆ 当法人の概要

|        |                                   |
|--------|-----------------------------------|
| 法人の名称  | 医療法人社団 慈友会 望ヶ丘医院                  |
| 所在地    | 〒041-1122 亀田郡七飯町大川3丁目5番28号        |
| 電話・FAX | FAX 0138(65)9226 TEL 0138(65)8111 |
| 事業所数   | 1                                 |

## 【説明確認欄】

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 事業所名 介護医療院 望ヶ丘医院  
説明者 富山 良太 印

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受けました。

令和 年 月 日 患者様 氏名 印

(代筆者: ) (続柄: )