

介護医療院みのり重要事項説明書

1 事業者の概要

事業者名称	社会医療法人社団 陽正会
代表者氏名	理事長 寺岡 謙
所在地 (電話番号)	広島県福山市新市町大字新市 37 番地 (電話) 0847-52-3140

2 事業所の概要

事業所名称	介護医療院みのり
介護保険指定 事業所番号	34B1700018
事業所所在地	広島県府中市元町 43 番地 1
連絡先 相談担当者名	0847-45-4571 (担当者) 大元 典子
利用定員	82 人

3 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態にある高齢者（以下「入所者」という。）に対し、介護医療院サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none">入所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、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います。事業者は、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たサービスの提供に努めます。入所者の個人情報、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、当施設が得た入所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、必要に応じて入所者又はその家族の了解を得ます。事業者は、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町と綿密な連携を図り、入所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に努めます。

4 職員の職種、員数及び職務の内容

職名	職務内容	員数
管理者	・従業者の管理及び業務の実施状況の把握その他事業の管理を一元的に行います。	1 人
医師	・入所者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。	1 人以上
薬剤師	・医師の指示に基づき薬剤を管理するとともに、入所者の服薬指導を行います。	1 人以上
看護職員	・医師の診療補助及び医師の指示による入所者の看護、施設の衛生管理等の業務を行います。	14 人以上
介護職員	・入所者の介護、自立的な日常生活を営むための支援等の業務を行います。	14 人以上

理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士	・医師等と共同してリハビリテーション実施計画を作成するとともに、当該計画に従いリハビリテーションを行います。	1人以上
栄養士	・献立の作成、入所者の栄養指導を行うとともに、食品衛生法に定める衛生管理を行います。	1人以上
介護支援 専門員	・入所者の施設サービス計画を作成するとともに、要介護認定及び要介護認定更新の申請手続きを行います。	1人以上
放射線技師	・医師の指示に基づきレントゲン検査業務を行います。	併設する クリニックで対応
事務職員	・施設の管理、運営等の業務を行う。	実情に応じた 適当数

5 施設サービス内容

入所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に基づいて、入所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医学的管理の下における看護・介護並びに日常生活上の世話をを行います。

7 利用料及びその他の費用

(1) 利用料及びその他の費用

- ・別紙料金表のとおり
- ・その他の費用は、入所者又はその家族に事前に文書で説明し、支払いの同意を得た上で徴収します。

(2) 利用料の支払い

- ・利用料の支払いは、原則、口座引落とし(広島銀行・JA・郵便局)とします。
- ・当月分の利用料を、翌月10日までに請求します。
- ・利用料の支払いを受けた場合は、領収書を発行します。

8 利用に当たっての留意事項

・面会は、原則として午前9時から午後8時までです。
・消灯時間は、午後9時です。
・外出・外泊は事前に従業者に申し出てください。(外泊は月6日間を限度)
・施設内での飲酒・喫煙は禁止です。
・施設内での火気の取り扱いは禁止です。
・設備、備品の使用は従業者に申し出てください。
・所持品・備品等の持ち込みは従業者に申し出てください。
・金品・貴重品の持ち込みは原則として禁止です。
・外泊時等の施設外での医療機関受診は、必ず施設へ連絡してください。
・ペットの持ち込みは禁止です。
・入所者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止です。
・他入所者への迷惑行為は禁止です。

※ 故意に事業所内の設備を壊した場合には、利用者の自己負担により原状回復していただくか、相当額を支払っていただきます。

※ 貴重品等の管理は、自己責任でお願いします。

9 緊急時の対応

施設医師の医学的判断により、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、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。

10 事故発生時の対応

- (1) 入所者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに入所者に対して応急措置、医療機関への搬送等必要な措置を講じるとともに、家族及び関係機関に連絡します。
- (2) 事故の発生状況及び事故に対する処置状況を記録します。
- (3) 入所者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

11 非常災害対策

- (1) 非常災害に備え、災害対策に関する具体的な計画を作成します。
- (2) 非常災害発生時の関係機関への通報及び連絡体制を整備するとともに、避難、救助等の訓練を行います。

11 虐待防止のための措置

利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を行います。
- ・虐待防止の指針を整備し、必要に応じ見直しを行います。
- ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に行います。
- ・上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。

13 身体拘束に関する事項

入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き原則として身体拘束を行わないものとします。ただし、やむを得ず身体拘束を行う場合には、その形態、時間、当該入所者の心身の状況及びやむを得ない事態であるかを十分に検討し、医師から当該入所者及びその家族に説明し、同意を得ます。

14 医師の宿直

医師の宿直は行わないものとします。ただし、入所者が急変時に適切な対応が行えるよう連絡体制を整備します。

15 損害賠償

- (1) 事業者は、自己の責めに帰すべき理由により、入所者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害の賠償金を利用者に支払います。なお、下記の損害保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保 険 名	賠償責任保険

- (2) 次の各号に該当する場合には、損害賠償の責任を負わないものとします。

- ・入所者が、その心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げなかったことにより損害が生じた場合

- ・入所者が、施設サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げなかったことにより損害が生じた場合
- ・入所者が、急激な体調の変化等、施設サービスを原因としない事由により損害が発生した場合
- ・入所者が、事業者若しくは従業員の指示に反して行った行為により損害が発生した場合

1 6 個人情報の保護

利用者及びその家族に関する秘密の保持	<ul style="list-style-type: none"> ・従業者は、施設サービスの実施に際して、知り得た入所者及びその家族の情報を正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。なお、この秘密を保持する義務は、施設サービスの提供契約が終了した後においても同様とします。
個人情報の保護	<ul style="list-style-type: none"> ・施設サービスに関する業務を行うために個人情報を収集するときは、この業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により収集します。 ・サービス担当者会議等で、入所者及びその家族の個人情報を共有する場合は、あらかじめ、文書により入所者及びその家族から同意を得ます。 ・施設サービスに関して知り得た入所者又はその家族に関する個人情報が含まれる文書は、第三者に漏洩しないよう適正に管理します。

1 7 苦情・相談の窓口

(1) 事業所の苦情・相談窓口

自ら提供した施設サービスに関する入所者又はその家族の苦情・相談等に、迅速かつ適切に対応するため、苦情・相談窓口を設置しています。

担当者	大元 典子
電話番号	電話 0847 - 45 - 4571
受付時間	8:30～17:00（営業日）

(2) 市町(保険者)等の苦情・相談窓口

府中市健康福祉部介護保険課	住 所：広島県府中市府川町3 1 5 番地 電話番号：0847 - 40 - 0222 F A X：0847 - 45 - 5522 対応時間：8：30～17：15
福山市保健福祉局長寿社会応援部介護保険課	住 所：広島県福山市東桜町3 番 5 号 電話番号：084 - 928 - 1166 F A X：084 - 928 - 1732 対応時間：8：30～17：15
広島県国民健康保険団体連合会介護保険課	住 所：広島県広島市中区東白島町19 番 49 号 国保会館 電話番号：082 - 554 - 0783 F A X：082 - 511 - 9126 対応時間：8：30～17：15

令和 年 月 日

上記内容を利用者に説明しました。

【説明者】

名 前 _____

上記内容の説明を受けました。

【利用者】

住 所 _____

名 前 _____

【代理人】

住 所 _____

名 前 _____ (続柄 _____)