

重要事項説明書

氏名 _____ 様

医療法人社団双愛会
介護老人保健施設ひまわり

1. 法人の概要

名称・法人種別	医療法人社団 双愛会
代表者名	理事長 赤松 郁夫
所在地・連絡先	住所 〒330-0804 埼玉県さいたま市大宮区堀の内町2-238-2 TEL 048-641-8364 FAX 048-645-4600

2. 事業所(ご利用施設)

施設の名称	介護老人保健施設 ひまわり
所在地・連絡先	住所 〒300-1245 茨城県つくば市高崎1008 TEL 029-871-5749 FAX 029-886-7170
事業所番号	0852080084
施設長の氏名	高野 晋吾

3. 施設の目的および運営方針

(1)施設の目的

要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法およびその他の関係法令ならびに通知の基本理念に基づき、利用者の人格の尊重、意思および心身の状況ならびに家族の意向等を考慮したうえで、個々の能力に応じたケアプランに沿った適切なサービスを行い、利用者およびその家族が安心かつ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援を行うとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保険施設サービスを提供することを目的とします。

(2)運営方針

前述の目的を達成するために、以下の方針に沿って運営をします。

1. 利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って入所療養サービスの提供に努めるものとします。
2. 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努め、地域ボランティアの協力も積極的に受け入れるものとします。
3. 施設の特徴を生かし、胃ろうや吸痰等の医療的処置が必要な利用者に対しても、積極的に支援を行うよう努めるものとします。

(3)その他

事項	内容
施設サービス計画の作成及び事後評価	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の日常生活全般を支えるために、介護支援専門員が施設サービス計画を作成します。 2. 施設サービス計画の作成にあたり、利用者の持っている能力、置かれている環境等の評価を通じて、利用者が現に抱えている問題点を明らかにしたうえで、利用者ができる限り自立した生活が送れるよう支援するうえで解決すべき課題を把握します。 3. 解決すべき課題の把握(アセスメント)にあたり、利用者およびその家族と面談を行います。利用者およびその家族の希望や生活に対する意向なども把握します。 4. 介護支援専門員は、上記の内容と医師の治療方針を踏まえたうえで、サービスの目標、達成時期、サービス内容を決定したうえで、総合的な援助の方針を検討し、施設サービス計画の原案を作ります。

	<p>5. 施設サービス計画の原案の内容について、サービスの提供にあたる他の担当者から、専門的な見地からの意見を求めます。(サービス担当者会議の実施)</p> <p>6. 施設サービス計画の原案の内容について利用者またはその家族に対して説明を行い、文書により同意を得ます。同意を得た施設サービス計画を利用者に交付し、その内容に基づいたサービスを提供します。</p> <p>7. 介護支援専門員は、施設サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)を行い、要介護認定の更新やサービス内容の大きな変更など、必要に応じてその内容を変更します。</p> <p>8. モニタリングの実施にあたり、利用者およびその家族、担当者との連絡を継続的に行い、その結果を記録します。</p>
従業員研修	<p>1. 指針に基づいた研修プログラムを作成し、職員へ定期的を開催します。</p> <p>2. 主な研修内容は以下のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症及び認知症ケアに関すること。 ・利用者等のプライバシーの保護の取り組み、接遇等に関すること。 ・身体拘束の排除のための取り組みに関すること。 ・倫理及び法令順守に関すること。 ・事故発生等緊急時の対応に関すること。 ・事故の発生防止又はその再発の防止に関すること。 ・感染症及び食中毒の発生予防及びまん延の防止に関すること。 ・その他、介護老人保健施設サービスに関すること。
秘密保持	<p>当施設の職員は、職務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持するよう、また職員ではなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨、雇用契約の際に文書にて誓約しております。なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報をを用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報をを用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書によりお受けすることとします。なお、これにかかる個人情報の利用目的は、【重要事項説明書・別紙1】のとおりです。</p>

4. 施設の概要

(1) 構造等

構造	鉄筋コンクリート5階建(4階部分)
敷地	19581.409m ²
建物	延12985.788m ² (内4階部分1807.200m ²)

(2) 居室

居室の種類	室数	面積(一人あたりの面積)	居室の種類	室数	面積(一人あたりの面積)
従来型個室	1	16.4m ² (16.4m ²)	2人部屋	1	12.9m ² (6.5m ²)
	1	12.0m ² (12.0m ²)	3人部屋	2	24.4m ² (8.1m ²)
	1	11.9m ² (11.9m ²)	4人部屋	2	36.0m ² (9.0m ²)
	1	11.7m ² (11.7m ²)		11	34.7m ² (8.7m ²)
2人部屋	1	17.4m ² (8.7m ²)		1	28.3m ² (7.1m ²)
	2	13.7m ² (6.9m ²)		1	28.1m ² (7.0m ²)

(3) 主な設備

設備	室数	面積(一人あたりの面積)	設備	室数	面積(一人あたりの面積)
食堂、談話室兼レクリエーションルーム	1	70.8m ² (1.7m ²)	機械浴室	1	44.77m ² (-m ²)
	1	67.1m ² (1.7m ²)	診察室	1	17.15m ² (-m ²)
機能訓練室	1	99.11m ² (-m ²)	洗面所	2	-m ² (-m ²)
大浴室	1	97.60m ² (-m ²)	便所	2	-m ² (-m ²)

5. 施設の職員体制

従業者の種類	人数 (人)	区分				職務の内容
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専従	兼務	専従	兼務	
施設長	1	1				医師をもって充て、関係法令等に従って老健を管理し、職員を指揮監督する
医師	1	1				施設長を補佐し、次に掲げる業務を担当する。 ・利用者の療養に関すること。 ・利用者並びに職員の健康管理に関すること。
薬剤師	1		1			介護老人保健施設計画に基づき、利用者到处方された処方薬または医師の指示のもと管理される薬品を管理する。
看護職員	12	9	1	2		上司の命により医師の指示を受け、次に掲げる業務を担当する。 ・利用者に対する保健衛生の指導及び健康管理に関すること。 ・防疫及び消毒に関すること。 ・看護及び療養生活処置に関すること。 ・医薬品、診療材料及び医療器具の検収及び保管出納に関すること。 ・症例検討会に関すること。 ・ケアプランに関すること。
介護職員	17	12		4	1	上司の命を受け、次に掲げる業務を担当する。 ・利用者の身の回りの世話及び指導に関すること。 ・療養室及び入浴室等の衛生管理に関すること。 ・処遇用物品の管理、検収に関すること。 ・症例検討会に関すること。 ・ケアプランに関すること。
支援相談員	1	1				上司の命を受け、次に掲げる業務を担当する。 ・相談、生活指導等に関すること。 ・調査、訪問に関すること。 ・ボランティアに関すること。 ・家族及び関係機関との連絡調整に関すること。
理学療法士	2	2				上司の命により医師の指示を受け、次に掲げる業務を担当する。 ・機能訓練に関すること。
作業療法士	1			1		・家族介護教室に関すること。 ・家庭復帰後のリハビリテーション計画に関すること。
管理栄養士、 栄養士	1	1				上司の命を受け、次に掲げる業務を担当する。 ・献立表の作成及び給食調理並びに嗜好調査、栄養指導に関すること。 ・食品の衛生管理に関すること。 ・調理室及び食堂の管理に関すること。 ・給食用物品購入の際の検収に関すること。 ・給食委員会に関すること。

介護支援専門員	1		1		上司の命を受け、次に掲げる業務を担当する。 ・在宅介護並びに保健福祉サービスの利用相談に関すること。 ・介護認定のための訪問調査に関すること。 ・利用者の介護サービス計画の作成に関すること。
調理士、 事務職員等 その他の従業者	6	4		2	上司の命を受け、あらかじめ決められた業務を担当する。

6. 施設サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うとともに、食事の自立についても適切な援助を行います。 (食事時間) 朝食 → 7:30～ 8:30 (経管栄養の方は、7:00～8:00) 昼食 → 11:30～12:30 夕食 → 18:00～19:00
医療・看護	医師により、月1回定期診察を行います。それ以外でも必要がある場合にはいつでも診察を受け付けます。 但し、当施設では行えない処置や手術、その他症状が著しく変化した場合の医療については協力医療機関等での治療となります。
機能訓練	理学療法士、作業療法士により、入所者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を予防するよう努めます。
入 浴	週2回の入浴または清拭を行います。 寝たきり等で座位がとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
離床、着替え、整容等	寝たきりの防止のため、できる限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 シーツ交換は週1回、寝具の交換は必要時に実施します。
相談および援助	入所者とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

原則として、料金表の『介護保険の対象となる費用総額』の1割(『サービス利用に係る自己負担額』参照)と『(2) 介護保険給付対象外サービス』の利用分を合計したものが1ヶ月の利用者負担額となります。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の『介護保険の対象となる費用総額』をお支払下さい。利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

サービス提供証明書および領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要になりますので大切に保管して下さい。

料金表については別添をご参照下さい。

7. 利用料等のお支払い方法

毎月、15日前後に『6.施設サービスの内容と費用』に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたします。お支払い方法については口座引き落としとなっております。引き落とし日は毎月27日にご指定の口座よりお引き落としさせていただきます。

※引き落とし日は毎月27日となりますが、引き落とし日が金融機関の休日にあたる場合は、翌営業日が引き落とし日となります。例:27日が土曜日または祝日の場合→29日

27日が日曜日の場合→28日

27日が土曜日、29日が祝日の場合→30日

※引き落とし日に残高不足等の理由で確認ができなかった場合は、翌月に2か月分まとめて引き落としとなります。

お支払いが確認できないことが続く場合には契約書第15条の一により契約の解除に該当することになりますので予めご了承下さい。

8. サービス内容等に関する苦情等相談窓口

(1) 本施設における苦情等の受付

本施設相談窓口	相談窓口： 岡野 圭子(支援相談員) 二川 真理 (介護支援専門員) ご利用時間： 平 日 / 9:00 ～ 16:30 : 土曜日 / 9:00 ～ 11:30 ご利用方法： 電 話 / 029-871-5749 面 接 / 介護老人保健施設ひまわり相談室にて 苦情箱 / 介護老人保健施設ひまわりエレベーター正面にて
---------	---

(2) 行政機関における苦情等相談の受付

お住まいの市町村の介護保険相談窓口	お住まいの市町村役場にてお問合せ下さい。
茨城県保健福祉部高齢福祉課介護保険室	電話番号：029-301-3343
茨城県国民健康保険団体連合会介護保険課 介護保険苦情相談室	電話番号：029-301-1565

9. 非常災害時の対策

非常時の対応	消防法施行規則第3条に規定する消防計画に基づき、また、消防法第8条に規定するところにより、つくば双愛病院防火管理委員会に所属して非常災害対策を行う。
避難訓練 および防火設備	①防火管理および基本訓練(消火・通報・避難) (うち1回は夜間を想定した訓練を行う。) 年2回以上
	②利用者を含めた総合避難訓練 年1回以上
	③非常災害設備の使用方法の徹底 随時 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る。
	④非常災害設備等 ・ 火災報知機 ・ 火災・ガス受信装置 ・ スプリンクラー ・ 蓄電装置 ・ 自家発電装置
消防計画等	つくば双愛病院消防計画書に準じて作成

10. 協力医療機関等

医療機関	病院名	つくば双愛病院
	所在地	茨城県つくば市高崎1008
	電話番号	029-873-2511
	診療科	内科(一般・消化器・循環器・神経・代謝・血液・呼吸器)、外科(一般・消化器・乳腺・肛門)眼科、整形外科、皮膚科、禁煙外来、泌尿器科、放射線科、糖尿病専門外来 リハビリテーション科(理学療法・作業療法・言語療法)
	入院設備	あり
歯科	病院名	池野歯科医院
	所在地	茨城県つくば市高野台2-16-8
	電話番号	029-838-2711
	診療科	歯科
	入院設備	なし

11. 施設の利用にあたっての留意事項

訪問・面会	終日:15:00~18:00
外出・外泊	事前に施設職員にご連絡いただいたうえで、届出書を提出して下さい。
居室・設備・器具の利用	施設職員に使用方法をお聞きになったうえで、充分注意して使用して下さい。
飲酒・喫煙	全館禁酒・禁煙となっています。
迷惑行為等	他者への迷惑になる行為は固くお断りしています。
貴重品・金銭	原則、貴重品・金銭の持ち込みはご遠慮ください。やむを得ず貴重品・金銭を持ち込む場合は支援相談員にご相談下さい。
宗教活動・政治活動	宗教活動・政治活動は固くお断りしています。
動物飼育	ペットの持ち込みは固くお断りしています。
居室移動	入所者様の状態やベッド状況により、居室の移動を行う場合がありますのでご了承下さい。
インフルエンザ等予防接種	施設における集団生活を安心して送る為、アレルギー等の問題がない限り予防注射を接種していただくようご協力をお願い致します。
安全管理	入所者様の安全のため、ビデオによる監視を行うことがあります。安全管理以外の用途では使用いたしません。
その他	職員へのお心付は申し訳ございませんがご辞退させていただきます。

12. 虐待の防止について

(1) 虐待防止に関する責任者は、以下の者を選定しています。

(虐待防止に関する責任者)	高野 晋吾
---------------	-------

(2) 虐待の防止のための指針を整備するとともに、虐待の防止のための対策を行う検討委員会、従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的で開催しています。

(3) 虐待等に関する入所者及びその家族からの虐待等に関する相談を対応するとともに、虐待等が明らかになった場合は速やかに市町村の窓口に通報します。

13. 衛生管理について

(1) 入所者の使用する施設食器等の消毒を行い、衛生管理上必要な措置を講じます。

(2) 当施設に於いて感染症が発生又は蔓延しないよう、必要な措置を講じます。

14. 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護老人保健のサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

個人情報の使用目的

介護老人保健施設ひまわりでは、個人情報保護法及び利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する『個人情報管理規定』のもと、ここに利用者の個人情報の「利用目的」を公表します。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

1. 施設内部での利用目的

- ①当該事業所が利用者等に提供する介護サービスのため
- ②介護保険事務のため
- ③介護サービスの利用に係る管理運営業務のためのものうち次のもの
 - サービス利用の管理
 - 会計、経理
 - 介護事故、緊急時等の報告
 - 当該利用者の介護、医療サービスの向上
 - 安全管理のため、ビデオによる監視を行う(安全管理向上の用途以外では使用しない)

2. 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ①利用者等に提供するサービスのうち次の事項に関すること
 - 利用者へ居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所との連携(サービス担当者会議等)、照会
 - その他の業務委託
 - 当該利用者に関して医師の意見、助言を求める場合
 - 家族等への心身の状況説明
- ②介護保険事務のうち次の事項に関すること
 - 保険事務の委託(一部委託含む)
 - 審査支払機関へのレセプトの提出
 - 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ③損害賠償保険などに係る保険会社当への相談又は届出等

【その他の利用目的】

1. 施設内部での利用に係る利用目的

当該事業所の管理運営業務のうち次のもの

- 介護サービスや業務の維持、改善の基礎資料
- 当該事業所等において行われる学生等への実習の協力
- 当該事業所において行われる事例研究等
- 当該事業所内における掲示物

2. 他の事業所等への情報提供に係る利用目的

当該事業所の管理運営事務のうち次のもの

- 外部監査機関、評価機関等への情報提供

※なお、あらかじめ利用者本人または家族等への同意を得ないで利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことは致しません。

事業所名 介護老人保健施設 ひまわり
事業所番号 0852080084
代表者氏名 施設長 高野 晋吾 ㊞
説明者 職 名
氏 名 ㊞

※私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容および重要事項、別紙1を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

代理人 住 所 _____
(選任した場合)

氏 名 _____ ㊞

【代理人選任の理由】

- 身体的な障害で署名困難な為
判断能力に障害があり署名困難な為
その他()