

## 重要事項説明書

当施設では、入所者様に対して介護医療院サービスを提供いたします。

介護医療院サービスをご利用いただくにあたり、当施設の運営規程に基づき策定した重要事項説明書のご説明をいたします。

### 1. 事業者（法人）の概要

|         |   |
|---------|---|
| 名称・法人種別 | 公益社団法人 北海道勤労者医療協会   |
| 代表者名    | 理事長 小市 健一   |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒063-0061<br>札幌市西区西町北19丁目1番5号<br>(電話) 011-663-5711<br>(FAX) 011-662-6128 |

### 2. ご利用施設

|          |   |
|----------|---|
| 施設の名称    | 勤医協札幌西区病院 介護医療院   |
| 所在・連絡先   | (住所) 〒063-0061<br>札幌市西区西町北19丁目1番5号<br>(電話) 011-663-5711<br>(FAX) 011-662-6128 |
| 介護保険指定番号 | 01B0400023  |
| 施設長の氏名   | 塩川 哲男   |

### 3. 施設の目的と運営方針

#### (1) 施設の目的

長期にわたる療養を必要とする要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、適正なサービスを提供する事を目的とする。

#### (2) 運営方針

事業の実施に当たっては、入所者の意思及び人格を尊重して、常に入所者の立場に立ったサービスの提供を努める。

要介護者の心身の状況等に応じて適切な事業を提供するとともに、自らその提供する事業の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に介護医療院サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努める。

地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

#### 4. 施設の概要

(1) 構造等

入所定員 入所 42名

(2) 療養室数

個室 6室 2人部屋 3室 3人部屋 10室 合計19室

(3) 主な設備

| 設備     | 室数 | 面積                                      | 備考       |
|--------|----|---|----------|
| 食堂・談話室 | 1  | 51.41m <sup>2</sup>                     |          |
| 機能訓練室  | 1  | 269.88m <sup>2</sup>                    |          |
| 浴室     | 2  | 10.57m <sup>2</sup> 、6.79m <sup>2</sup> | 器械浴槽1台設置 |

#### 5. 施設の職員体制

| 職 種      | 人 数        | 職務の内容               |
|----------|------------|---------------------|
| 施設長(管理者) | 1名         | 施設の管理を行います。         |
| 医師       | 2名(病院兼務)   | 医学管理を行います。          |
| 薬剤師      | 1名(病院兼務)   | 薬剤の管理を行います。         |
| 看護職員     | 8名以上(専従)   | 健康チェックを行います。        |
| 介護職員     | 8名以上(専従)   | 日常生活のお世話をします。       |
| 相談員      | 1名(病院兼務)   | 利用者・家族の相談等を受けます。    |
| リハビリ技師   | 2名以上(専従)   | 心身のリハビリを行います。       |
| 管理栄養士    | 1名以上(病院兼務) | 栄養管理を行います。          |
| 放射線技師    | 1名(病院兼務)   | レントゲン撮影を行います。       |
| 臨床検査技師   | 1名(病院兼務)   | 採血等検査を行います。         |
| 介護支援専門員  | 2名以上(専従)   | 相談・サービス計画の作成等を行います。 |

※看護・介護体制は2交代制によるシフト体制を実施しています。

※「Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)」の人員基準に基づいた人員の配置を行っています。

## 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

#### ① サービス内容

| 種類            | 内容  |
|---------------|---|
| 施設サービス計画書の作成  | 入所者の病状・病歴・栄養状態・日常生活習慣・家族構成などの状況をお聞きし、医師、その他の職種の担当者と相談しながら「施設サービス計画」を介護支援専門員が作成します。また、入所者様またはご家族に対して説明を行い、文書により同意をいただいております。                             |
| 食事            | (食事時間)<br>朝食 8:00～9:00<br>昼食 12:00～13:00<br>夕食 18:00～19:00<br>栄養と入所者の身体状況に配慮した食事を提供します。体調などにより食事時間や場所は変更することがあります。                                      |
| 医療・看護         | 日常的な医療・看護は介護給付サービス費に含まれておりますので、医師により、必要に応じて随時診察を行います。<br>ただし、当施設では行えない処置（透析等）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、他の医療機関での治療となります。<br>歯科治療は、当院ではなく歯科往診での治療となります。 |
| 介護            | 入所者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、専門的知識、技術をもって心身の状況に応じた介護等を行います。  |
| 機能訓練          | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により入所者の状況に適した個別リハビリ計画を作成し、機能訓練、身体機能の低下を防止及び向上するように努めます。  |
| 入浴            | 週2回の入浴又は清拭を行います。<br>寝たきり等で座位の取れない方は、器械浴槽を用いての入浴も可能です。   |
| 排せつ           | 利用者様の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。   |
| 離床・着替え<br>整容等 | 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。<br>生活のリズムを考え、個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。シーツ交換は週1回実施します。   |
| レクリエーション等     | 毎月お誕生日会他、随時レクリエーション行事を行っています。   |
| 相談及び援助        | 入所者とそのご家族からの相談に応じます。  |

#### ② 費用

介護医療院サービスを提供した場合の利用料の算定は、介護報酬の告示上の額に基づいて算定しています。当施設は、Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅲ）、看護6：1・介護6：1です。入所サービス費、加算、特別診療費については別紙をご覧ください（詳細別紙 1-1、1-2 参照）。

提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

## (2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額負担をしていただきます。

| 種類       | 内容                                | 利用料                                      |
|----------|-----------------------------------|--|
| 居住費      | 利用者負担限度額が第1～3段階の方は国の定める基準費用額      | 1日 377円 (多床室)<br>1日 1,668円 (個室)          |
| 食費       | 利用者負担限度額が第1～3段階の方は国の定める基準費用額      | 1日 1,445円                                |
| 光熱費      | テレビ使用料・電気料金                       | 1日 132円 (税込)                             |
| 病衣       | 希望の方には、病衣をお貸しします。                 | 1日 54円 (税込)                              |
| 私物ネット洗濯料 | 希望の方は洗濯サービスをご利用いただけます。            | 1ネット (大) 990円 (税込)<br>1ネット (小) 550円 (税込) |
| 理美容      | 理美容サービスをご利用になれます。予約制 (地下1階売店) です。 | カット1回2,000円 (税込)<br>詳細は理美容料金表をご覧ください。    |

居住費及び食費については、介護保険負担限度額の認定を受けている入所者の場合、その認定証に記載された金額を1日あたりの料金とします。

教養娯楽費については、同意を頂くことになっています。

## 7. ご利用料金等のお支払い方法

毎月、10日頃に「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金明細書により請求させていただきますので、1週間以内にお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。諸事情により、当月中にお支払いが遅れる場合は必ずご連絡ください。なお、計算方法等、詳細についてお知りになりたい方は受付事務にお尋ねください。

### 【お支払い方法】

#### ①入院受付窓口でのお支払い

現金、各種クレジットカードによりお支払いいただけます。

営業時間 平日 8:45～16:30

土曜日 8:45～12:00 病院診療日に限る (第2、4土曜日は休診)。

#### ②口座振替

別紙、預金口座振替医依頼書に必要事項の記載と銀行印を捺印のうえ、受付窓口へ提出してください。

※何らかの事由でお支払いいただけなかった場合、ご自宅に請求書を郵送させていただきます。窓口にご持参いただくか、同封の郵便振替用紙を使用し、速やかにお支払いいただきますようお願いいたします。

## 8. サービス内容に関する苦情等相談窓口

|          |                       |
|----------|-----------------------|
| 当施設苦情相談口 | 窓口責任者 加藤琢也（医療福祉課）     |
|          | ご利用時間 平日 8：45～17：00   |
|          | ご利用方法 電話（011）663-5711 |

施設内に設置された投書箱に、備え付けの用紙に記載し、申し出ていただくことも可能です。

また、当施設以外に、市区町村の相談窓口などに苦情申し出が可能です。

福祉サービス苦情相談センター 札幌市中央区大通西 19 丁目 1 番 1 号 電話（011）632-0550

北海道国民健康保険団体連合会 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 電話（011）231-5161

## 9. 非常災害時の対策

|        |                             |
|--------|-----------------------------|
| 非常時の対応 | 別途定める当該建物の消防計画にのっとり対応を行います。 |
|--------|-----------------------------|

|            |  |     |           |     |
|------------|--|-----|-----------|-----|
| 非難訓練及び防火設備 | 別途定める当該建物の消防計画にのっとり年2回非難訓練を行います。           |     |           |     |
|            | 設備名称                                       | 個数等 | 設備名称      | 個数等 |
|            | スプリンクラー                                    | あり  | 防火扉・シャッター | あり  |
|            | 避難階段                                       | あり  | 屋内消火栓     | あり  |
|            | 自動火災報知器                                    | あり  | 誘導灯       | あり  |
|            | カーテン等は防火性能のある物を使用しています。                    |     |           |     |
| 消防計画等      | 西区消防署への届出日：2022年4月1日（随時更新中）<br>防火管理者：澁谷 路緒 |     |           |     |

## 10. 身体拘束の適正化について

当施設は原則として入所者様に対して身体拘束を行っていません。ただし、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ないと医師が判断した場合に限り、身体拘束及び、行動を制限させていただくことがあります。その際はご家族に説明のうえ、許可をいただくことになっています。

## 11. 虐待防止のための措置に関する事項

入所者様の人権の擁護、虐待の防止等のため、施設は対策を検討する委員会を定期的で開催し、結果を職員に周知徹底します。指針を整備し、職員に対し研修を定期的実施します。

## 1 2. 施設の利用にあたってのその他留意事項

|              |   |
|--------------|---|
| 来訪・面会        | 面会時間：11時～13時、15時～20時<br>来訪者の方は面会時間を遵守し、必ずその都度、職員に届け出てください。  |
| 外出・外泊        | 外出・外泊の際には主治医の許可を得て、必ず行き先と帰院日時について、届出書を職員に提出してください。  |
| 居室・設備・器具のご利用 | 施設内の居室や設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。  |
| 喫煙・飲酒        | 喫煙については全館禁煙となっております。飲酒は禁止となっております。  |
| 所持品・現金の管理    | 原則各自での管理となります。所持品を持ち込む際は看護師長など職員の許可を得てください。現金も必要最小限の金額でご準備ください。破損、紛失には一切の責任を負いかねますのでご理解、ご協力をお願いします。                 |
| 迷惑行為等        | 騒音等他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮ください。またむやみに他の利用者様の居室等に立ち入らないでください。   |
| 宗教活動・政治活動    | 施設内での他の利用者様に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。   |
| 動物飼育         | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断り致します。  |
| その他          | 杖・装具などの歩行補助具、クッション、くつ、車椅子などの選定、購入に関しては、当院の理学療法士、作業療法士が、ご本人の状態や状況にあわせたものを評価し、ご相談にのります。<br>ご要望がありましたら、職員まで、お申し込みください。 |

※新型コロナウイルス感染症等の流行状況に伴い、面会、外出・外泊について制限させていただく場合がありますのでご理解・ご協力をお願いいたします。

## 1 3. 事故対応及び損害賠償

入所中、入所者様に事故が発生した場合には、速やかにご家族、行政等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。さらに、事故内容及び対応内容を記録し、あらゆる機会を通じて再発防止に努めます。

サービスの提供に伴い、事業者の責めに帰すべき事由により、入所者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、その損害を賠償いたします。

## 1 4. 退所をお願いする場合

- ・要介護認定において自立又は要支援と認定された場合。
- ・当施設のカンファレンス等において、退所して自宅で生活ができると判断された場合。
- ・治療目的で転院が必要と医師が判断した場合。
- ・利用料を3ヶ月分以上滞納し、支払いを催促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合。
- ・暴力行為や危険行為等、集団生活に支障をきたし、施設利用の継続が困難と判断された場合。
- ・天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用いただくことができない場合。

## 15. 個人情報の取り扱いについて

勤医協札幌西区病院 介護医療院では、入所者様の診療情報などの個人情報を、「個人情報保護方針・規程」に則り、適正に管理運営いたします。個人情報の管理運営にあたっては、入所者様が診療などを申し込まれた時点で、当施設の方針・規程に同意を得られたものとして取り扱います。

1. 個人情報は原則ご本人の診療・健康管理の目的で使用いたします。当施設における個人情報使用の例示は次の通りです。

- ・診療・介護サービス事業を効果的に進めるための判断材料
- ・法令に基づく医療費の請求事務
- ・法令に基づく伝染病など公衆衛生に関する届け出・通知
- ・当施設で受け入れている学生・研修生の実習や研修
- ・当施設及び病院外来窓口・病棟の管理目的
- ・その他、当施設の管理運営における、医療・介護サービスの維持・改善のための資料
- ・学術研究のためのデータ（個人情報が特定できないよう配慮します）
- ・医師賠償責任保険等にかかわる保険会社、専門団体への相談・届出

2. 当施設では、勤医協札幌西・手稲健康友の会とともに、「命と健康をまもろう」を共同の目標に、自らの健康づくりや、医療・福祉の充実に向けた活動、憲法と平和を守る活動に取り組んでいます。患者さんには、この目的のために友の会への入会をお勧めしており、資料の送付やご案内を目的に、患者さんの氏名、連絡先などの個人情報を活用させていただきます。

3. 上記1. 2. 以外で個人情報を利用する場合、原則としてご本人・ご家族からの了承を頂くこととします。

4. 原則的に、ご本人の了承を得ずに、個人情報を第三者に提供いたしません。ただし、入所者様に適切な医療サービスを提供するために、次に示す場合に、他の医療機関・介護サービス機関などへ診療情報を提供する場合があります。

- ・他医療機関・介護サービス機関と連携し、入所者様に医療・介護サービスを提供する場合。
- ・他医療機関などからの照会に対する回答
- ・より良い医療提供のため、他医療・介護機関の医師・薬剤師など、専門家の意見や助言を求める場合。
- ・検体検査など、特定の専門業務を他機関に委託する場合
- ・医療事務・電子計算機業務などを、他機関に委託する場合。

※なお、業務を委託する場合は、内部規程に従い、個人情報の十分な保護水準にある事業者を選定します。

5. 入所者様本人は、自らの個人情報の収集、使用のあり方について、自らの意思を表明する権利があり、当施設はその意思を尊重します。

- ・ 家族を含む特定の第三者からの情報収集を拒否することができます。
- ・ 法令などで医療機関の義務と規程されている場合を除き、家族を含む特定の第三者への情報を拒否することができます。
- ・ 診療に係わらない、特定の個人情報の利用を拒否することができます。
- ・ 個人情報の収集・使用のあり方について説明を求めることができます。

6. 当施設では個人情報保護・管理業務の円滑な運営を目的に、勤医協札幌西区病院と個人情報保護委員会を設置し、個人情報保護委員会規程に則り、個人情報の漏えい・破壊・改竄を阻止するための最大限の安全対策を講じます。

**【確認ご署名欄】**

勤医協札幌西区病院 介護医療院 施設長 殿

私は、本書面の内容を理解し・同意したうえで、自身の個人情報を貴施設に提供いたします。

20 年 月 日

ご本人（入所者様）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

ご家族（代理人様）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

# 勤医協札幌西区病院 介護医療院入所申込書

勤医協札幌西区病院 介護医療院 施設長 殿

重要事項説明書及び別紙 1-1、1-2、1-3 の説明を受け、その内容を確認し、これらの内容を理解した上で勤医協札幌西区病院 介護医療院へ入所を申し込みます。

20 年 月 日

|                           |  |                 |              |   |
|---------------------------|--|-----------------|--------------|---|
| フリガナ                      |  |                 |              | 男 |
| 入所者氏名                     | ①  | 明・大<br>昭・平<br>令 | 年 月 日生       | 女 |
| 現住所                       | 〒 電話 ( ) -   |                 |              |   |
| 署名代理人                     | 氏名   | ①               | 入所者様<br>との続柄 |   |
|                           | 住所   | 電話 ( ) -        |              |   |
| 入所者様が自筆<br>困難な場合          | 連絡先<br>(勤務先等)  | 電話 ( ) -        |              |   |
| 身元引受人<br>(自署)<br>同一世帯 可   | 身元引受人、連帯保証人として、退所が必要な際には身元を引き受けます。入所費用その他諸費用については、私、身元引受人または連帯保証人が指定の期日までに責任をもって全額(極度額 70 万円)を支払います。 |                 |              |   |
|                           | 氏名   | ①               | 入所者様<br>との続柄 |   |
|                           | 住所   | 電話 ( ) -        |              |   |
|                           | 連絡先<br>(勤務先等)  | 電話 ( ) -        |              |   |
| 連帯保証人<br>(自署)<br>同一世帯 不可※ | 氏名   | ①               | 入所者様<br>との続柄 |   |
|                           | 住所   | 電話 ( ) -        |              |   |
|                           | 連絡先<br>(勤務先等)  | 電話 ( ) -        |              |   |

◆請求書の送り先について

入所される方の請求先について、ご希望の番号に○をつけてください。

1. ご自宅へ郵送 2. 世帯を別にするご家族・保証人へ郵送

2. の場合の郵送先

〒 - 住所

宛名 氏名