

介護医療院 重要事項説明書

施行日 令和2年 4月1日

改訂 令和3年 4月1日

改訂 令和3年 4月26日

改訂 令和4年 10月13日

改訂 令和6年 4月1日

医療法人
平田会 平田病院

介護医療院重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業署名	医療法人平田会 平田病院 介護医療院
所在地	高知県高知市本町5丁目4番23号
管理者名	理事長 平田 茂
電話番号	088-875-6221
FAX番号	088-871-3801
事業者指定番号	39B0100108

2. 設置の概要

定員	32名		
居室	個室	4室	1室 9.16 m ² ~12.03 m ²
	2人部屋	6室	1室 17.36 m ² ~24.07 m ²
	4人部屋	4室	1室 26.05 m ² ~30.46 m ²
機能訓練室	2室	主な機械・器具	
談話室	1室	食堂と兼用	
食堂	2室	70.26 m ²	
浴室	2室		
介護相談室	1室		

3. 介護医療院の目的と運営方針

(1) 施設の目的

要介護状態にある入所者に対し、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにサービスを提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

- ① 長期にわたり療養が必要な入所者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護、その他の世話及び機能訓練、その他の必要な医療を行います。
- ② 入所者の意思及び人格を尊重し、常に利用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。
- ③ 事業の実施に当たっては、居宅支援事業者その他、保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めるとともに、関係区市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 職員の体制状況

(1) 職員の体制

職 種	常 勤	非 常 勤	(夜間)	備 考
管 理 者 (医 師)	1 名			
医 師	1 名以上		1 名	
薬 剤 師	1 名以上			
管 理 栄 養 士	1 名以上			
理 学 療 法 士 作 業 療 法 士 言 語 聴 覚 士	2 名以上			
介 護 支 援 専 門 員	1 名			
看 護 職 員	6 名以上		1 名	
介 護 職 員	7 名以上		1 名	

(2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
医 師	毎週 平日 午前 9 : 00 ~ 午後 5 : 30
薬 剤 師	毎週 平日 午前 9 : 00 ~ 午後 5 : 30
介 護 支 援 専 門 員	毎週 平日 午前 8 : 30 ~ 午後 5 : 00
介 護 職 員	標準的な時間帯における配置 早朝 午前 7 : 15 ~ 午後 3 : 45 日中 午前 8 : 30 ~ 午後 5 : 00 1 人当たりの受け持ち数は 7 人以内です 夜間 午後 4 : 30 ~ 午前 9 : 00 1 名
看 護 職 員	標準的な時間帯における配置 早朝 午前 7 : 30 ~ 午後 4 : 00 日中 午前 8 : 30 ~ 午後 5 : 00 1 人当たりの受け持ち数は 6 人以内です 夜間 午後 4 : 30 ~ 午前 9 : 00 1 名
理 学 療 法 士	平日 午前 9 : 00 ~ 午後 5 : 30

※土日は上記と異なります。

(3) 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、下記のとおり研修を行なっています。

- ① 採用時研修 採用後 3 ヶ月以内
- ② 継続研修 年間を通して、テーマ別研修を実施

5.サービスの内容及び利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

＜サービスの内容＞

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養、入所者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・食事は出来るだけ離床して食堂でとっていただけるよう配慮します。 （食事時間）朝食 午前 7：45 ～ 昼食 午前 11：30 ～ 夕食 午後 5：00 ～
看 護 ・ 医 療	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の症状にあわせた医療・看護を提供します。 ・医師による定期診察は、1週間に1回行います。 ・それ以外でも必要がある場合には適宜診察します。
排 せ つ	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状況に応じて適切な排せつ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ないます。 ・おむつを使用する方に対しては、1日3～4回の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換を行います。おむつ代はいただいております。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行います。 ・全介助の方でも、ストレッチャーを使用して入浴することができます。
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員により、入所者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は低下を防止するための訓練を実施します。
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護職員が、健康管理を行います。
そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> ・生活機能低下防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

＜サービス利用料金＞

(1) 介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1日あたり下記の自己負担額をお支払いいただきます。

要 介 護 度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費 *1割の場合	従来型個室	694円	804円	1,039円	1,138円	1,228円
	多床室	805円	914円	1,148円	1,248円	1,338円
居住費と食費の 自己負担額		利用者負担段階	従来型個室	多床室	食費	
		第4段階	1,728円	437円	1,445円	
		第3段階 ①	1,370円	430円	650円	
		第3段階 ②	1,370円	430円	1,360円	
		第2段階	550円	430円	390円	
		第1段階	550円	0円	300円	

備 考	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション 理学療法（Ⅰ）123 単位/1 回 作業療法（Ⅰ）123 単位/1 回 理学療法リハビリ体制強化加算 35 単位/1 回 ・多職種の協働により、利用者様に適した栄養管理に努めます。 ・療養食加算 6 単位/回 ・経口摂取維持について特別な栄養管理が必要な方については、医師の指示により、下記の取り組みを実施します。 経口維持加算（Ⅰ）400 単位/月 ・介護職員処遇について、下記のサービス区分で算定を行っています。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 介護職員改善加算Ⅰ：介護療養施設サービス 加算率2.6%/月 ※6月1日からは、Ⅲ：介護医療院サービス 加算率3.6%/月 2. ベースアップ等支援加算：介護療養施設サービス 上記の計算式：介護報酬 + (介護報酬×加算率) =介護報酬総額 ・感染対策指導管理 6 単位/日 ・褥瘡対策指導管理（Ⅰ）6 単位/日 ・夜間勤務等看護加算Ⅳ 7 単位/日
--------	---

※ただし、入所後 30 日以内に限り、上記サービス費が 30 単位/日、割り増しとなります。

※サービス利用に係る自己負担額（月額）が 44,400 円（ただし、市町村民税非税者等は 24,600 円 老齢福祉年金受給者等は 15,000 円）を超えた部分は、高額介護サービス費として払い戻し手続きがありますのでお尋ねください。

※サービス提供記録等の開示のご希望があればお申し出下さい。

* 介護保険負担割合が 2 割又は 3 割の方は、サービス費が其々 2 割又は 3 割のご負担となります。

(2) 介護保険給付対象外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が入所者の負担となります。

種 類	内 容	利 用 料 金
日 常 着 等 レ ン タ ル 代	入所に必要となる衣類、タオルなど日用品のレンタルです。委託業者との契約になります。	A プラン 396 円/日 B プラン 308 円/日
理 髪 ・ 美 容	出張による理髪サービスを利用いただけます	1 回 1,500 円
レ ク リ エ ー シ ョ ン	ひな祭り、納涼祭（花火）敬老会、クリスマス会等 適宜	
予 坊 接 種	インフルエンザワクチン 新型コロナワクチン 肺炎球菌ワクチン	地方自治体が定めた金額
各 種 診 断 書 料	生命保険診断書 死亡診断書	1 通 5,500 円
私 物 洗 濯	ご家族様へお願いしておりますが、病院委託業者へ依頼することも可能です。	1 kg 605 円 (R7.9 月 30 日まで 550 円)

(3) 利用料金の支払い方法

前記 (1)、(2) の料金・費用は、翌月 10 日までに請求しますので、窓口で現金払いにてお支払いください。窓口でのお支払いが難しい場合は、ご相談ください。

※ 保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金（10 割）をいただき、サービス提供証明書を発行します。

払い戻しについては、各市町村窓口にお問い合わせ下さい。

6. 緊急時の対応、連絡について

- (1) 当院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。
- (2) 入所者の心身の状態が急変した場合、ご家族やあらかじめ指定された緊急連絡先に連絡させていただきます。

※当院の協力医療機関及び歯科医療機関は下記の通りです。

医療機関名	住 所	電 話 番 号
平 田 病 院	高知市本町5丁目4-23	088-875-6221
窪 歯 科	高知市堺町1-21 JTB 高知ビル	088-825-0035

7. 事故発生時の対応について

- (1) 医療院は、入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には速やかに市町、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を行います。また事故の原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (2) 医療院は、サービスの提供に伴って、医療院の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。但し、医療院の責めに帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません

8. 業務継続計画の策定について

- (1) 当院は感染症や非常災害の発生時において、入所者及び職員の生命・安全を守り、入所者に対するサービスを継続するための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 当院は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) 当院は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。

9. 非常災害対策について

- (1) 当院が定める非常災害に関する具体的な計画に従い、非常災害に備えるため定期的に避難、救出、自衛消防隊の編成、その他に必要な訓練を行っております。又、避難経路、消火設備、用具その他の非常災害に際して必要な設備・用具を設けております。
- (2) 当院では防火管理者を決めています。

10. 相談窓口、苦情対応について

- (1) 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。

当院の入所者様相談窓口	電話番号	088-875-6221
	FAX番号	088-871-3801
	相談員(責任者)	長崎 佐知
	対応時間	午前9:00~午後5:00

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

高知県高齢者福祉課	所在地	高知市丸ノ内1丁目2番20号
	電話番号	088-823-9630
	FAX番号	088-823-9259
	対応時間	午前8:30～午後5:00
高知県国民健康保険 団体連合会(国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前8:30～午後5:15

11. 虐待防止のための措置について

当院は、虐待の発生又はその再発を防止するために以下の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し虐待防止のための研修を定期的実施します。
- (4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (5) 虐待が発生した場合、速やかに市町村に通報し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力いたします。

12. 身体拘束等の禁止について

当院はサービスの提供にあたり、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、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行わないものとします。

- (1) 身体拘束等を行う場合にはその態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- (2) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を毎月開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (4) 従業者に対し身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

13. 褥瘡発生の防止について

当院は入所者に対し良質なサービスを提供する取り組みの一つとして、褥瘡が発生しないような適切な看護・介護に努めるとともに、褥瘡対策委員会を設置しその発生を防止するための体制を整備します。

14. 衛生管理等について

- (1) 入所者の使用する施設、食器その他の設備、食材及び飲用に供する水等について衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。また、医薬品及び医療用具の管理についても適正な管理を行います。
- (2) 感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を毎月開催するとともに、その結果に

ついて従業者に周知徹底を図ります。

- (3) 感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (4) 従業者に対し感染症又は食中毒の予防およびまん延防止のための研修・訓練を定期的実施します。

15. 施設利用にあたっての留意事項について

面 会 時 間	面会時間 午前9：00～午後8：00（感染症の流行状況により変更があります。） 来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。
外 出	外出される場合には、事前にお申し出いただき、外出届を提出してください。
外 泊	外泊される場合には、事前にお申し出いただき、外泊届を提出してください。 外泊時に当院で使用しているオムツを希望される場合は実費をいただきます。（外泊時の保険 給付には、オムツ代は含まれません。）
居 室 、 設 備 器 具 の 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	敷地内では、禁煙となっております。
迷 惑 行 為 等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金 銭 、 貴 重 品 の 管 理	各自で行う事、紛失事故等に関しては、医療院は一切の責任を負いません。
所持品の持ち込み	医療院で取り決めているもの以外は、持ち込みを禁じます。
宗 教 活 動	医療院内での宗教活動は禁じます。

16. 当院の概要について

名 称 ・ 法 人 種 別	医療法人平田会 平 田 病 院
代 表 者 氏 名	理事長 平 田 茂
本 社 所 在 地 ・ 電 話	高知市本町5－4－23 088－875－6221
業 務 の 概 要	病院医療業務
事 業 所 数	一ヶ所

17. 個人情報保護について

- (1) 個人情報保護法施行にともなう、入所者様へのお知らせ
医療院では、入所者様に安心してサービスを受けていただくために、安全なサービスをご提供するとともに、入所者様の個人情報の取り扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。

① 個人情報の利用目的について

医療院では、入所者様の個人情報を下記の目的で利用させていただくことがございます。
これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて入所者様から同意をいただくことにしております。

② 個人情報の開示・訂正・利用停止について

医療院では、入所者様の個人情報の開示・提示・利用停止等につきましても、「個人情報の保護に関する法律」の規定に従って進めております。

③ 医当院における、入所者様の個人情報の利用目的

㉞ 医療院での利用

- 1.入所者様に提供する医療介護サービス
- 2.医療介護保険事務
- 3.入退院等の病棟管理
- 4.会計・経理
- 5.医療介護事故等の報告
- 6.当該入所者様への医療介護サービスの向上
- 7.医療院内医療介護実習への協力
- 8.サービスの質の向上を目的とした、院内症例研究
- 9.その他、入所者様に係る管理運営業務

㉟ 医療院外への情報提供としての利用

- 1.他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問介護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- 2.他の医療介護機関等からの照会への回答
- 3.入所者様の診療等に当り、外部の医師等からの意見・助言を求める場合
- 4.検体検査業務の委託その他の業務委託
- 5.ご家族への病状説明
- 6.保険事務の委託
- 7.審査支払機関へのレセプトの提出
- 8.審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 9.事業者等からの委託を受けて健康診断等を行なった場合における、事業者等へのその結果の通知
- 10.医師賠償責任保険等に係る、医療介護に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

㊱ その他の利用

- 1.医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 2.外部監査機関への情報提供

- (注) 1.上記のうち、他の医療機関介護機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当窓口（医事課）までお申し出ください。
2.お申し出がないものについては、同意していただけるものとして取り扱わせていただきます。
3.これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。
手続きの詳細のほか、ご不明な点につきましては、窓口（医事課）までお気軽におたずねください。

18. 提供するサービスの第三者評価の実施はしていません。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護医療院契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地

事業者名

説明者

⑩

介護医療院契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

入所者 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名