

重 要 事 項 説 明 書

(施設介護サービス)

あなたに対する入所サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第5号第7条（平成30年1月18日公布）に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

| | |
|--------|------------------|
| 事業者の名称 | 公益社団法人 益田市医師会 |
| 法人所在地 | 島根県益田市遠田町1917番地2 |
| 法人種別 | 公益社団法人 |
| 代表者氏名 | 会長 大畑 力 |
| 電話番号 | (0856) 22-3611 |

2 ご利用施設

| | |
|----------|------------------|
| 施設の名称 | 益田市医師会介護医療院 ふたば |
| 施設の所在地 | 島根県益田市遠田町1917番地2 |
| 施設長名 | 狩野 稔久 |
| 電話番号 | (0856) 22-3611 |
| ファクシミリ番号 | (0856) 22-0407 |

3 ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | | 島根県知事の事業者指定 | | 利用定数 | その他 |
|-------|-------|--------------|------------|------|-----|
| | | 指定年月日 | 指定番号 | | |
| 施設 | 介護医療院 | 令和 2年2月1日 | 32B0800019 | 44人 | |

4 事業の目的と運営理念

(目 的)

施設は、原則として介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という）の目的及び基本理念に基づき、要介護状態にあり、居宅における生活に支障が生じた方に対し、その能力に応じ自立した日常生活を営むため適正なサービスを提供することを目的とする。

(運営方針)

前条の目的に沿って、サービス計画に基づき療養上の管理、看護、医学的管理下における介護、機能訓練等のサービスの提供を行い、関係市町村及び諸医療院との密接な連携に努め、社会に貢献するものとする。

医療院のサービスの提供に当たっては、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るものとする。

5 施設の概要

介護医療院 ふたば

| | | |
|----|-------|--------------------------|
| 敷地 | | 19,299.19 m ² |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造2階建（耐火建築） |
| | 延べ床面積 | 1,286.307 m ² |
| | 利用定員 | 入所44名 |

(1) 居室

| 居室の種類 | 室数 | 面積 |
|-------|-----|--|
| 1人部屋 | 4室 | 13.96 m ² 、13.91 m ² 、15.28 m ² |
| 4人部屋 | 10室 | 26.42 m ² ～35.38 m ² |

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 室数 | 面積 |
|-------------|------|-----------------------|
| 食堂・談話室 | 1室 | 103.2 m ² |
| 機能訓練室 | 1室 | 301.79 m ² |
| 一般浴室 | 1室 | 65.5 m ² |
| 機械浴室 | 特殊浴槽 | 1台 |
| 診療室 | 1室 | 13.43 m ² |
| レクリエーションルーム | 1室 | 92 m ² |

6 職員体制（主たる職員）・職務内容

職員体制

| 従業者の職種 | 員数 | 区 分 | | | | 常勤換算 後の人員 | 事業者の 指定基準 | 保 有 資 格 |
|-------------------------|----|-----|----|-----|----|--------------|--------------|----------------------------------|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | |
| 医師(施設長・管理者) | 1 | | 1 | | | 0.9 | 0.9 | 医師 |
| 介護職員 | 14 | 10 | 1 | 3 | | 11.6 | 9 | 介護福祉士 9名 介護士 5名 |
| 看護職員 | 11 | 7 | 2 | 2 | | 9.5 | 8 | 看護師 11名 |
| 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 9 | | 9 | | | 3.0 | 1 | 理学療法士 4名 作業療法士 3名 言語聴覚士 2名 |
| 介護支援専門員 | 3 | | 3 | | | 3 | 1 | |
| 薬剤師 | 1 | | 1 | | | 0.3 | | |
| 管理栄養士 | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | |

職務内容

| 職 種 | 職 務 内 容 |
|-------------------|--|
| 管理者 | 施設全般の管理にあたり、介護保険法その他の関係法令の規定に従い、施設の運営を管理し、地域社会及び関係機関との連絡調整を行う。 |
| 医師（施設長） | 入所者の健康管理、保健指導及び施設内診療を行う。 |
| 看護職員 及び介護職員 | 医師の指示に従い、入所者の保健衛生、日常生活の介護及び相談指導を行う。 |
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | 医師の指示に従い、入所者の運動機能や日常動作回復訓練を行う。 |
| 介護支援専門員 | 医師の指示に従い、入所者及び家族の処遇上の相談、生活行動プログラムの作成、レクリエーション等の計画、指導、関係諸機関との連携、ボランティアの指導を行う。 |
| 薬剤師 | 医師の指示に従い、入所者の薬剤管理、薬剤投与の指導を行う。 |
| 管理栄養士 | 医師の指示に従い、栄養価の計算、献立の作成、栄養指導の実施を行う。 |

7 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤 務 体 制 | 休 暇 |
|-------------------------|---|----------------|
| 管理者 | 正規の勤務時間帯 8：20～17：15で勤務 | 4週8休 |
| 医師（施設長） | 担当医師が週5日勤務（専従・兼務）します。休日・時間外については病院の医師が対応します。 | |
| 看護職員 及び介護職員 | <ul style="list-style-type: none"> ・早番 7：00～15：55 日勤 8：20～17：15 遅出 11：05～20：00 夜勤 16：00～ 9：30（二交替制） ・昼間 8：20～17：15は、原則として職員1名あたり入所者3名のお世話をします。 ・夜間 20：00～ 8：20は、原則として職員1名あたり入所者22名のお世話をします。 | 原則として、 4週8休 |
| 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 週5日、 8：20～17：15まで勤務 | |
| 介護支援専門員 | 看護職員・介護職員が勤務（兼務）します。 | |
| 薬 剤 師 | 正規の勤務時間帯 8：20～17：15で勤務（兼務） | |
| 管理栄養士 | 正規の勤務時間帯 8：20～17：15で勤務（専従） | |

8 施設サービスの概要

（1）介護保険給付サービス

| 種 類 | 内 容 |
|-----|--|
| 食 事 | <ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 （食事時間） 朝食 8：00～ 9：00 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00 |
| 排 泄 | <ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入 浴 | <ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回の入浴または毎日の清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 |

| | |
|----------------|--|
| 離床、着替え、 整容等 | <ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、出来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をします。 ・シーツ交換は、週1回、寝具の消毒は必要に応じて行います。 |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・担当医師により健康管理に努めます。 ・緊急等必要な場合には、主治医あるいは外来・一般病棟が責任をもって引継ぎます。 ・入所者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来るだけ配慮します。 (当施設の担当医師氏名) 内科： 狩野 稔久 |
| 社会生活上 の便宜 | <ul style="list-style-type: none"> ・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・主な娯楽設備 喫茶コーナー（毎日） ・主なレクリエーション行事 季節ごとの行事（お花見、七夕会、クリスマス会、節分）など ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、入所者及びご家族の状況によっては、代わりに行います。 |

(2) 介護保険給付外サービス

| サービスの種別 | 内 容 |
|----------------|---|
| 理 髪 | 週1回施設内にて実施します。 |
| 日常生活品の購入 代行 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びご家族が自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。ご利用いただく場合は、やむ終えない場合を除き、3日前までに購入代金を添えてお申し込み下さい。 (申込先： 介護医療院スタッフステーション) |

9 利用料

(1) 法定給付

| 区 分 | 利 用 料 |
|--------|--|
| 法定代理受領 | 介護報酬の告示上の額（別紙利用料金表参照） ・施設介護サービス費（負担割合証の負担割合に準じる） ・食費・居住費にかかる費用額（又は負担限度額） |

(2) 法定外給付

| 区 分 | 利 用 料 |
|----------|---|
| 食事にかかる費用 | 1. 利用者所得段階 ①第1段階 300円/日（基準費用額1日 1,445円） ②第2段階 390円/日（基準費用額1日 1,445円） ③第3段階① 650円/日（基準費用額1日 1,445円） ③第3段階② 1,360円/日（基準費用額1日 1,445円） ④第4段階 2,070円/日 ⑤第4段階 1,875円/日（流動食のみを提供する場合） |
| 居 住 費 | 1. 利用者所得段階（個室） ①第1段階 550円/日（基準費用額1日 1,728円） ②第2段階 550円/日（基準費用額1日 1,728円） ③第3段階 1,370円/日（基準費用額1日 1,728円） ④第4段階 2,000円/日 2. 利用者所得段階（多床室） ①第1段階 0円/日（基準費用額1日 437円） ②第2段階 430円/日（基準費用額1日 437円） ③第3段階 430円/日（基準費用額1日 437円） ④第4段階 437円/日 |
| 理容サービス | ・理容サービス 実費（直接業者へ支払い） |

(3) 入所者の選定により提供するもの

| 区 分 | 利 用 料 |
|--------------------------------|---|
| 特別な食事 | ・要した費用の実費（法定給付分は除く） |
| 日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当であるもの | ・インフルエンザワクチン 自治体との契約金額に準じる ・付き添い布団165円/日 ・その他 （詳細は、別紙 介護施設保険給付外サービス利用料金表を参照） |

10 苦情等申立先

| | |
|----------------|--|
| 当施設ご利用相談室 | 窓口担当者 ソーシャルワーカー 和田・齋藤・村上・石川 ご利用時間 月～金 8：20～17：00 ご利用方法 電話 0856-22-3611（内線112） 面接 事前に電話予約をして下さい 意見箱 （受付前に設置） |
| その他の 苦情相談窓口 | ①益田市福祉環境部 高齢者福祉課 ご利用時間 月～金 8：30～17：15 連絡先 0856-31-0218 ②島根県国民健康保険団体連合会 介護保険係 ご利用時間 月～金 9：00～17：00 連絡先 0852-21-2811 |

11 第三者評価 実施していません

12 協力医療機関

| | |
|---------|---|
| 医療機関の名称 | 益田地域医療センター医師会病院 |
| 院長名 | 齊藤 洋司 |
| 所在地 | 島根県益田市遠田町1917番地2 |
| 電話番号 | 0856-22-3611 |
| 診療科 | 内科、外科、呼吸器内科、呼吸器外科、整形外科、循環器内科、放射線科、麻酔科、リウマチ科、リハビリテーション科、循環器外科、肛門外科、婦人科、病理診断科、腎臓内科、形成外科、脳神経外科 |
| 入院設備 | ベッド数253床（一般病棟165床 療養病棟88床） |
| 救急指定の有無 | 有 |
| 緊急の場合 | 入所者に病状の急変があった場合、益田地域医療センター医師会病院に受入体制を取っております。 |

1 3 協力歯科医療機関

| | |
|------|--------------|
| 名称 | ことぶき歯科医院 |
| 院長名 | 斎藤 寿章 |
| 所在地 | 益田市幸町4-71 |
| 電話番号 | 0856-24-0770 |
| 入院設備 | 無し |

1 4 非常災害時の対策

| | | | | |
|-------------|---|-----|-----------|-----|
| 非常時の対応 | 別途定める「益田地域医療センター医師会病院・益田市立介護老人保健施設くにさき苑消防計画」に則り対応を行います。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 益田地域医療センター医師会病院 自衛消防隊と連携し、非常時の相互の応援を約束しています。 | | | |
| 平常時の訓練等防災設備 | 別途定める「消防計画」に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 箇所等 |
| | スプリンクラー | あり | 防災扉・シャッター | あり |
| | 非常階段 | 3箇所 | 室内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知機 | あり | 非常通報装置 | なし |
| | 誘導灯 | あり | 漏電火災報知機 | なし |
| | ガス漏れ報知機 | あり | 非常用電源 | あり |
| | 滑り台 | 3箇所 | 非常放送装置 | あり |
| | カーテン・布団等は、防煙性能のあるものを使用しております。 | | | |
| 消防計画等 | 消防署への届出：令和元年9月1日 防災管理者： 益田地域医療センター医師会病院事業統括部長 田中 盛大 | | | |

1 5 身体抑制

| | |
|----------|---|
| 抑制に対する原則 | 身体抑制、その他利用者の行動を制限する行為は行いません。 |
| 抑制を行う場合 | 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合は身体抑制等を行います。 |
| 抑制の手順 | 抑制及びその解除にあたっては、医師の指示のもと、身体抑制廃止委員会において必要性、期間等を審議し、ご家族の同意の上で行います。 |

1 6 虐待防止に関する事項

| | |
|------------|--|
| 虐待防止への取り組み | <ul style="list-style-type: none"> ・虐待を防止するための従業者に対する研修の実施 ・入所者及びその家族からの苦情処理体制の整備 ・その他虐待防止のために必要な措置 |
| 発見時の対応 | 当該施設従事者又は養護者（入所者の家族等高齢者を現に養護する者による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。 |

1 7 衛生管理等に関する事項

| | |
|------|--|
| 衛生管理 | 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。 |
| 感染対策 | 院内において感染症の発生又はそのまん延の防止をするために、必要な措置を講じます。 |

1 8 当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|-----------------|---|
| 来訪・面会 | 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 |
| 外出・外泊 | 外泊・外出の際には必ず行き先と帰施設時間を職員に申出てください。 |
| 嘱託医師以外の医療機関への受診 | 基本的に入所中の医療機関への受診は、保険給付の対象になりませんので、受診の際は必ず施設へご相談下さい。 |
| 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したがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 喫煙 | 喫煙は敷地内ではお断りします。 |
| 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。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。 |
| 所持品の管理 | 基本的には各自で管理して下さい。 |
| 現金等の管理 | 基本的には各自で管理して下さい。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内で他の入居者に対する宗教活動およ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および飼育はお断りします。 |

19 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡いたします。

また、事故の再発防止のため事故報告書を作成し、事故状況の分析と対応、事故発生
の原因究明と防止対策（改善）の検討を行います。

なお、当事業所の介護サービスにより、利用者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

(当事業所は、東京海上日動火災株式会社の賠償責任保険に加入しております)

※上記内容は、「介護医療院 ふたば事故発生防止のための指針」にて定めています。

ご希望があれば閲覧も可能です。

私は、本書面に基ついて乙の職員（職名 相談員 氏名 ）から上記
重要の事項の説明を受け同意したことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者の家族等 住所

氏名 _____ 印 _____

続柄

注 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。