

介護老人保健施設
老健くろさわユニットさくら
重要事項説明書

医療法人 社団美心会

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人 社団美心会
主たる事務所の所在地	群馬県高崎市矢中町字村北187
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 黒澤 功
設立年月日	1996年11月1日
電話番号	027 - 352 - 1166
FAX番号	027 - 352 - 7925
ホームページアドレス	http://www.bishinkai.or.jp/roken_kurosawa/

2. ご利用施設

施設の種類	指定介護老人保健施設 2015年4月1日指定（高崎市指定 第1050280161号）
施設の名称	介護老人保健施設 老健くろさわユニットさくら
施設の所在地	群馬県高崎市中居町3丁目19番地2
施設長の氏名	田口 正毅
電話番号	027-352-3366
FAX番号	027-352-3322

3. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	介護保険法令を遵守し、要介護者であって、主としてその心身の機能維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護およ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行うことを目的とする施設の役割を担い、居宅における生活への復帰を目指します。
運営の方針	ご契約者の意思と人格を尊重し、明るく家庭的な雰囲気を大切にし、常にご契約者の立場に立ったサービス提供に努めるとともに、ご契約者のご家庭との結びつきを重視し、積極的に地域社会との交流をおこないます。 地域社会に開かれた施設運営を行い、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、介護保険施設、その他の保健・医療・福祉サービス提供者との密接な連携を図ります。

4. 施設の概要

構造	鉄筋コンクリート造陸屋根 4階建て
延床面積	5,510.512㎡
利用定員	40名（短期入所療養介護含む） ユニットごとの利用定員 10名
ユニットの数	4ユニット

（1）居室 個室 40室 10.90～16.23㎡

*居室の変更

ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況等により変更可能かどうか検討します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その場合、ご契約者やその家族と事前に協議のうえ決定するものとします。

(2) 主な設備

設備の種類			
サービスステーション	4 室	機能訓練室	1 室
診察室	1 室	レクリエーションルーム	1 室
一般浴室	2 室	機械浴室	1 室
家族相談室	1 室	共同生活室	2 室
		理美容室	1 室
		家族介護教室	1 室

5. 職員体制

職種	配置基準	常勤換算後の人員	業務内容
管理者	1 名	1 名	施設職員及び業務の管理を一元的に行います。
医 師	0.4 名以上	0.4 名以上	ご契約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。
薬剤師	0.1 名以上	0.1 名以上	医師の指示に基づき、ご契約者の薬剤の調剤及び服薬指導を行います。 また施設で保管する薬剤を管理します。
看護職員	4 名以上	4 名以上	主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活の介護、介助等も行います。
介護職員	10 名以上	10 名以上	ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
支援相談員	0.4 名以上	0.4 名以上	ご利用についての相談・ご契約者の日常生活の相談・助言等を行います。
リハビリ職員	0.4 名以上	0.4 名以上	ご契約者の日常生活における必要な機能訓練を行います。（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）
管理栄養士	0.4 名以上	0.4 名以上	ご契約者の栄養・栄養状態管理を行います。
介護支援専門員	0.4 名以上	0.4 名以上	ご契約者にかかる施設サービス計画を作成し、要介護認定及び更新の申請手続きを行います。

6. 職員の勤務体制

職 種	勤務体制			
看護・介護職員	7:00～16:00	8:30～17:30	11:00～20:00	16:00～翌9:30
医師、その他職員	8:30～17:30			

7. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	高崎市の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人保健施設（従来型）	2015 年 4 月 1 日	第 1050280153 号	60 名
（介護予防）短期入所療養介護（従来型）	2015 年 4 月 1 日	第 1050280153 号	定員に含む
（介護予防）短期入所療養介護（ユニット型）	2015 年 4 月 1 日	第 1050280161 号	定員に含む
（介護予防）通所リハビリテーション	2015 年 4 月 1 日	第 1050280153 号	100 名
（介護予防）訪問リハビリテーション	2019 年 4 月 1 日	第 1050280153 号	—

8. 施設サービスの概要（契約書第5条、第6条参照）

サービス種別	内 容
入 浴	・ご契約者の状況に合わせて、入浴又は清拭を原則週2回行います。
排 泄	・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
機能訓練	・ご契約者の心身等の状況に応じ、日常生活を送る為に必要な機能の回復、機能の減退を防止するための訓練を実施します。
健康管理	・医師の管理の下、看護・介護職員、管理栄養士が健康管理を行います。 ・緊急時など必要な場合には、協力医療機関に引継ぎをします。
その他自立への支援	・寝たきり防止のため、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。
介護相談	・ご契約者及びご家族からのご相談に応じます。
居 室	・個室のみとなります。 ＜設備・什器等＞ 冷暖房・ベッド・収納家具・カーテン
食 事	・ご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した栄養バランスの良い食事を提供します。 ・自立支援のため、食堂にて食事をとっていただきます。 ＜食事時間＞ 朝食：7：30～ 8：30 昼食：12：00～13：00 夕食：18：00～19：00
特別な食事	・ご契約者の希望により、特別な食事（酒・嗜好品を含みます）を提供します。
レク活動	・ご契約者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加できます。
日常生活用品	・ご契約者の希望により当施設で用意した下記の日常生活用品をご利用できます。 ＜日常生活用品＞ 石鹸、シャンプー、フェイスタオル等
物品の貸出	・ご契約者の希望により、テレビの貸出サービスを利用できます。
電気製品の持込	・ご契約者の希望により、電気製品を持ち込むことができます。 ・事前に「電化製品使用届出書」を提出していただきます。
洗 濯	・ご家族が対応できない場合のみ、有料の外部サービスで承ります。
理美容	・ご契約者の希望により月1回理美容サービス（調髪、顔剃、染髪など）を利用できます。
Wi-Fi 使用	・使用可能ですが環境により不都合が生じた場合はポケット Wi-Fi 等ご用意下さい。

*経済状況の著しい変化、やむを得ない理由がある場合、利用料金を変更することがあります。その場合、事前に変更内容と変更する理由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

9. 利用料金

（1）利用料

別紙参照

（2）利用料金のお支払い方法

料金・費用は原則、口座振替となります。（現金でお支払をご希望の場合はお申し出ください）

毎月10日以降に前月分の請求書を発送します。同月20日（日祝の場合、翌営業日）に指定口座より振替します。（1ヶ月に満たない期間の利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします）

10. 苦情の受付について（契約書第18条参照）

（1）当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 [担当者] 副施設長 斎藤 太郎 [管理者] 施設長 田口 正毅
○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30 電話番号 027-352-3366

（2）第三者委員の設置

第三者委員とは、サービス利用者と事業所の間に入り、公平・中立な立場で円滑・円満に解決するために設けられた制度です。希望される場合は、第三者委員を交えて話し合いをすることができます。

○第三者委員 : 松原 えい子 電話番号 027-352-0253

（3）その他

○国民健康保険団体連合会(介護保険苦情処理相談窓口) 電話番号 027-290-1323
○高崎市長寿社会課介護保険担当課 電話番号 027-321-1111
○群馬県福祉サービス運営適正化委員会 電話番号 027-255-6699

11. 協力医療機関等

当施設では以下の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。歯科診療について、新規入所後に口腔内の診察を行い以降、3ヵ月毎に診察を実施します。その際に診察料として費用負担が発生しますのでご了承願います。

○協力医療機関・協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人 社団美心会 黒沢病院・黒沢病院附属ヘルスパーククリニック
所在地	群馬県高崎市矢中町 187・群馬県高崎市矢中町 188
診療科	内科・外科・脳外科・泌尿器科・皮膚科・歯科 等 入院設備あり

12. サービス提供における事業者の義務（契約書第8条、第9条参照）

当施設はご契約者に対してサービスを提供するにあたって、以下のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスが安定的に・継続的に提供されるように、計画等の策定をするとともに、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行います。
- ③ご契約者が受けている要介護認定有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新申請のために必要な援助を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管をするとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて法人の開示手順に従って交付を行います。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者または他のご入所者等の生命または身体が、危険にさらされる可能性が著しく高い場合、一時的に最小限度の身体拘束を行うこともあります。
- ⑥事業者及びサービス従事者または従事者は、サービス提供にあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
- ⑦高齢者虐待防止について、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
・研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

- ・個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ・従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

⑧ハラスメント対策の強化について、適切なサービスの提供を確保する観点から、次に掲げるとおり、必要な措置を講じます。

- ・職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動を防止します。
- ・業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員等の就業関係が害されることを防止します。

1.3. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項（契約書第10条参照）

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、以下の事項をお守り下さい。

面 会	・面会時間 14：00 ～ 16：30 予約制（電話や事務所受付にて予約） ※面会終了後から次回の面会予約（1回のみ）が可能となります。 ※日曜・祝日は事務が日直体制のため、玄関開錠時間は8：30～19：00です。 (19：00以降はインターホ対応となります) ・面会時間を遵守し、必ずその都度職員にお申し出ください。 ・来訪時、食べ物等の持ち込みは原則禁止します。
外出・外泊	・外出・外泊される場合は事前（原則3日前）にお申し出ください。外出前に必ず「外出・外泊届け」を提出していただきます。
食 事	・食事が不要な場合は事前にお申し出下さい。前日の12：00までに申し出があった場合、8.(1)に定める(食事に関わる自己負担額)は減免されます。 ただし、朝食・昼食・夕食の食事不要回数で金額は異なります。
飲 酒	・飲酒は当施設が定めた規定に従っていただきます。
施設・設備の使用上の注意	・居室や設備、備品は本来の用法に従ってご利用ください。 ・故意またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設や設備を壊したり汚したりした場合は、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただきます。
所持品の持ち込み	・他のご利用者に迷惑となる物の持ち込みはお断りいたします。
金銭・貴重品の管理	・金銭・貴重品の持ち込みは原則禁止させていただきます。やむを得ず、持ち込まれた際の管理は、原則、ご契約者本人に行っていただきます。 ・当施設は紛失・盗難等についてその責任は負いかねます。
洗 濯	・原則としてご家族に行っていただきます。
受 診	・必ず事前に事務所へご相談ください。 ・夜勤帯に受診が必要な場合の送迎費用等については、ご家族様にご負担いただきます。
喫煙・火気の取扱い	・禁止します。
ペットの飼育	・施設内へのペットの持ち込み及び飼育は禁止します。
営利行為・宗教活動 ・政治活動	・他ご利用者や職員の迷惑となるような営利活動、宗教活動、政治活動は禁止します。
迷惑行為	・騒音等其他のご利用者の迷惑になる行為は禁止します。 ・他ご利用者の許可なく、居室等に立ち入らないようにしてください。

1 4. 損害賠償について（契約書第17条）

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は加入する保険の範囲内で速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について以下の場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当とみとめられる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

- ご契約者が心身の状況や病歴などについて故意にこれを告げず、又は不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご契約者がサービス実施に必要な事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご契約者の急な体調変化など、事業者のサービスの実施を原因としない事由により、損害が生じた場合
- ご契約者が職員の指示に反して行ったことが原因で損害が生じた場合

1 5. 事故発生時の対応

サービス提供により事故（転倒・転落等による骨折等）が発生した場合は、必要な措置を講じた上、速やかに保証人と市町村に連絡します。

事故の発生または再発を防止するため、指針を整備し介護事故に対する安全管理体制の確保に努めます。

1 6. 個人情報の取り扱いについて

当事業所では、ご利用者様の個人情報を次項のように取り扱います。内容をご確認いただき、同意の上、利用申し込みいただきますようお願い申し上げます。

1.利用目的

- 1.ご利用者様へ適切な介護・医療サービスの提供のため
- 2.当事業所事務・管理を適切に行うため
- 3.法令・行政上の業務への対応のため
- 4.保険請求業務のため
- 5.ご家族様への身体状況・病状説明のため

上記以外の利用目的

1介護事業所・医療機関等の管理運営業務のうち

- 一介護・医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 一医師・看護師・介護福祉士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士等の学生実習の協力
- 一研究の際は、関係する法令、指針に従う
- 一満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
- 一安全・防犯のためのシステム・カメラによるモニタリング

2研修会・学会・医学誌等への発表

特定の患者・利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、研修会、学会誌等での報告は氏名、生年月日、住所等を消去する事で匿名化する。匿名化困難な場合は、本人の同意を得る。以上の目的以外でご利用者様の情報を利用する場合、ご利用者様ご本人に個別理由を説明し同意を得たうえで行うものいたします。ただし緊急の場合等、当事業所が必要だと判断した場合は利用を優先し後ほどご説明させていただきます。

2.個人情報の第三者提供について

ご利用者様及びご家族様の個人情報は、あらかじめご利用者様の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。ただし、以下の利用目的に該当する場合は、ご利用者様から特にお申し出がない限り、介護・医療サービスを 提供するための通常業務として必要な範囲において、ご利用者様の個人情報を第三者に提供する場合があります。

- (ア)介護・医療の提供のため、他の医療機関等との連携を図ること
- (イ)介護・医療の提供のため、外部の医師等の意見・助言を求めること
- (ウ)介護・医療の提供のため、他の医療機関等からの照会があった場合にこれに応じること
- (エ)ご利用者様への介護・医療の提供に際して、ご家族等への身体状況・病状の説明を行うこと

※介護保険に関しては、ケア会議等事業機関及び連携施設等の連絡会議の資料として個人情報を使う可能性がある。

3.業務委託について

介護・医療を提供するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な業務委託の内容は次の通りです。検査業務、清掃業務、情報システム管理、廃棄物処理等

4.ご利用者様の権利

当事業所の管理する全ての個人情報については、ご本人による開示請求・訂正・削除・利用停止等を求めることが可能です。個人情報相談窓口までご相談ください。

医療法人 社団美心会

理事長 黒澤 功

個人情報保護管理者 和田 祐一

個人情報相談窓口 027-352-9000

■ 個人情報の取り扱いについて

☐ 同意する

☐ 同意しない

- 万一上記の事項についてご同意をいただけない場合には、適切な介護サービスの提供に支障が出る場合がございます。
- 下記利用目的のうち、同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し出下さい。また、同意いただいた後でも個別に不同意の表明をすることが可能です。

重要事項説明書 確認書

年 月 日

指定 介護老人保健施設サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明及び交付を行いました。

事業者 事業者名 医療法人 社団美心会 介護老人保健施設 老健くろさわ
代表者氏名 施設長 田口 正毅

説明者氏名 職名 _____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項の説明を受け、指定介護老人保健施設サービスの提供を受けることに同意しました。

〔契約者（利用者）〕

住所 _____

氏名 _____

〔身元引受人〕

住所 _____

氏名 _____

契約者との続柄 _____

〔連帯保証人〕

住所 _____

氏名 _____

契約者との続柄 _____

*保証人は原則として契約者の三親等以内又は高崎市内在住の方とさせていただきます。

私は、契約者が本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人保健施設サービスの提供を受けることに同意したことを確認しましたので、契約者に代わって署名を代行いたします。

〔署名代行者〕

住所 _____

氏名 _____

署名代行の理由 _____