

介護老人保健施設入所利用重要事項説明書

(重要事項説明書の目的)

第1条 老人保健施設 桃源の郷（以下「当施設」という。）は、要介護状態と認定された入所者（以下単に「入所者」という。）に対し、介護保険法令等の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、入所者の居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービスを提供し、一方、入所者及び入所者を扶養する者（以下「扶養者(連帯保証人)」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本重要事項説明書の目的とします。

(適用期間)

第2条 本重要事項説明書は、入所者が介護老人保健施設入所利用同意書を当施設に提出したときから効力を有します。但し、扶養者(連帯保証人)に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 入所者は、前項に定める事項の他、本重要事項説明書、及び別紙 1 のその他の利用料の改定が行なわれない限り、前回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとします。ただし、変更内容については、通知説明します。

(入所者からの解除)

第3条 入所者及び扶養者(連帯保証人)は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、本重要事項説明書に基づく入所利用を解除・終了することができます。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、入所者及び扶養者(連帯保証人)に対し、次に掲げる場合には、本重要事項説明書に基づく入所利用を解除/終了することができます。

- ① 入所者が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合
- ② 当施設において定期的実施される入所継続検討会議において、退所して居宅において生活できると判断された場合
- ③ 入所者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護保健施設サービスの提供を超えると判断された場合
- ④ 入所者及び扶養者(連帯保証人)が、本重要事項説明書に定める利用料金を3か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合
- ⑤ 入所者が、当施設、当施設の職員又は他の入所者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 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、当施設を利用させることができない場合

(利用料金)

第5条 入所者及び扶養者(連帯保証人)は、保証極度額を限度として入所者と連帯して、当施設に対し、本重要事項説明書に基づく介護保健施設サービスの対価として、別紙1の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務が

あります。但し、当施設は、入所者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

2 当施設は、入所者及び扶養者(連帯保証人)が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月15日に送付し、入所者及び扶養者(連帯保証人)は、連帯して、当施設に対し、当該合計額を原則翌月15日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

3 当施設は、入所者又は扶養者(連帯保証人)から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、入所者及び扶養者(連帯保証人)が指定する送付先に対して、領収書を送付します。

第11条 「個人情報保護法」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し個人情報を適正に取り扱います。

2 基本方針、利用目的の規程については別紙をご覧ください。尚、これについては施設にも掲示しています。

(要望又は苦情等の申出)

第12条 入所者及び扶養者(連帯保証人)は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第13条 介護保健施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、入所者が損害を被った場合、当施設は、入所者に対して、損害を賠償するものとします。

2 入所者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、入所者及び扶養者は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第14条 この重要事項説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、入所者又は扶養者(連帯保証人)と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

老人保健施設桃源の郷のご案内

(令和6年1月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 医療法人 仁康会 老人保健施設 桃源の郷
- ・開設年月日 平成6年4月1日
- ・所在地 広島県三原市小泉町4258番地
- ・電話番号 0848-66-3877
- ・ファックス番号 0848-66-3610
- ・管理者名 施設長 谷本 佳弘
- ・介護保険事業所番号 3450980036号

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、〈介護予防〉短期入所療養介護や〈介護予防〉通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[老人保健施設桃源の郷の運営方針]

専門的な看護・介護・リハビリテーションを提供すると同時に、ご家族との綿密な協力のもとに、明るく家庭的な雰囲気の中で利用者が生きがいをもって暮らせるように支援します。

(3) 施設の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容
・医師		1	診察・健康管理・指導
・看護職員	6	1	看護・介護・日常生活の世話
・介護職員	16	3	介護・日常生活の世話
・支援相談員	3		相談・市町村との連携等
・理学療法士	2		機能訓練・指導等
・作業療法士	1		機能訓練・指導等
・言語聴覚士	1		機能訓練・指導等
・管理栄養士	1		献立作成・栄養指導
・介護支援専門員	3 (兼務)		ケアプラン作成
・事務員	1	1	経理・庶務・その他
・薬剤師		1	服薬指導

- (4) 入所定員等 ・定員58名
(特室2室、個室3室、2人室3室、3人室1室、4人室11室)
- (5) 通所定員 60名

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② <介護予防>短期入所療養介護計画の立案
- ③ <介護予防>通所リハビリテーション計画の立案
- ④ 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
朝食 7時00分～
昼食 11時30分～
夕食 17時30分～
- ⑤ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。入所利用者は、週に最低2回ご利用いただきます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）
- ⑥ 医学的管理・看護
- ⑦ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑧ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 理美容サービス
- ⑪ 行政手続代行
- ⑫ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記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。

- ・協力医療機関
 - ・名称 医療法人 仁康会 本郷中央病院
 - ・住所 広島県三原市下北方1丁目7番30号
- ・協力歯科医療機関
 - ・名称 医療法人 仁康会 小泉病院 歯科
 - ・住所 広島県三原市小泉町4245番地

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会. . . 午前7時から午後9時までの間、いつでもご面会できます。
この際、プライバシー保護にご留意下さい。
- ・外出・外泊. . . 体調さえよければ、いつでも許可いたします。ただし、事前にご連絡ください。
- ・飲酒・喫煙. . . 原則禁止としますが、個別に対応いたします。ご相談ください。
- ・火気の取扱い. . . 原則禁止です。
- ・設備・備品の利用. . . 事前にお申し出ください。
- ・所持品・備品等の持ち込み. . . 原則的には衣類、日用品程度としますが、それ以外のものについてはお申し出ください。個別に対応いたします。
- ・金銭・貴重品の管理. . . 自分で管理できる必要最小限としてください。
- ・外泊時等の施設外での受診. . . 外泊中の受診は原則的にできないことになっておりますので、緊急の場合のみとし、必ず受診前にご連絡ください。
- ・宗教活動. . . 利用者、ご家族への勧誘は禁止しています。
- ・ペットの持ち込み. . . 原則禁止です。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、火災報知器、非常放送設備
- ・防災訓練 年2回以上

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

7. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。（電話0848-66-3877）

公共機関の相談窓口 広島県国保連合会 介護保険課(電話082-554-0783)
三原市 高齢者福祉課(電話0848-67-6240)

要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、受付前に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

8. 苦情についての処理体制・手順

- ① 利用者（ご家族）に連絡・事情を把握、確認します。
- ② 管理者に報告、相談します。
- ③ 調査が必要とされる場合はその予定・結果報告の方法、日程等の見込みを利用者（ご家族）に説明します。

- ④ 調査の結果、必要に応じ検討会議を行い、改善方法等について利用者（ご家族）に説明、理解を得られる様努めます。
- ⑤ 問題点・処理経過・対応策等を記録、保管し、再発防止に努めます。
- ⑥ 必要に応じ、関係市町村への報告、他事業所等との連絡調整を行います。

9. 事故発生時の対応

- ① サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。
- ② 施設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。
- ③ 前2項のほか、当施設は利用者（ご家族）の指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。
- ④ 速やかに事故対策委員会を設置し、事故原因を解明し再発防止の対策を講じます。

10. 個人情報の取扱いについて

- ① 「個人情報保護法」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し個人情報を適正に取り扱います。
- ② 基本方針、利用目的の規程については別紙をご覧ください。尚、これについては施設にも掲示しています。
- ③ 当施設は、下記のように利用者の氏名、写真等を掲示しています。ご理解下さい。不都合のある方はお申し出下さい。
 - ・居室入口への氏名、写真等の表示
 - ・ベッドサイドへの氏名、写真等の表示
 - ・テーブルへの氏名表示
 - ・行事の写真等の掲示
 - ・クラブ活動、リハビリテーション等における作品等の展示
 - ・施設の広報誌への氏名、写真等の掲載
- ④ 電話での問い合わせについて
利用者の個人情報についてのお問い合わせは、電話されてる方の身元確認が困難なためお答えできません。必要があれば、いったん電話を切った後、あらかじめ登録頂いている電話番号へ当方から電話連絡いたします。できる限り、当施設へご来所の上お問い合わせ下さい。
- ⑤ 職員の個人情報についてのお問い合わせには、一切お答えできません。

11. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

個人情報の利用目的

当施設では、個人情報を下記の目的に利用し、その取扱いには「個人情報保護法」を遵守し、細心の注意を払っています。

なお、不都合な点がございましたら受付までお申し出ください。

【利用者様への介護の提供に必要な利用目的】

〔当施設の内部での利用にかかる事例〕

◎当施設が利用者様に提供する医療・看護・介護サービス

◎介護保険事務

◎利用者様に係る当施設の管理運営業務のうち、

- ・会計・経理
- ・事故等の報告
- ・入退所等の管理
- ・当該利用者様への医療・看護・介護サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う事例〕

◎当施設が利用者様に提供する医療・看護・介護サービスのうち

- ・他の医療機関、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等との連携
- ・他の医療機関、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等からの照会への回答
- ・利用者様の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・検体検査業務の委託その他の業務委託
- ・家族等への病状等の説明

◎介護保険事務のうち、

- ・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

◎外部監査機関への情報提供

◎賠償責任保険などに係る、保険会社等への相談又は届出等

【その他当施設の内部での利用にかかる事例】

◎介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

◎当施設内において行われる介護実習への協力

◎介護の質の向上を目的とした当施設内での事例研究

付記

1 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意し難い事項がある場合には、その旨をお申し出ください。

2 お申し出がないものについては、同意していただけた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可能です。

<別紙2>

介護保健施設サービスについて

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 介護保健施設サービス

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただける状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご本人・扶養者の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

◇医療：

介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

◇機能訓練：

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

◇生活サービス：

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

3. 利用料金

別紙「ご利用料金一覧表」参照。

◇支払い方法

- ・毎月15日に、前月分の請求書を発行しますので、翌月の15日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、原則、『ゆうちょ銀行』または『広島銀行』からの自動引き落としでお願い致します。

契約時に説明し、自動引き落とし申込書に記入していただきます。

※やむを得ない理由により、上記方法での支払いが困難な場合は、『現金持参』、『銀行振込』、『現金書留』による送金も承ります。入所契約時に確認致します。

<別紙3>

看護・介護実習受け入れの説明書

当施設は、看護実習及び介護実習施設として毎年実習生を受け入れ看護教育・介護教育に積極的に協力しています。実習期間中、実習生は受け持ちとして日常生活の援助等の実技実習を行います。実習に当たっては以下の基本的な考え方で臨むことにしています。

看護教育・介護教育の必要性をご理解頂き、ご協力をお願いいたします。

1. 実習生が実技実習を行う場合、事前に十分かつわかりやすい説明を行い、利用者様・ご家族の同意を得て行います。
2. 実習生が実技実習を行う場合、安全性の確保を最優先とし、事前に学校の教員や当施設の実習指導者による助言・指導を受け実践可能なレベルまで技術を修得させたうえで臨ませます。
3. 利用者様・ご家族は、実習に関する意見や質問があれば、いつでも学校の教員や当施設の実習指導者等に直接たずねることができます。
4. 利用者様・ご家族は、同意した後も実習生が行う実技実習に対して無条件に拒否することができます。また、拒否したことを理由に療養上の不利益を受けることはありません。
5. 実習生には、実習を通して知り得た利用者様・ご家族に関する情報については、これを他者に漏らすことのない様にプライバシー保護を遵守させます。また、実習終了後も同様にプライバシー保護を守るよう指導いたします。

介護老人保健施設入所利用同意書

老人保健施設 桃源の郷を入所利用するにあたり、介護老人保健施設入所利用重要事項説明書及び別紙1、別紙2、別紙3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。

医療法人 仁康会
老人保健施設 桃源の郷
管理者 谷本 佳弘 様

令和 年 月 日

特記事項 おやつ： 希望する 希望しない 居室： 特室 個室 多床室 面会： 制限無し 制限有り

<利用者>

住 所

氏 名

印

<扶養者(連帯保証人)>

住 所

氏 名

印

【本重要事項説明書第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

ふりがな ・氏 名 (続柄)
〒 ・住 所
・電話番号

【本重要事項説明書第9条3項の緊急時の連絡先】

ふりがな ・氏 名 (続柄)
〒 ・住 所
・電話番号

個人情報保護に関する同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、「個人情報の利用目的」に記載されている目的の他、次の目的のために必要最小限の範囲内で利用することに同意します。

記

1 利用する目的

- (1) 居室入口への氏名の表示
- (2) ベッドサイドへの氏名、写真等の表示
- (3) 食事用テーブルへの氏名表示
- (4) 行事の記念写真等の展示
- (5) クラブ活動、リハビリテーション等における作品等の展示
- (6) 施設の広報誌への氏名、写真等の掲載
- (7) ホームページへの氏名、写真等の掲載
- (8) 福祉展への氏名、写真等の掲載、作品等の展示

上記の中で、不同意の項目番号をお書き下さい。無い場合は「なし」とお書き下さい。

その他、個人情報保護についての要望等をお書き下さい。
無い場合は「なし」とお書き下さい。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

印

<家族>

住 所

氏 名

印