

## 西尾病院介護医療院指定短期入所療養介護 重要事項説明書

### 1 事業者（法人）の概要

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 事業者の名称     | 医療法人田中会         |
| 主たる事務所の所在地 | 愛知県西尾市和泉町 22 番地 |
| 代表者の氏名     | 理事長 田中 正規       |
| 電話番号       | 0563-57-5138    |

### 2 ご利用施設

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| 施設の名称     | 西尾病院介護医療院       |
| 施設の所在地    | 愛知県西尾市和泉町 22 番地 |
| 介護保険事業所番号 | 23B3200010      |
| 施設長の氏名    | 田中 正規           |
| ファクシミリ番号  | 0563-57-0850    |

### 3 施設の目的と運営の方針

#### (1) 施設の目的

医療法人田中会が開設する介護医療院が行う指定短期入所療養介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の従業者が要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定短期入所療養介護を提供することを目的とする。

#### (2) 運営方針

- ①施設の従業者は、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て介護医療院サービスの提供に努める。
- ②施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村（特別区を含む）、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努める。

### 4 施設の概要

|     |       |                             |
|-----|-------|-----------------------------|
| 敷地  |       | 4,390 m <sup>2</sup> （病院全体） |
| 建 物 | 構造    | 鉄筋コンクリート造 7 階建              |
|     | 述べ床面積 | 1,318 m <sup>2</sup>        |
|     | 利用定員  | 空床利用                        |

#### (1) 病室

| 療養室の種類 | 室数 | 面積                   | 1 人あたり面積            |
|--------|----|----------------------|---------------------|
| 1 人部屋  | 15 | 161.5 m <sup>2</sup> | 10.8 m <sup>2</sup> |
| 3 人部屋  | 12 | 251.4 m <sup>2</sup> | 7.0 m <sup>2</sup>  |
| 4 人部屋  | 1  | 33.6 m <sup>2</sup>  | 8.4 m <sup>2</sup>  |

#### (2) 主な設備

| 設 備                     | 室数 | 面積（一人あたりの面積）         | 備 考         |
|-------------------------|----|----------------------|-------------|
| 機能訓練室、言語聴覚療法室(個別・集団)    | 4  | 309.0 m <sup>2</sup> | 病院機能訓練室等 共用 |
| 食堂兼談話室<br>兼レクリエーション・ルーム | 1  | 87.0 m <sup>2</sup>  |             |
| 浴室                      | 2  | 31.1 m <sup>2</sup>  | 特殊浴槽 1 台    |

## 5 職員体制

| 従業者の職種                  | 人員                  | 職務内容                            |
|-------------------------|---------------------|---------------------------------|
| 管理者                     | 1 名                 | 施設の従業者の管理、業務の管理を行います。           |
| 医師                      | 1.2 名以上(常勤換算)       | 診療等により入所者の機能回復と入所生活の充実を図ります。    |
| 薬剤師                     | 0.4 名以上(常勤換算)       | 投薬等により入所者の機能回復と入所生活の充実を図ります。    |
| 管理栄養士                   | 1 名以上(常勤換算)         | 食事等より入所者の機能回復と入所生活の充実を図ります。     |
| 看護職員                    | 入所者 6 人に対して常勤 1 名以上 | 入所者の負傷、疾病の回復を図り、医師の指導のもとに看護します。 |
| 介護職員                    | 入所者 4 人に対して常勤 1 名以上 | 入所者の自立と入所生活の充実に努め、介護します。        |
| 理学療法士<br>作業療法士<br>言語聴覚士 | 1 名以上               | 入所者の心身の機能の維持回復に努めます。            |
| 診療放射線技師                 | 1 名以上               | 入所者の機能回復と入所生活の充実を図ります。          |
| 歯科衛生士                   | 1 名以上               | 入所者の口腔ケアを行います。                  |
| 介護支援専門員                 | 1 名以上(常勤換算)         | 入所者の施設サービス計画を作成します。             |

## 6 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（8：30～17：30） 常勤で勤務             | 月 9～10 日 |
| 医師                      | 正規の勤務時間帯(8：30～17：30) 常勤・非常勤で勤務         | 日曜日      |
| 薬剤師                     | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 常勤で勤務             | 月 9～10 日 |
| 管理栄養士                   | 早番（7：00～16：00）<br>遅番（9：15～18：15） 常勤で勤務 | 月 9～10 日 |
| 看護職員                    | 日勤（8：30～17：30）夜勤（16：00～翌日 9：30）        | 月 9～10 日 |
| 介護職員                    | 日勤（8：30～17：30）夜勤（16：00～翌日 9：30）        | 月 9～10 日 |
| 理学療法士<br>作業療法士<br>言語聴覚士 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 常勤で勤務             | 月 9～10 日 |
| 診療放射線技師                 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 常勤で勤務             | 月 9～10 日 |
| 歯科衛生士                   | 正規の勤務時間帯(8：30～17：30) 常勤・非常勤で勤務         | 月 9～10 日 |
| 介護支援専門員                 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 常勤で勤務             | 月 9～10 日 |

## 7 施設サービスの概要と利用料

### (1) 介護保険給付によるサービス

| 種 類 | 内 容 及び 自己負担額                                                                                                                                                                                    |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事 | <p>食事時間 朝食 8：00～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～<br/> 食事場所 5階食堂、居室内<br/> ・できるだけ離床して食堂でお食べ下さい。<br/> ・食べられないものやアレルギーがある方は、事前にご相談下さい。</p> <p>第 1 段階 300 円 第 2 段階 390 円 第 3 段階①650 円②1,360 円 第 4 段階 2,180 円</p> |

|       |                                                                                                                           |                                                             |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 滞在費   | 第1段階 多床室 0 円 従来型個室 550 円<br>第2段階 多床室 430 円 従来型個室 550 円<br>第3段階①② 多床室 430 円 従来型個室 1,370 円<br>第4段階 多床室 437 円 従来型個室 1,728 円  |                                                             |
| 医療・看護 | 入所者の病状にあわせた医療・看護を提供します。<br>医師による定期診察は、1週間に1回行います。<br>それ以外でも必要がある場合には適宜診察します。<br>ただし、当施設では行えない治療や手術等については、他の医療機関での治療となります。 | 施設サービス費に、介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額をご負担いただきます。<br>別紙「施設入所利用料」 |
| 機能訓練  | 理学療法士等による機能訓練を、入所者の状況にあわせて行います。                                                                                           |                                                             |
| 排 せ つ | 自立排せつか、時間排せつか、おむつ使用について入所者の状況にあわせて対応します。                                                                                  |                                                             |
| 入浴・清拭 | 入浴 週に2回<br>入浴時間 9:00～16:00<br>入浴日でも入浴しない方は清拭します。                                                                          |                                                             |
| 離 床   | 寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。                                                                                                 |                                                             |
| 整 容   | 身の回りのお手伝いをします。                                                                                                            |                                                             |
| シーツ交換 | シーツ交換は週1回行います。                                                                                                            |                                                             |
| 娯楽等   | 当施設では、次のような娯楽設備を整えております。<br>カラオケ、テレビ、ゲーム、居室への音楽提供、DVD鑑賞                                                                   |                                                             |
| 介護相談  | 入所者とその家族からのご相談に応じます。                                                                                                      |                                                             |

## (2) 介護保険給付外サービス

| 種 類    | 内 容                                                                                  | 自己負担額                                                             |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 理髪・美容  | ご希望に応じて、業者が実施します。                                                                    | 料金表のとおりご負担いただきます。                                                 |
| 日用品費   | シャンプー、リンス、ボディソープ、マウスケア 他                                                             | 235 円/日                                                           |
| 教養娯楽費  | レクリエーション費用、イベント費用                                                                    | 41 円/日                                                            |
| 事務管理費  | 預金通帳の保管、小遣いの入出金管理、各種税金の手続き                                                           | 1,500 円/月                                                         |
| 特別な食事  | ご希望に応じて、特別食のご用意ができます。                                                                | 実費をご負担いただきます。                                                     |
| 買い物の代行 | ご希望に応じて、対応いたします。                                                                     | 実費をご負担いただきます。                                                     |
| その他    | 洗濯代 コインランドリー<br>乾燥機<br>業者委託 私物洗濯 (1ネット 約 3.0 kg)<br>テレビレンタル代<br>冷蔵庫レンタル代<br>加湿器レンタル代 | 200 円/回<br>100 円/30 分<br>550 円/回<br>110 円/日<br>220 円/日<br>110 円/日 |

## (3) 料金のお支払い方法

入所者様の指定口座より引き落としをさせていただきますので、別紙「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」に必要事項をご記入・ご捺印の上、担当者にお渡しください。振替日はご利用月の翌月の26日となります。お支払いを確認後、領収書を発行します。

## 8 キャンセル料

利用者の都合によりサービスの利用を中止する場合、次のキャンセル料をお支払いいただきます。

- ①利用時間の前日午後 5 時 30 分までに連絡があった場合      無料
- ②利用時間の前日午後 5 時 30 分までに連絡のない場合      1 日の利用料の 10%

## 9 虐待防止

- 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 虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- ④ 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置きます。

## 10 苦情等申立窓口

|            |                                                                                                                      |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設ご利用相談窓口 | 窓口責任者 看護師長          山口 和永<br>介護支援専門員 齋藤 由美子<br>介護支援専門員 荒木 伴子<br>ご利用時間 8:30～17:30<br>ご利用方法 電話 (0563-57-5138) 内線 (251) |
| 愛知県国保連合会   | 窓口 介護福祉室内 苦情相談室<br>ご利用時間 平日 9 : 00～17 : 00<br>ご利用方法 電話 (052-971-4165)                                                |
| 西尾市役所 長寿課  | 電話 直通 (0563-65-2119) 代表 (0563-56-2111)<br>※ 西尾市以外の利用者の場合の連絡先は、各市町村の介護保険担当まで                                          |

## 11 非常災害時の対策

|              |                                                               |       |        |       |
|--------------|---------------------------------------------------------------|-------|--------|-------|
| 非常時の対応       | 別途定める「医療法人田中会 消防計画」にのっとり対応を行います。                              |       |        |       |
| 平常時の訓練等      | 別途定める「医療法人田中会 消防計画」にのっとり年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して行います。 |       |        |       |
| 防災設備 (病院と共通) | 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    | 33 個所 |
|              | 避難階段                                                          | 8 個所  | 屋内消火栓  | 23 個所 |
|              | 自動火災報知機                                                       | あり    | 非常通報装置 | あり    |
|              | 誘導灯                                                           | 87 個所 | 非常用電源  | あり    |
|              | カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。                                   |       |        |       |
| 消防計画等        | 西尾消防署への届出日 : 平成 2 4 年 1 0 月 1 日<br>防火管理者 : 岩瀬 昭治              |       |        |       |

## 12 協力医療機関等

|      |               |                                                                                     |
|------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関 | 病院名 及び<br>所在地 | 西尾病院<br>愛知県西尾市和泉町 22                                                                |
|      | 電話番号          | 0563-57-5138                                                                        |
|      | 診療科           | 内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、糖尿病内科、神経内科、外科、整形外科、脳神経外科、消化器・肛門外科、泌尿器科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科、皮膚科 |
|      | 入院設備          | 一般 60 床 療養 110 床 計 170 床                                                            |

|      |               |                              |
|------|---------------|------------------------------|
| 医療機関 | 病院名 及び<br>所在地 | みむ歯科クリニック<br>愛知県西尾市今川町落 50-1 |
|      | 電話番号          | 0563-65-2545                 |
|      | 診療科           | 歯科、小児歯科                      |

### 1.3 施設の利用にあたっての留意事項

|             |                                                                                         |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会       | 面会時間 月～土 13:00～20:00 日祝 11:00～20:00<br>来訪者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、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。                                                       |
| 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従ってご利用ください。<br>これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。                |
| 喫煙・飲酒       | 敷地内は禁煙。入所中の飲酒は禁止。                                                                       |
| 迷惑行為等       | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。<br>また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。                              |
| 所持品・現金等の管理  | 施設での管理を希望される場合は、事務管理費 1,500 円/月を負担していただきます。希望されない場合は、自己・家族の管理となります。<br>利用者の現金所持はご遠慮下さい。 |
| 宗教活動・政治活動   | 施設内での他の入所者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します。                                                               |
| 持ち込み物品の責務   | 持ち込みの電化製品、髭剃り、メガネ等破損・紛失等には責任を負いかねますのでご了承をお願いします。                                        |

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、指定短期入所療養介護の内容及び重要事項を説明しました。

年 月 日

|       |         |                 |   |
|-------|---------|-----------------|---|
| 事業者 乙 | 住 所     | 愛知県西尾市和泉町 22 番地 |   |
|       | 法人名     | 医療法人田中会         |   |
|       | 事業所名    | 西尾病院介護医療院       |   |
|       | (事業所番号) | 23B3200010      |   |
|       | 代表者名    | 施設長 田中 正規       | 印 |
| 説明者   | 職 名     |                 |   |
|       | 氏 名     |                 | 印 |

私は、重要事項説明書に基づいて、指定短期入所療養介護の内容及び重要事項の説明を受けました。

年 月 日

|             |     |  |   |
|-------------|-----|--|---|
| 利用者 甲       | 住 所 |  |   |
|             | 氏 名 |  | 印 |
| 代理人（選任した場合） | 住 所 |  |   |
|             | 氏 名 |  | 印 |