

光輝病院介護医療院 【重要事項説明書】

あなたに対する介護医療院サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省 4 1 条 6 号に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項はつぎのとおりです。

1. 事業の目的

介護保険法の目的及び基本理念に基づき、入所者が自立した日常生活を営むことが出来るよう支援することを目的とする。

2. 運営の方針

一 長期にわたる療養を必要とする要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の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適切に提供するよう努める。

二 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。

三 地域や家族との連携を重視した運営に心がけるとともに、関係市町村をはじめ、保険医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

3. 事業所の概要

事業所の名称	医療法人 光輝会
主たる事業所の所在地	山口県熊毛郡平生町佐賀 1 0 0 0 2 番地 7 7
法人種別	医療法人
代表者の氏名	理事長 重富 雄哉
電話番号	0 8 2 0 - 5 8 - 1 1 1 1

4. ご利用施設

施設の名称	光輝病院介護医療院
施設の所在地	山口県熊毛郡平生町佐賀 1 0 0 0 2 番地 7 7
施設の定員	4 9 8 床 (Ⅱ型)
都道府県知事許可番号	3 5 B 7 3 0 0 0 1 0
施設長の氏名	管理者 宮田 伊知郎
電話番号	0 8 2 0 - 5 8 - 1 1 1 1
ファックス番号	0 8 2 0 - 5 8 - 1 1 2 0

5. 職員体制

従業者の職種	員数
管理者・医師	1名
医師	5名以上
薬剤師	2名以上
看護職員	83名以上
介護職員	125名以上
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1名以上
管理栄養士	1名以上
介護支援専門員	5名以上
放射線技師	2名以上
事務職員	6名以上

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
医師・薬剤師・管理栄養士 介護支援専門員	平日 9:00～17:00
看護職員・介護職員	交代勤務
	日勤勤務 9:00～17:00 (日勤遅出) 12:00～19:10
	準夜勤務 16:30～24:00
	深夜勤務 23:30～9:30

7. サービス内容

施設においてケアプランに基づいた食事・排泄・入浴・機能訓練の全般的な介護・看護及び医療の提供を行う。

8. 介護医療院サービス費の概要（自己負担額）

①介護医療院サービス費

	1割負担		2割負担		3割負担	
	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室
要介護1	675円/日	786円/日	1,350円/日	1,572円/日	2,025円/日	2,358円/日
要介護2	771円/日	883円/日	1,542円/日	1,766円/日	2,313円/日	2,649円/日
要介護3	981円/日	1,092円/日	1,962円/日	2,184円/日	2,943円/日	3,276円/日
要介護4	1,069円/日	1,181円/日	2,138円/日	2,362円/日	3,207円/日	3,543円/日
要介護5	1,149円/日	1,261円/日	2,298円/日	2,522円/日	3,447円/日	3,783円/日

当院では、サービス提供体制強化 6円、

初期（30日以内）30円、療養食 6円（1食）が加算となります。

その他利用案内に別記

※ 高額介護医療院サービス費の制度

標準負担額	月額	44,400円
第3段階（住民税非課税世帯）	月額	24,600円
第2段階（住民税非課税世帯）	月額	15,000円
第1段階（住民税非課税世帯・老齢福祉年金・生活保護）	月額	15,000円

上記の額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。受付でお尋ね下さい。

②特定診療費

リハビリ・指導料・等 診療費の1割又は2割・3割/月

③その他、療養食・等 診療費の1割又は2割・3割/月

④食事代

○ 1,445円/日

（ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している食費の負担限度額とする。）

⑤居住費

○（従来型個室）1,668円/日 （多床室）377円/日

⑥洗濯料金

	タオル44円、バスタオル88円、下着121円 靴下44円、トレーナー242円、エプロン 44円 予防衣242円、靴242円/足
	月額料金9,350円

⑦その他、日常生活に必要な物品（但しオムツは除きます）につきましては、入所者の全額負担となっておりますのでご了承ください。

9. 医療について

当施設の医師で対応できる日常的な医療・看護につきましては介護保険給付サービスに含まれていますが、手術等急性期疾患の治療などは当院の急性期病棟又は、他の医療機関との連携により対応し、その費用は医療保険適応により別途自己負担をいただくことになります。

10. **当施設における個人情報の利用目的**

● **施設サービス提供**

- 当施設でのサービスの提供
- 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- 他の施設等からの照会への回答
- 入所者さんへのサービス提供のため、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
- ご家族等への状態説明
- その他、利用者さんへのサービス提供に関する利用

● **介護報酬請求のための事務**

- 当施設での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
- 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
- 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する診療費請求のための利用

● **当施設の管理運営業務**

- 会計・経理
- 医療事故等の報告
- 当該利用者さんの施設サービスの向上
- 入退所等の管理
- 受付窓口・電話交換での入所棟確認への回答、並びに取り次ぎ
- その他、当施設の管理運営業務に関する利用

● **企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知**

● **医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等**

● **医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料**

● **当院施設内において行われる介護実習への協力**

● **サービスの質の向上を目的とした当施設内での症例研究**

● **外部監査機関への情報提供**

1 1. 医療事故発生時の対応

1. 医療事故が発生した際には、医師、看護師等の連携のもとに救急処置を行う。
2. 主治医は、入所者および家族へ誠意をもって事実経過を説明する。
3. 当事者または発見者は初期対策が終了した後、速やかに医療事故報告書を作成し医療安全管理担当に提出する。
4. 医療安全管理担当は、医療事故発生 of 報告を受けた場合、速やかに医療事故調査委員会を招集し、対応について検討を行う。
5. 医療安全管理担当は、管理者へ事故発生 of 速やかな報告を行う
6. 管理者は医療過誤によって死亡または障害が発生した場合、あるいはその疑いがあると判断した時には、医療事故調査支援センターに報告する。
7. 医師、看護師等は、入所者の状況、処置の方法、入所者および家族への説明内容等を診療録、看護記録等に詳細に記載する。

1 2. 苦情申し立て窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問・苦情がございましたら、当施設内の受付までご相談ください。

- 総務課 事務長代理 久行範勇
- 医事課 次長 亀谷 学 が担当します。

また、苦情受付機関として

- 平生町健康福祉課 電話 0820-56-7115
山口県熊毛郡平生町大字平生町210-1
- 柳井市高齢者支援課 電話・・・0820-22-2111
山口県柳井市南町一丁目10-2
- 田布施町高齢者支援課 電話・・・0820-52-5810
山口県熊毛郡田布施町大字下田布施3440-1
- 上関町保健福祉課 電話・・・0820-62-1777
山口県熊毛郡上関町大字長島583-1
- 山口県国民健康保険団体連合会 苦情相談係

電話 083-995-1010

山口県山口市朝田1980番地の7

があります。

1 3. 非常災害対策

- ① 当施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、取るべき措置についてあらかじめ対策を立て、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ② 非常災害対策は、消防法の定めに基づき作成した施設の「防災対策マニュアル」による。
- ③ 事故発生時の対応について
当院消防計画の「大規模地震対応消防計画」に則って行うことにしています。

14. 当施設ご利用の際に留意していただく事項

来訪・面会	面会時間は午前10時～午後8時までといたします。おやつなどのお見舞い品の持ち込み等は看護師にご相談ください。
外出・外泊	外出・外泊は事前にお申し出下さい。原則として外泊は3泊4日までといたします。 主治医の許可後、書類に記入し手続きして下さい。サービスステーションに「許可願い」の書類が用意してあります。
居室・設備器具の利用	施設内の居室・設備・器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。 飲酒は禁止しています。
迷惑行為	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。又、むやみに他の入居者の居室に立ち入らないようにして下さい。
宗教活動・政治活動	施設内での執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
所持品	必要最小限の所持として下さい。現金その他につきましては施設にてお預かりもさせていただいています。 他院よりの内服薬は看護職員にお渡し下さい。

私は、本書面に基づいて、事業所の職員（氏名 _____）から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

（利用者）

住 所
氏 名

印

（署名代行者）

住 所
氏 名
続 柄

印

署名を代行した理由