

介護医療院のご案内

(介護予防)短期入所療養介護【重要事項説明書】

社会医療法人黎明会 美里リハビリテーション病院介護医療院

令和 7 年 6 月 1 日

様（以下、「利用者様」といいます。

美里リハビリテーション病院介護医療院 「短期入所療養介護」 重要事項説明書

—介護医療院「Ⅱ型療養床」—

1. 運営の目的

社会医療法人黎明会が開設する指定短期入所療養介護事業所（以下「事業所」という）が行う、指定短期入所療養介護サービス（以下「施設サービス」という）の適切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、施設の管理者や職員が要介護状態にある利用者に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。

2. 運営の方針

- (1) 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き、療養上の管理、看護、医学的管理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行うことにより、その者が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します。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めます。
- (3) 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (4) 施設サービスは利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その者の心身の状態を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行います。
- (5) 施設サービスは施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。
- (6) 職員は施設利用サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者またはその家族に対し療養上必要な事項について、理解しやすいよう指導または説明を行います。
- (7) 施設は、施設サービスの提供に当たっては当該利用者または他の利用者の生命または身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束や行動を制限する行為を行いません。
- (8) 施設は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

3. 事業者

- | | |
|-----------|---------------|
| (1) 法人名 | 社会医療法人黎明会 |
| (2) 法人所在地 | 宇城市松橋町久具691番地 |
| (3) 法人代表者 | 理事長 江上 寛 |
| (4) 設立年月日 | 昭和49年7月1日 |

4. 事業所の概要

- | | |
|---------------|---------------------------------|
| (1) 施設の名称 | 社会医療法人黎明会
美里リハビリテーション病院介護医療院 |
| (2) 施設の所在地 | 熊本県下益城郡美里町洞岳1308番地 |
| (3) 施設管理者 | 院長 竹田 晴生 |
| (4) 介護保険事業所番号 | 43B2300015 |
| (5) 指定サービスの種類 | 介護医療院（Ⅱ型療養床）
指定短期入所療養介護 |
| (6) 電話番号 | 0964-48-0211 |
| FAX 番号 | 0964-48-0811 |
| (7) 開設年月日 | 平成30年10月1日 |

5. 職員配置状況

職員配置については指定基準を遵守しています。

6. 相談・要望・苦情の窓口

当施設のサービスに関する相談・要望・苦情等は下記の担当者までお申し出ください。

○美里リハビリテーション病院介護医療院

- ・看護師長 : 米村 誓子
- ・介護支援専門員 : 坂口 直子
- ・介護支援専門員 : 金井 ひとみ

○公的機関の相談・要望・苦情等の窓口は次のとおりです。

- ・熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口
〒862-0911 熊本市東区健軍1丁目18番7号
TEL : 096-214-1101 FAX : 096-214-1105
- ・美里町役場福祉課 介護保険係
〒861-4732 熊本県下益城郡美里町三和420番地
TEL : 0964-47-1111 FAX : 0964-47-0110

○なお、担当者が要望・苦情等を受理した後は、院内の業務運営会議等に諮り対応策を協議の上、早急に回答することといたしております。

○ご意見箱について

利用者様やご家族様からのご要望・ご指摘・ご助言などありましたら南館2階に設置してある「ご意見箱」をご利用ください。

7. サービスの内容

- (1) 医師による医学的管理
- (2) 施設サービス計画の作成 4日以上継続して入所する事が予定される場合
- (3) 看護及び医学的管理の下における介護
- (4) 食事の提供
- (5) 入浴 一般浴槽のほか必要に応じて特別浴槽で対応します。
- (6) 介護衣レンタル 衣類 タオル類を日額定額制のレンタルでご利用いただけます。
- (7) その他 必要に応じて機能訓練も行います。

8. 利用料金

- (1) 施設利用料（1日当たりの自己負担分）は以下の通りです。
要介護度・負担割合により定められた額が自己負担となります。

	1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	846円	1,692円	2,538円
要介護 2	945円	1,890円	2,835円
要介護 3	1,157円	2,314円	3,471円
要介護 4	1,249円	2,498円	3,747円
要介護 5	1,331円	2,662円	3,993円
要支援 1	637円	1,274円	1,911円
要支援 2	787円	1,574円	2,361円

施設基準等による加算・減算が発生するため請求時に若干の差が生じます。

- (2) 食費 1日当たり 1,700円

- (3) 居住費 1日当たり 437円

※送迎加算 片道につき 184円

利用者の心身の状態、家族等の事情からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所療養介護事業所との間の送迎を行う場合に算定します。

※特定診療費

利用者に対して指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為として、別に厚生労働大臣が定めるものを行った場合に、厚生労働大臣が定める単位に10円を乗じて得た額を算定します。

- (4) その他の料金

- ① 電気器具使用料 利用者の希望により電気あんか・ラジオ・電気ポット等を使用の場合は各100円/日（消費税別）が必要となります。
尚、ご使用にあたっては防災上の観点から許可が必要となります。
- ② テレビの利用 ご希望の場合は施設より100円/日（消費税別）にて貸し出しを行い、全てイヤホン使用となります。

9. 料金の支払方法

- ① 毎月末に締め切り、翌月 15 日頃に前月分の請求書を発行しますので当月内に会計窓口でお支払いをお願いします。お支払いいただきますと領収書を発行します。
- ② 利用者又はその家族に対して、当該サービスの内容及び費用についての説明を行い、同意を得るものとします。
- ③ その他の費用の徴収が必要となった場合は、その都度協議して利用者等に説明し、同意を得たものに限り徴収します。

10. 施設利用にあたっての留意事項

- ① 面会 10:00～19:00
- ② 外出・外泊 申請書をナースステーションへ提出の上、許可を得てください。
- ③ 飲酒・喫煙 ご利用中の飲酒・喫煙は原則禁止します。
- ④ 金銭・貴重品の管理
当施設では金銭、貴重品のお預かりはいたしておりません。また、盗難等が発生してもその責任は負いかねます。
- ⑤ 外出時等の施設外での受診は必ずご連絡ください。

11. 利用者様急変時又は事故発生時の対応

緊急な連絡が必要となった場合、同意書にご記載いただいております連絡先へ連絡します。安全対策には充分配慮しておりますが、万一事故が発生した場合は、当院の事故対策マニュアルに従い適切な対応をし、ご家族にも速やかにご連絡致します。

なお、賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって損害賠償を行います。

12. 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画書及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

・防災設備 : スプリンクラー、自動通報装置、消火器、消火栓等

- (1) 防火管理者および火元責任者は 美里リハビリテーション病院介護医療院防火管理業務組織図によります。
- (2) 始業時・終業時には、火災危険防止のため自主的に点検を行います。
- (3) 非常災害用の設備点検は保守業者に依頼します。点検の際は防火管理者が立ち会います。

- (4) 非常災害用設備は常に有効に保守するよう努めます。
- (5) 火災発生や地震等の災害が発生した場合は、被害を最小限度にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当たります。
- (6) 防火管理者は、職員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
 - ①防火教育及び基礎訓練（消火・通報・避難）：年1回以上
 - ②利用者を含めた総合訓練：年1回以上
 - ③非常災害用設備の使用方法の徹底：随時
- (7) その他の災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

13. 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、特定の政治活動を禁止します。

14. 秘密保持

職員は、業務上知り得た利用者様又はその家族の個人情報について、サービス提供期間及び契約期間以外においても第三者に漏らしません。また、退職後においても同様とします。

重要事項説明の説明同意書

令和 年 月 日

指定短期入所療養介護のサービス提供に当たり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 美里リハビリテーション病院介護医療院

説明者 _____

私は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所療養介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

〒 -

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ 様 印

署名代行者 _____ (続柄：) 印

(代理人)

〒 -

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(緊急連絡先：電話番号)

昼 間 氏名 _____ TEL _____ (続柄：)

夜 間 氏名 _____ TEL _____ (続柄：)