

公益社団法人信和会 介護医療院茶山のさと

重 要 事 項 説 明 書（2025年8月1日現在）

介護医療院サービスの提供開始にあたり、事業者が利用者及び家族に説明すべき重要事項は次のとおりです。
不明な点につきましては、なんなりとお尋ねください。

1. 法人(事業者)の概要

| | | | |
|-------------|------------------------------------|-----------------|--|
| 事業者名称 | 公益社団法人信和会 | | |
| 主たる事業所の所在地 | 京都市左京区田中飛鳥井町 89 | | |
| 代表者名 | 理事長 小林 充 | | |
| 電話番号・FAX番号 | 電話 075(712)9111 / FAX 075(712)9118 | | |
| 介護事業所数(予防含) | 居宅介護支援事業所 4ヵ所 | 訪問リハビリテーション 2ヵ所 | |
| | 訪問介護 2ヶ所 | 介護医療院 1ヶ所 | |
| | 訪問看護 4ヶ所 | 短期入所療養介護 1ヶ所 | |
| | 通所介護 1ヶ所 | 居宅療養管理指導 6ヶ所 | |
| | 通所リハビリテーション 5ヶ所 | 地域包括支援センター 1ヶ所 | |

2. 利用事業所

| | |
|-----------|----------------------|
| ご利用事業所の名称 | 公益社団法人信和会 介護医療院茶山のさと |
| 指定番号 | 26B0600029 |
| 所在地 | 京都市左京区田中上大久保町15番地 |
| 電話番号 | 075(712)3663 |
| FAX番号 | 075(712)3665 |
| 施設長(管理者) | 磯野 理 |

3. 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 当施設は、長期療養を必要とする要介護状態と認定された利用者(以下「利用者」という)がその有する能力に応じて自立した日常生活を営み、居宅における生活への復帰を目指すことも含め、介護医療院サービスの提供を通じて寄与することを事業の目的とする。 |
| 運営の方針 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 当施設は、介護保険法その他の法令、「京都市介護保険法に基づく事業及び施設の人員、設備及び運営の基準等に関する条例(平成 25 年 1 月 9 日京都市条例第 39 号)」等に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。 2. 入所者の要介護状態の軽減もしくは、悪化の防止に資するよう、入所者の心身の状況を踏まえて、療養の提供を妥当適切に行う。 3. 入所者のサービスは施設サービス計画にもとづき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。 4. 従業者は事業の提供にあたり、親切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し療養上の必要な事項について理解しやすいように説明を行う。 5. 当施設は事業の提供にあたり、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。 6. 当施設は自らその提供する事業の質の評価を行い、常にその向上・改善を図る。 |

4. 施設の概要

| | |
|----|-------|
| 種類 | 介護医療院 |
|----|-------|

| | |
|------|--|
| 建物 | 鉄骨造 4 階建 敷地面積1415.02 m ² 延床面積 2673.94 m ² 1階 受付、通所リハビリテーション、機能訓練・レクリエーション室、診察室、厨房 2 階 療養棟 定員 35 名(個室 5 室、2 人部屋1室、4 人部屋7室) 3 階 療養棟 定員 35 名(個室 5 室、2 人部屋1室、4 人部屋7室) 4 階 理美容室、ボランティア室、その他職員利用区域 |
| 事業内容 | 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション 介護医療院 短期入所療養介護・介護予防入所療養介護 |

5. 職員体制の概要

| 職員体制 | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 |
|---------|----------------------------|-------|---|
| 施設長(医師) | 1 名 | | 職員および業務の統括的な管理・指導を行う 利用者の日常的な医学的管理を行う |
| 看護職員 | 12 名以上 (非常勤含む) | | 医師の指示を受けて必要な看護を実施する |
| 介護職員 | 18 名以上 (内、介護福祉士が 80%以上) | | 利用者の心身状況に応じて介護サービスを提供する |
| 介護支援専門員 | 1 名以上 | | 施設サービス計画の作成・変更、要介護認定及び更新の申請手続きを行う。利用者・ご家族からの相談に応じる。 |
| 理学療法士 | 1 名以上 | | 医師の指示を受け利用者の自立支援を目的とした必要なリハビリテーションを実施する |
| 作業療法士 | 1 名以上 | | 医師の指示を受け利用者の自立支援を目的とした必要なリハビリテーションを実施する |
| 言語聴覚士 | 1 名以上 | | 医師の指示をもちに必要な栄養管理を実施する |
| 管理栄養士 | 1 名以上 | | 管理栄養士が作成する献立に基づき、適切な食事を提供する |
| 調理員 | 1 名以上 | 4 名以上 | 医師の指示をもちに必要な薬学的管理を実施する |
| 薬剤師 | | 1 名 | 受付、介護請求、施設管理など |
| 事務 | 2 名 | 1 名 | |

6. 施設サービスの内容

| 種類 | 内 容 |
|-------------|---|
| 施設サービス計画の作成 | ご利用者の個々のニーズに即した施設サービス計画に基づいたサービスを提供します。 |
| 療養室 | あなたのお部屋は、(4人部屋 ・ 2人部屋 ・ 個室)です。 空き室状況によりご希望に添えない場合があります。 |
| 食事 | ①栄養並びにご利用者の身体状況、病状及び嗜好を考慮し、食事の提供を行います。医師の判断により治療食が必要と判断される場合は、治療食を提供します。 ②食事の時間は、朝食:午前8時、昼食:午後12時、夕食:午後6時です。 ③可能な限り離床して食堂で召し上がっていただきます。 |
| リハビリテーション | 利用者の心身の諸機能・動作能力の維持回復を図り、生活の質の向上、日常生活の自立を助けるための必要なリハビリテーションを行います。 |

| | |
|-------|---|
| 医療・看護 | <p>① 介護医療院は入院治療の必要のない程度の要介護者を入所対象としています。日常的な医療・看護サービスについては、利用者の状態に応じて提供します。</p> <p>② ご利用者の病状が悪化するなど当施設で必要な医療の提供が困難な場合は、主治医、協力医療機関に引き継ぐなどの対処をいたします。緊急受診の際は事前にご家族に連絡しますが、やむを得ない場合は受診後に連絡させていただきます。</p> <p>協力医療機関： 京都民医連あすかい病院 TEL 075-701-6111</p> <p>協力歯科医療機関： 京都民医連あすかい診療所歯科 TEL 075-706-6577</p> |
| 介護 | <p>① 施設サービス計画に沿って適切な介護を提供します。(着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位変換等)</p> <p>② 平日の午後、レクリエーションを行っています。</p> |
| 入浴 | 週 2 回、入浴していただきます。なお体調等に応じて清拭となる場合があります。 |
| 相談援助 | 当施設には介護支援専門員が勤務し、入所中及び退所後の生活・介護などの相談に応じています。 |

7. 利用料金・支払い方法等

- 施設の利用料金は、要介護度により異なり、介護保険負担割合証に記載された利用者負担の割合に応じた一部負担金をお支払いいただきます(法定代理受領サービス)。高額介護サービス受領委任の場合は、定められた自己負担上限額をお支払いいただきます。
- 介護保険料の滞納等により、法定代理受領サービスが受けられない場合があります。その場合は、いったん介護報酬に定められた額の全額をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。この証明書を後日住居地の市町村の介護保険窓口へ提出されますと、払い戻しを受けることができます。
- 1日当りの基本サービス利用者負担額は、以下の通りです。
料金表には、1割負担の場合を示しています。2～3割負担の場合、おおむね表示金額の2～3倍になります。
*1単位は 10.45 円になります。(但し、特別診療費を除く)

| 要介護認定 | 基本単位 | | 加算単位 | 利用者負担額 (1割負担の場合) |
|-------|------|-----------|---|---------------------|
| 要介護1 | 多床室 | 786単位/日 | <u>栄養マネジメント強化加算</u> 11単位/日 (継続的な栄養管理を強化して実施した場合) | 1,156円/日 |
| | 個室 | 675単位/日 | | 1,040円/日 |
| 要介護2 | 多床室 | 883単位/日 | <u>夜間勤務等看護(Ⅳ)加算</u> 7単位/日 (夜勤看護師・介護職員を基準以上に配置した場合加算されます) <u>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)</u> | 1,258円/日 |
| | 個室 | 771単位/日 | | 1,140円/日 |
| 要介護3 | 多床室 | 1,092単位/日 | 22 単位/日 (介護職員総数のうち介護福祉士を80%以上配置、又は勤続年数10年以上の介護福祉士が35%以上配置している場合に加算されます) | 1,476円/日 |
| | 個室 | 981単位/日 | | 1,360円/日 |
| 要介護4 | 多床室 | 1,181単位/日 | <u>自立支援促進加算</u> 280単位/月 医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職員の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施した場合。 | 1,569円/日 |
| | 個室 | 1,069単位/日 | | 1,452円/日 |
| 要介護5 | 多床室 | 1,261単位/日 | | 1,653円/日 |
| | 個室 | 1,149単位/日 | | 1,536円/日 |

- * 個室と多床室(2人部屋、4人部屋)は利用料が異なります。
- * おむつ代は上記の料金に含まれています。

なお、基本料金の他、加算、特別診療費として下記の利用者負担額が発生することがあります。

| | 項目 | 単位数 | 内容 | 利用者負担額 (1割負担の場合) |
|--------|---------------|----------------------------|--|-------------------------------|
| 加 算 | 療養食加算 | 6単位 | 医師の指示せんに基づいて腎臓食、糖尿食等の療養食を提供した場合に加算されます。 | 7円/回 |
| | 初期加算 | 30単位 | 入所後 30 日に限り加算されます。 | 32円/日 |
| | 経口移行加算 | 28単位 | 経管(胃瘻)により食事摂取される利用者の方で、経口による食事の摂取を進めるために、特別な栄養管理と支援を行った場合に加算されます。 | 30円/日 |
| | 経口維持加算 Ⅰ・Ⅱ | Ⅰ 400単位 Ⅱ 100単位 | 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる場合、医師の指示に基づき特別な管理を行った場合加算されます。 | Ⅰ 418円/月 Ⅱ 105円/月 |
| | 口腔衛生管理加算 | Ⅰ 90単位 Ⅱ 110単位 | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔ケアを月 2 回以上行った場合に加算されます。 | Ⅰ 94円/月 Ⅱ 115円/月 |
| | 再入所時栄養連携加算 | 200単位 | 入所者が医療機関に入院し、退院後、再度入所する際、厚労省が定める特別食を必要となった時に、管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して栄養管理に関する栄養ケア策定を行った場合に加算されます。 | 209円/日 |
| | 外泊費用加算 | 362単位 | 施設入所中に居宅へ外泊された場合1月に6日を限度に施設サービスに代えて、初日と最終日以外に加算されます。 | 379円/日 |
| | 退所時指導等指導加算 | 250～500単位 | 当施設を退所される場合、退所後のアドバイス、他事業所との連携などを行った場合に次のような項目が加算されます。「退所時指導加算(400単位)」「退所時情報提供加算Ⅰ(500単位)、Ⅱ(250単位)」「退所前連携加算(500単位)」「退所前訪問指導加算(460単位)」「退所後訪問指導加算(460単位)」 | 261～627円/日 |
| | 訪問看護指示加算 | 300単位 | 当施設を退所にあたり、医師が診療に基づき訪問看護が必要と判断した場合、訪問看護指示書を交付した場合に加算されます。 | 314円/日 |
| | 在宅復帰支援機能加算 | 10単位 | 在宅生活への復帰が、一定基準以上の実績がある月に加算されます。 | 11円/日 |
| | 他科受診時費用 | 362単位 | 専門的な診療が必要となり他の病院・診療所を受診した場合に、1月に4日を限度に施設サービス費に代えて加算されます。 | 379/日 |
| | 排せつ支援加算 | Ⅰ 10単位 Ⅱ 15単位 Ⅲ 20単位 | 排泄障害等のため、排泄に介護を要する方に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、支援を継続し実施した場合に加算されます。 | Ⅰ 11円/日 Ⅱ 16円/日 Ⅲ 21円/日 |
| | 緊急時施設診療費 | 518単位 | 施設入所中の病状が著しく変化した場合に緊急その他のやむを得ない事情により行われる医療行為 | 542円/日 |
| | 認知症専門ケア加算 | Ⅰ 3単位 Ⅱ 4単位 | 当施設における入所者の介護を必要とする認知症の方の割合が一定基準以上で、認知症に係る会議を定期的に開催し、専門的な研修を修了している者がチームとして専門的な認知症ケアの取り組みを行っている場合に加算されます。 | Ⅰ 4円/日 Ⅱ 5円/日 |

| | | | | |
|---------------|----------------|---|---|----------------------|
| | 科学的介護推進体制加算 | I 40単位 II 60単位 | ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他心身の状況に係る基本的情報を厚生労働省に提出したとき | I 42円/月 II 63円/月 |
| | 安全対策体制加算 | 20単位 | 組織的に安全対策を実施する体制が整備されている施設。 | 21円/入所時 |
| | 退所時栄養情報連携加算 | 70単位 | 特別食を必要又は低栄養状態にあると医師が判断し、管理栄養士が退所先の医療機関等に対して、栄養管理に関する情報を提供した場合。 | 74円/回 |
| | 協力医療機関連携加算 | 1) 100単位 2) 5単位 | 協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に行っている場合、当該基準に従い加算されます。 | 1) 105円/月 2) 6円/月 |
| | 認知症チームケア推進加算 | I 150単位 II 120単位 | 認知症の行動・心理症状(BPSD)の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組をしている場合に当該基準に掲げる区分に従い加算されます。 | I 157円 II 126円 |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | I 10単位 II 5単位 | 感染者が発生した場合、感染拡大防止が求められることから、医療機関との連携や定期的な研修への参加、一定の要件を満たす医療機関から感染制御等の実施指導を受けている場合、当該基準に従い加算されます。 | I 11円 II 6円 |
| | 新興感染症等施設療養費 | 240単位 | 必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者を施設内で療養した場合、月に1回、連続する5日を限度として算定します。 | 251円/日 |
| | 生産性向上推進体制加算 | I 100単位 II 10単位 | 見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行っている場合、当該基準に掲げる区分に従い加算されます。 | I 105円/月 II 11円/月 |
| 特別診療費 ※1単位10円 | 特定治療 | やむを得ない事情で①医学的リハビリテーション、②複雑な処置、③手術、④麻酔、⑤放射線治療を行った場合、特定治療として診療報酬点数に10円を乗じた額を算定。 | | |
| | 感染対策指導管理 | 6単位 | 一定基準以上の感染防止対策の取り組みを行っている場合に加算されます。 | 6円/日 |
| | 褥瘡対策指導管理 | I 6単位 II 10単位 | 一定基準以上の褥瘡対策の取り組みを行っている場合に加算されます。 | I 6円/日 II 10円/日 |
| | 薬剤管理指導 | 350単位 | 入所者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に加算されます。(服薬等の情報を厚生労働省に提出し情報を活用した場合20単位) (厚生労働省が定める特別な疼痛緩和のための投薬又は注射が行われている場合50単位が加算されます) | 350円/週 |
| | 理学療法 | I 123単位 | 1日に20分以上のリハビリテーションを実施した場合に加算されます。(理学療法士を2名以上配置している場合には1回につき35単位加算されます。又、) | 123円/日 |
| | 作業療法 | I 123単位 | 1日に20分以上のリハビリテーションを実施した場合に加算されます。(作業療法士を2名以上配置している場合には1回につき35単位加算されます。) | 123円/回 |

| | | | | |
|---|----------------------|---|--|-----------------------|
| | 言語聴覚療法 | 203単位 | 言語・聴覚能力を目的とした訓練を行った場合 (言語聴覚士を2名以上配置している場合には1回につき33単位加算されます。) | 203円/回 |
| | 情報活用加算 | 33単位 20単位 | 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法の係る加算。リハビリテーション実施計画内容、情報を厚生労働省に提出し必要な情報を活用した場合、当該基準に従い加算されます。 | 33円/月 20円/月 |
| | 集団コミュニケーション療法 | 50単位 | 集団で言語・聴覚能力を目的とした訓練を行った場合 | 50円/回 |
| | 初期入所診療管理 | 250単位 | 入所時に医師が必要な検査・診察を行い、診療方針を文書で利用者に説明させていただいた場合に 加算されます。 | 250円/回 |
| | 医学情報提供 | I 220単位 II 290単位 | 退所時に病院または診療所に対して紹介状を発行 させていただいた場合 | I 220円/回 II 290円/回 |
| | 摂食機能療法 | 208単位 | 摂食機能障害がある方に、摂食機能訓練を行った 場合 | 208円/回 |
| | 短期集中リハビリテーション実施加算 | 240単位 | 入所日から3ヶ月以内に集中的にリハビリテーション を行った場合に加算されます。 | 240円/実施日 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 240単位 | 医師が認知症と判断した方で生活機能の改善が見 込まれ、入所日から3ヶ月以内に個別に集中的にリ ハビリテーションを行った場合、週3日まで加算され ます。 | 240円/実施日 |
| | 室料相当額控除 | －26単位/日 | 多床室室料相当額 | －28円/日 |
| 他 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 介護職員の処遇改善が後退しないよう維持しつつ、更なる資質向上、雇用管理の改善、労働環境の改善の取り組みを進めるための加算です。 基本単位、加算単位の算定単位数に対し、 <u>介護職員等処遇改善加算(Ⅰ): 5.1%</u> に相当する単位数が加算されます。 | | |

* 上記以外にも必要に応じて利用者負担が生じる場合があります。ご不明な点は受付でお尋ねください。

(4) 食費

| | |
|----|------|
| 朝食 | 399円 |
| 昼食 | 523円 |
| 夕食 | 523円 |

* 「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方は、認定証に記載された限度額をお支払いいただきます。

(5) 居住費(滞在費)

| | | |
|---------|----|--------|
| 多床室 | 1日 | 697円 |
| 個室(従来型) | 1日 | 1,728円 |

いわゆる個室料(差額ベット代)についてのご負担は当施設では一切ありません。

* 「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方は、認定証に記載された限度額をお支払いいただきます。

* 「介護保険負担限度額認定証」の金額は、以下の通りです。

| | 食費 | 利用する療養室のタイプ | |
|--|--------|-------------|------|
| | | 従来型個室 | 多床室 |
| 【利用者負担 第1段階】 生活保護を受給されている方など | 300円 | 550円 | 負担なし |
| 【利用者負担 第2段階】 その他の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が 80 万円以下の方など | 390円 | | 430円 |
| 【利用者負担 第3段階①】 その他の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が 80 万円超 120 万円以下の方など | 650円 | 1,370円 | |
| 【利用者負担 第3段階②】 第 1～3①段階に該当されない方など | 1,360円 | 1,370円 | |
| 上記の条件に該当しない方(基準費用額) | 1,445円 | 1,728円 | 697円 |

* 高額介護サービス費受領委任払いの負担限度額は、所得に応じて月額15,000円、24,600円、44,400円、93,000円、140,100円です。

* その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

(6) 送迎について

送迎は実施していません。各自でご来所いただきます。

(7) その他の利用料金について

| 項目 | 詳細 | 金額 |
|--------|--|--------------|
| おやつ代 | お茶会でのお菓子、飲み物代 | 150円/回 |
| 日用消耗品費 | ボディーソープ、シャンプー、リンス、ティッシュ、ウェットティッシュ、バスタオル等を施設が用意するもの | 150円/日 |
| 電気使用料 | テレビ、ラジオ、電気毛布など電気製品を持ち込みする場合(持ち込み許可手続きが必要です) | 50円/日(1点につき) |
| 理美容代 | 別紙「散髪のご案内」をご覧ください。 | 実費 |
| 私物洗濯代 | 別紙「私物洗濯サービスの申し込み」をご覧ください。 | 実費 |

上記以外で入所中に料金が発生する場合は、その都度利用者に説明し、同意を得ます。

(8) 利用料金等のお支払方法について

原則、口座振り替えとなります。毎月 15 日頃に前月分の請求書を発行します。

翌月の 12 日(日祝の場合翌営業日)に指定口座より振り替えさせていただきます。

引落が確認の後、領収書を発行いたします。

請求書で消費税の表示がないものについては、非課税の扱いとなります。

なお現金にて当院窓口でお支払いも可能です。ご希望の方はお申し出下さい。

8. 施設利用にあたっての留意事項

施設の利用にあたって下記の点にご留意下さい。

- (1) 面会時間は朝9時から夜 20 時ですので、時間内でお願いします。面会時は一階受付に設置しています面会簿に必ずご記入ください。但し、状況に応じて面会方法や面会時間の変更もお願いします。
- (2) 消灯時間は、夜 21 時です。
- (3) 外出・外泊時は、事前に職員に連絡の上、届け出書を提出してください。
- (4) 施設内は、全て禁煙になっています。飲酒は原則禁止です。
- (5) 現金・貴重品の管理は、利用者各自が責任を持って管理してください。
- (6) 持ち込まれる衣類、荷物には全て利用者のお名前を記入ください。荷物を保管するスペースに限りがありますので、お荷物は必要最小限でお願いします。
- (7) お見舞いなどの食品を長く放置しますと、食中毒など衛生管理上問題が発生しますので、持ち込む際は食員にご相談ください。
- (8) 施設の事情により、お部屋を変更させていただくことがあります。
- (9) 暴力、喧嘩、口論など、他の利用者に迷惑となる行為はおやめ下さい。職員の指示に従わない場合は、即刻退所願います。
- (10) 施設の備品は大切に请使用ください。
- (11) 携帯電話のご使用は、他の利用者様へのご迷惑にならないように、ご配慮ください。
- (12) 施設職員へのお心付けは固くお断りしています。
- (13) その他施設管理上必要なことについては、職員の指示に従っていただきますようお願いいたします。

サービス提供開始に当たり、下記の点について、ご家族にご理解とご協力をお願いします。

- (1) ご利用者の精神的な安定、孤独感の軽減にはご家族の声かけが何よりも大切と考えています。ご利用者への面会、声かけを可能な限りお願いします。また家庭復帰に向けた環境づくりにご家族のご協力をお願いします。
- (2) 今後の生活設計について、ご家族との定期的なお話をさせていただきます。
- (3) 【別紙】「入所時リスク説明書」に基づいて、入所に伴う危険性についてご説明させていただきます。ご不明な点などありましたら、遠慮なくお尋ねください。
- (4) 施設に相談なく、他の医療機関を受診することはお控えください。介護医療院に入所されている場合、医療保険の給付に制限があり、施設の了解のない受診は自費負担となる場合がありますので、ご注意ください。

9. サービス内容に関する相談・苦情の窓口

- (1) 当院の相談・苦情の窓口

施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情があれば、下記の担当者もしくは職員までお声かけください。また、施設1階に「ご意見箱」を設置していますので、ご利用ください。

当施設の相談・苦情の窓口担当者

| | | | |
|----------------|-------|--------|--|
| 介護士長： | 大田 剛 | 電話 | 075-712-3663 |
| 療養棟課長(看護師長兼務)： | 中井 勝博 | FAX | 075-712-3665 |
| 事務長： | 田村 貴明 | e-mail | cyayamanosato@shinwakai-min.jp |

- (2) 上記以外に、保険者である市町村の相談・苦情窓口や、京都府国民健康保険団体連合会の苦情処理窓口にも苦情を伝えることができます。

| 相談窓口 | | 利用時間 | 電話 |
|----------------|---------------|------------|------------------|
| 京都市 | 左京区役所・健康長寿推進課 | 月～金 9時～17時 | 075-702-1069 |
| 〃 | 東山区役所・健康長寿推進課 | 〃 | 075-561-1191 (代) |
| 〃 | 上京区役所・健康長寿推進課 | 〃 | 075-441-0111 (代) |
| 京都府国民健康保険団体連合会 | | 〃 | 075-354-9090 |

10. 秘密の保持および個人情報保護について

- (1) 事業者およびその職員は、事業者の個人情報保護方針に基づき、正当な理由がないかぎり、業務上知りえた利用者、身元引受人又は家族の個人情報を保護します。
- (2) 事業者は、事業者の職員が、退職後、在職中に知り得た利用者および家族の個人情報を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。
- (3) 事業者は、利用者、身元引受人及び家族の個人情報を利用するに際し、予め利用者、身元引受人及び家族より文書にて同意を得ます。個人情報の利用目的は、【別添資料2】「当施設は、利用者さまの個人情報保護に取り組んでおります」に定める範囲に限定します。
- (4) 利用者、身元引受人及び家族は、上記の利用目的のうち、同意しがたい項目がある場合は事業者に申し出ることができます。申し出がない場合は、事業者は同意されたものと取扱います。

11. 事故発生時の対応

- (1) 万一事故が発生した場合は、施設内の規程にしたがって速やかに対処し、利用者、身元引受人又は利用者もしくは身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡するとともに、かかりつけ医、利用者の保険者である市町村へ連絡します。
- (2) 原因の究明に努め、再発防止に取り組めます。
- (3) 当施設は、当施設の責めに帰すべき事由により、利用者に損害を及ぼした場合に、誠実な対応を行い、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。
- (4) 当施設は、民間企業が提供する損害賠償保険に加入しています。賠償に相当する可能性がある場合、利用者、身元引受人又は家族に当該保険の調査等の手続きに協力いただく場合があります。

12. サービスの質向上の取り組み

- (1) 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、身元引受人の同意を得た上で、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。
- (2) 当施設では、身体拘束等の適正化を図り、利用者の人権擁護及び虐待防止、身体拘束等を適正化するための委員会を定期的で開催し、指針の整備、職員の研修を実施します。
- (3) 褥瘡が発生しないような適切なケアに努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。
- (4) 衛生上必要な措置を講じ、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。感染症が発生、まん延しないように、「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」を定め、委員会を定期的で開催し、指針の整備、職員の研修を実施します。
- (5) 消防法に基づき非常災害対策を行います。防災訓練は年2回実施し、利用者様にご協力願うことがあります。
- (6) 当施設では、感染症や非常災害の発生時に、サービスの提供を継続し、早期の業務再開を図るための「業務継続計画」を定め、当計画の整備、職員の研修・訓練実施等必要な措置を講じるよう努めます。
- (7) 当施設では、職員の資質向上のために、職員研修を進めます。
- (8) 当施設は、職場で行われるパワーハラスメント、セクシュアルハラスメント等職員の就業環境が害されることを防止するために必要な措置を講じます。

付則:

以上の記載内容につき変更が生じた場合は、「変更一覧表」に変更内容を記載し、利用者と事業者の双方の合意をもって、記名をし、本書に添付することとします。事業者は変更内容につき「重要事項説明書」の該当箇所を利用者に十分説明するものとします。

【入所時リスク説明書】

当施設では利用者が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》（ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。）

- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ☐ 介護医療院は、リハビリ施設でもあること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ☐ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- ☐ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ☐ 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ☐ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- ☐ その他（ ）

これらのことは、ご自宅でも起こりうることでありますので、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、介護医療院茶山のさとの上記説明者より、入所者の貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

《説明をした職員》

年 月 日、本書面に基づいて、下記の説明者が説明を行い交付しました。

事業者 公益社団法人信和会
介護医療院茶山のさと
施設長 磯野 理

説明者 職名 _____
氏名 _____

《説明を受けた方》

私は、本書面に基づいて、施設サービスの内容及び重要事項の説明を受け同意し、受領しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

＊代筆の場合、下記メモ参照

メモ) 本人に判断能力があり、手指の障害により単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものとします。
(例)のように署名欄に記載下さい。なお契約関係上、事業者が代筆することはできません。

(例)上記署名は、京都 花子(妻)が代行しました。

利用者の身元引受人 もしくは代理人(選任した場合)

住 所 _____

氏 名 _____ (利用者との続柄)

【契約書 6 条の請求書の送付先】

| | |
|------|-------|
| 氏 名 | (続柄) |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |

【契約書 10 条第 11 条の緊急時・事故発生時の連絡先】

| | |
|------|-------|
| 氏 名 | (続柄) |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |

※上記の方に連絡が付かなかった場合の連絡先

| | |
|------|-------|
| 氏 名 | (続柄) |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |