

## 重要事項説明書

貴方に対して、介護老人保健施設西光苑(以下「当施設」という。)が行う介護老人保健施設サービス(以下「施設サービス」という。)の提供開始にあたり、厚生省令第40号第5条第1項の規定に基づいて、当事業所が貴方に説明すべき重要事項は次のとおりです。

なお、説明を行うにあたり、ご入所希望者の介護保険証を確認させていただきます。

### 1. 施設の概要

#### (1) 施設の名称等

施設名	介護老人保健施設 西光苑
開設年月日	平成4年6月15日
所在地	佐賀県伊万里市山代町峰6545番地11
電話番号	0955-28-1115
FAX番号	0955-28-4888
管理者名	古賀 浩作
介護保険指定番号	介護老人保健施設(4150580019号)

#### (2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

##### (目的)

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上のお世話などの施設サービスを提供することにより、入所者がその能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援するとともに、家庭での生活に復帰することを目的とした施設です。また、家庭復帰の場合には、療養環境の調整など退所時の支援も行いますので、安心して退所いただけます。

この目的に沿って、当施設では以下のような運営方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用いただきますようお願い申し上げます。

##### (運営方針)

当施設は、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施設サービスの提供に努めるものとします。当施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域及び家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、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者との密接な連携に努めるものとします。

(3) 施設の職員体制

(主な職員数)

職種	現人員数	指定基準数
施設長	1	
管理者（医師）	1	1
薬剤師	1（常勤換算0.3）	1（常勤換算0.3）
看護職員	8以上	8
介護職員	19以上	19
支援相談員	1以上	1
理学療法士・作業療法士	1以上	1
介護支援専門員	1	1
管理栄養士	1	1
事務員、調理師等	必要数	適当数

(職員の職務内容は次のとおりとする)

- ① 施設長及び管理者は職員を指揮監督し、当施設の業務を統括する。
- ② 医師は入所者の病状等を把握し、施設療養全体の管理に関する業務を行う。
- ③ 薬剤師は医師の指示に基づき、入所者に対して調剤及び服薬管理指導を行う薬剤業務に従事する。
- ④ 看護職員は医師の指示により、入所者の保健衛生及び医療に関する業務の補助に従事する。
- ⑤ 介護職員は入所者の介護業務に従事する。
- ⑥ 支援相談員は入所者の各種支援及び相談業務等に従事する。
- ⑦ 理学療法士又は作業療法士は医師の指示により、入所者の機能回復に関する業務に従事する。
- ⑧ 介護支援専門員は施設サービス計画の作成に関する業務等に従事する。
- ⑨ 管理栄養士は入所者の栄養管理業務に従事する。
- ⑩ 事務員は施設の事務に従事する。
- ⑪ 調理員は入所者の給食業務に従事する。

(4) 入所定員等 定員 80名（内、認知症専門棟30名）

(療養室内訳)

居室の種類	2階一般療養棟	3階認知症専門棟
1人部屋	2室	4室
2人部屋	2室	1室
4人部屋	11室	6室
(ベッド数合計)	(50床)	(30床)

## 2. サービスの内容

### ① 施設サービス計画の立案

施設サービス計画は、入所者ご本人やそのご家族のご希望を勘案し、施設サービスの提供に関わる各専門職種の意見を取り入れ、当施設の介護支援専門員によって作成します。この施設サービス計画に基づいて、施設サービスを提供いたします。また、計画の内容については、入所者又はそのご家族に説明し、文書により入所者から同意をいただきます。

### ② 食事及び栄養管理等のサービス

入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行います。入所者の疾病に応じた療養食の提供も行います。

食事は、原則として食堂でおとりいただきます。

朝食 8時～

昼食 12時～

夕食 18時～

### ③ 入浴サービス

週に2回以上の入浴となります。一般浴槽のほか、入浴に介助を要する入所者の方は特殊浴槽で対応します。また、入所者の身体の状況に応じてシャワー浴や清拭となる場合があります。

### ④ 医学的管理・看護・服薬管理（調剤・処方）

医師、看護職員が常勤していますので、利用者の状態に照らして適切な医療、看護を行います。

### ⑤ 介護サービス（日常生活全般）

施設サービス計画に基づいて実施します。

### ⑥ 機能訓練（リハビリテーション）

入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行います。

### ⑦ 相談援助サービス

支援専門員により、各種支援及び相談業務を行います。在宅退所時の支援及び調整も行います。

### ⑧ レクリエーション等の提供

入所者のためのレクリエーションや行事等を適宜行います。

### ⑨ 理美容サービスやクラブ活動等の提供

希望される入所者には、理美容サービスやクラブ活動等を提供します。ただし、実費分の利用料を別途いただきます。

### ⑩ 行政手続代行（要介護認定等）を行います。

### ⑪ その他

### 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、入所者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いします。

#### ○ 協力医療機関

名称 医療法人光仁会 西田病院  
住所 佐賀県伊万里市山代町楠久890番地2  
電話番号 0955-28-1111

#### ○ 協力眼科医療機関

名称 医療法人 世戸医院  
住所 佐賀県伊万里市伊万里町甲412番地  
電話番号 0955-23-5235

#### ○ 協力歯科医療機関

名称 小野デンタルオフィス  
住所 佐賀県伊万里市東山代町長浜2129番地1  
電話番号 0955-25-9758

### 4 身体的拘束等に関して

- (1) 当施設では、原則として入所者に対し身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合には、身体的拘束その他入所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、当施設の医師がその態様及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記録することとし、拘束等を行う場合には、ご家族又は身元引受者等から書面により同意をいただきます。
- (2) 当施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次の措置を講じます。
  - ① 身体的拘束等の適正化のための委員会を定期的開催し、その結果を当施設の職員に周知します。
  - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
  - ③ 当施設の職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

### 5 緊急時（急変時等）の対応

緊急時（急変時等）の場合には、入所者に対し必要な措置を行うとともに、契約書にご記入いただいた緊急時の連絡先に連絡します。

### 6 事故発生時の対応

- (1) 事故が発生した場合は、入所者に対し必要な措置を行うとともに、速やかに契約書にご記入いただいた緊急時の連絡先及び市町村等に連絡を行います。

- (2) 当施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。
- ① 事故発生の防止等のための委員会を定期的開催し、その結果を当施設の職員に周知します。
  - ② 事故発生の防止のための指針を整備します。
  - ③ 当施設の職員に対し、事故発生の防止等のための研修を定期的実施します。
  - ④ 当施設に、事故防止等を適切に実施するための担当者を置きます。

## 7 当施設利用にあたっての留意事項

### (来 苑)

来苑時間は、月曜日から金曜日は、午前8時30分から午後7時までです。

土曜日及び日曜日は、午前8時30分から午後5時までです。

### (面 会)

面会時間は、午前10時から午後4時までです。ただし、原則として土曜日、日曜日及び祝日を除きます。

面会の方は、時間を厳守していただき、必ず面会簿への記載をお願いいたします。

### (外出・外泊)

外出・外泊は事前に職員に申し出ていただき、必要事項を記入した所定の用紙を提出して下さい。

### (設備・備品の利用)

当施設内の設備・備品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は弁償していただくことがあります。

### (飲酒・喫煙)

飲酒は苑内行事等で当施設が許可する以外は原則禁止とします。

喫煙はお断りいたします。

### (所持品の管理)

所持品の管理には十分に気をつけていただき、衣類等の所持品には必ずお名前を記入して下さい。

### (現金等の管理)

現金、貴金属等は紛失・盗難防止のために、当施設内には持ち込まないようにして下さい。ただし、必要がある場合には、入所者の責任のもと十分な管理をお願いいたします。

### (宗教活動・政治活動・営利行為等)

当施設内での他の入所者に対する宗教活動、政治活動、営利行為等については禁止いたします。

### (動物飼育)

当施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。

(連絡先等の変更)

身元引受者、連帯保証人、緊急時の連絡先等の変更があった場合には、支援相談員若しくは担当職員に速やかに届け出をお願いいたします。

(禁止事項)

当施設では、入所者の方に安心して療養生活を送っていただけるよう、食中毒や感染症等を防止する観点から、また、入所者の心身の状態に応じた栄養管理を行う観点から、入所者への食品類（飲み物を含む。）の持ち込み及び差し入れ等については固くお断りを申し上げます。

(守秘義務及び個人情報の保護等)

当施設の職員は、業務上知り得た入所者又はそのご家族の秘密及び個人情報を、正当な理由がなく、第三者に漏らしません。また、個人情報の利用については、契約書に記載のとおりです。

利用者の氏名や写真等を、当施設の広報誌に掲載することをお望みでない場合は、お申し出ください。

なお、来苑又は電話等により、入所者についての問い合わせがあった場合につきましては、その回答をいたしません。

8 当施設における病院受診について

- ① 入所中における標準的な医療行為は当施設の医師が担当いたします。より専門的な診療が必要と認められる場合は、協力医療機関等、協力歯科診療機関等との連携のもと、当施設からの依頼により行います。
- ② 当施設入所中の方は、当施設からの依頼状なしに、他の医療機関に診療できません。身体の状態に何らかの異常が生じた場合は、速やかに当施設の医師又は看護師に相談して下さい。
- ③ 外出、外泊時も、治療等は入所中の当施設の管理となりますので、一般の医療機関の受診には当施設からの依頼状が必要となります。外出、外泊時に万が一状態が急変された場合等には、必ず、速やかに当施設へご連絡下さい。

9 非常災害対策

(災害時の対応)

災害時には当施設制定の「西光苑消防計画」及び「西光苑防災計画」に基づき、入所者の方を安全に避難誘導いたします。

(災害避難訓練)

当施設制定の「西光苑消防計画」及び「西光苑防災計画」に基づき、年2回以上、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加いただき実施いたします。



- 苦情等解決責任者（事務長）                      事務長
  
- 苦情等解決の方法
  - ① 苦情等の受付  
 苦情等は面接、電話、書面等により苦情等受付担当者が随時受け付けます。
  - ② 苦情等受付の報告・確認  
 苦情等受付担当者が受け付けた苦情等を、苦情等対応責任者及び苦情等解決責任者に報告いたします。
  - ③ 苦情等解決のための話し合い  
 苦情等対応責任者及び苦情等解決責任者は、苦情等申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。
  
- 佐賀県運営適正化委員会等の公的機関への申し出  
 利用者様、家族様等と当施設での話し合いでは解決が困難な場合等は、佐賀県運営適正化委員会、佐賀県国民健康保険団体連合会、伊万里市長寿社会課等の公的機関に苦情等の解決についての相談、助言、調査、斡旋等を申し出ることができます。
  - ・佐賀県運営適正化委員会「苦情解決小委員会」                      （電話番号）0952-23-2151
  - ・佐賀県国民健康保険団体連合会「介護保険課」                      （電話番号）0952-26-1477
  - ・伊万里市長寿社会課    （電話番号）0955-23-2155

#### 1 4 衛生管理等

- (1) 当施設は、入所者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行います。
- (2) 当施設は、当施設において、感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の措置を講じるものとします。
  - ① 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための委員会を定期的開催し、その結果を当施設の職員等に周知します。
  - ② 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
  - ③ 当施設の職員に対し、感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

#### 1 5 その他

ご不明な点、疑問に思われたこと又はご質問等がございましたら、どうぞお気軽にお尋ね下さい。（電話番号）0955-28-1115



(説明し、同意いただいた日) 令和 年 月 日

(説明し、同意いただいた場所)

介護老人保健施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき、重要事項についての説明を行いました。

(事業所) 介護老人保健施設 西光苑

説明者職名

氏名

私たちは本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設サービスの提供開始に同意しました。

(契約者) 住所

氏名

(身元引受者・署名代行者) 住所

氏名

続柄

署名代行の理由

(連帯保証人) 住所

氏名

続柄