

みどり介護医療院 重要事項説明書

(令和6年4月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 みどり介護医療院
- ・開設年月日 平成31年 3月 1日
- ・所在地 山口県岩国市由宇町359-1
- ・電話番号 0827-63-0111
- ・ファックス番号 0827-63-2000
- ・管理者名 吉居 俊 朗
- ・介護保険事業所番号 (35B0800016号)

(2) 施設の職員体制

| | 職 種 | 員 数 | 備 考 |
|------|----------------------|-------|-----------|
| (1) | 管理者・医師 | 1名 | (併設病院と兼務) |
| (2) | 医師 | 2名以上 | |
| (3) | 薬剤師 | 1名以上 | (併設病院と兼務) |
| (4) | 看護職員 | 10名以上 | |
| (5) | 介護職員 | 15名以上 | |
| (6) | 作業療法士 | 1名以上 | |
| (7) | 理学療法士 | 1名以上 | |
| (8) | 言語聴覚療法士 | 1名以上 | |
| (9) | 管理栄養士 | 1名以上 | |
| (10) | 臨床検査技師 | 1名以上 | (併設病院と兼務) |
| (11) | 放射線技師 | 1名以上 | (" と兼務) |
| (12) | 介護支援専門員 支援相談員(兼務) | 2名以上 | (" と兼務) |
| (13) | 事務職員 | 1名以上 | |

(3) 勤務体制

日勤 (9時～17時)

看護職員1人に対し入所者6人以内です。

介護職員1人に対し入所者4人以内です。

夜勤 (17時～9時) 看護介護職員1人に対し入所者30人以内です。

併設病院に医師が宿直をしておりますので入所者への緊急時対応が可能です。

(4) 入所定員等 ・定員60名 (個室2室、2人室4室、3人室6室、4人室8室)

2. 介護医療院の目的、方針

- (1) 当施設は要介護状態と認定され長期に渡り療養を必要とする入所者に対し、介護保険法令の主旨に従って、療養上の管理、看護、医学は管理の下における介護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、入所者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を保持することを目的とします。
- (2) 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を提供します。
- (3) 地域や家族との連携を重視した運営に心がけると共に、関係市町村をはじめ、保健医療・福祉サービスの提供する者との密接な連携に努めます。

3. ケアサービス

施設サービス計画は、入所者に関わるあらゆる職種の職員にて協議して作成されますが、その際、ご本人・ご家族の希望を十分に取り入れ、計画書の内容を説明し、同意を得た上で決定します。

4. 施設サービス内容

- (1) 医療 入所者の状態に照らして、適切な医療、看護、検査を行います。
- (2) 介護 施設サービス計画に基づき、医学的管理の下で、患者の自立の支援及び口腔衛生管理を適切な技術をもって行います。
- (3) 機能訓練 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、必要に応じ医師の指導のもとに、リハビリテーション実施計画に基づき行います。
- (4) 食事 施設は、入所者の心身の状況、病状及び嗜好を考慮して、栄養管理された食事を提供します。

| | |
|----|---------|
| 朝食 | 7時30分～ |
| 昼食 | 12時00分～ |
| 夕食 | 18時00分～ |

入所者の身体の状況、病状によってやむを得ない場合は、食事補助または、経管栄養を行います。

- (5) 入浴 一般浴槽の他、入浴に介助を要する入所者には、特別浴槽で対応します。入所者は週に原則2回ご利用いただきます。但し、入所者の身体の状態に応じて、清拭となる場合があります。
- (6) その他 施設は、入所者の為のリクリエーション行事を行い、入所者の家族との連帯を図ると共に、交流等の機会を確保します。

5. 利用料金

(1) 施設利用料

- ① 施設は、施設が法定代理受領サービスである場合は入所者から厚生労働大臣が定める基準額（以下【施設サービス費用基準額】という）に対して市区町村から交付される介護保険負担割合証の負担割合を受け取るものとします。

【施設サービス費用基準額】は、「別紙1」に示しています。

- ② 法定代理受領サービスに該当しない場合は、【施設サービス費用基準額】の全額を受け取るものとします。この場合、提供した施設サービスの内容、費用の額その他必要と認める事項を記載したサービス提供証明書を入所者に交付します。

(2) 保険外費用の実費負担

入所者の選定による特別な病室、食事、居住費等に係わる費用は「別紙1」に従い徴収します。

6. 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会時間は10:00～19:30までです。
- ・外出・外泊は医師又は看護師の許可が必要です。
- ・飲酒・喫煙は建物内、敷地内禁止です。
- ・施設の備品・設備を入所者の故意、または過失により破損した場合は弁償して頂く場合があります。
- ・私物や貴重品は各自で管理願います。
- ・外泊時等に施設外に受診することは原則禁止です。相談員に相談をお願いします。
- ・職員に対して行う暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷などの迷惑行為やハラスメント行為などにより健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合はサービスの提供中止や契約解除することもあり得ます。

7. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、室内散水栓、非常通報システム
- ・防災訓練 年2回

8. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談下さい。

要望や苦情などは、支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、施設に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

① 当施設のお客様相談・苦情担当

| | |
|--------|--------------|
| 施設名 | みどり介護医療院 |
| 電話番号 | 0827-63-0111 |
| 苦情相談窓口 | 土井 江津子 |

② 行政のお客様相談・苦情担当

| | |
|------|------------------|
| 施設名 | 岩国市由宇総合支所市民福祉課 |
| 住所 | 岩国市由宇町中央一丁目1番10号 |
| 電話番号 | (0827)63-1113 |

| | |
|------|-----------------------|
| 施設名 | 岩国市福祉部福祉政策課指導監査室 |
| 住所 | 岩国市今津町一丁目14番51号 岩国市役所 |
| 電話番号 | (0827)29-5072 |

| | |
|------|----------------|
| 施設名 | 山口県国民健康保険団体連合会 |
| 住所 | 山口市朝田1980番地7 |
| 電話番号 | (083)995-1010 |

9. 緊急、事故発生時の連絡先

入所中に入所者の心身の状態が急変した場合、当施設は、入所者及び扶養者が指定する緊急事故時の連絡先に連絡します。又、事故発生した場合、市町村及び入所者、扶養者が指定する者に対し、当施設より連絡します。

10. 虐待防止など

当施設は原則として入所者に対し身体拘束は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等、緊急時やむを得ない場合は管理者又は主治医が判断し、身体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様態及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急時やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。また、サービス提供中に、当該従業員又は養護者による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

11. 感染症対策について

感染症の発生及びまん延防止のための委員会を設置し、指針の整備、定期的な研修及び訓練を実施します。

12. 業務継続に向けた取り組み

感染症や非常災害時においてもサービスの提供が継続的に実施できるよう「業務継続計画」を策定し必要な訓練及び研修を定期的に行う体制を整えます。

13. 秘密の保持及び個人情報利用目的

当事業者及び事業所の職員は、正当の理由のない限り入所者に対するサービスの提供にあつて知り得た入所者及び入所者の家族の秘密は漏らしません。但し、次の各項の情報提供については利用者または家族の同意を得て実施します。

- ① 介護保険サービスの利用、変更するとき、市町村、介護保険事業者、医療機関及びサービス担当者会議、地域ケア会議にて個人情報提供が必要な場合は当事業所が使用します。
- ② 介護保険サービスの質の向上の為に学会、研究会での事例研究発表する場合、入所者個人を特定できないように仮名にて使用します。
- ③ 当事業所の管理運営業務上必要な場合に使用します。
- ④ 他施設や医療機関へ転所する場合に情報の提供をします。
- ⑤ 災害時において安否確認情報を行政に提供する場合に使用します。

2 当事業所及び施設の職員の退職後、在職中に知り得た入所者及び入所者の家族の秘密を漏らすことがないように必要な処置を講じます。

14. その他

- (1) 入所の申し込みに当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。
- (2) 当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求下さい。

利用料金【介護医療院サービス費用基準額】

I. 施設利用料

(1) 【I型介護医療院サービス費(1) 基準額】

- ① 多床室(ベッドが複数ある大部屋)か従来型個室かによって利用料が変わります。
- ② 介護保険負担割合証に表示の【利用者負担の割合】によって利用料が変わります。
- ③ 介護保険被保険者証に表示の【要介護度】によって利用料が変わります。

〔I型介護医療院サービス費(ii)多床室〕

| 【要介護度】 | | 介護保険負担割合証 【利用者負担の割合】 | | | ／日 |
|--------|--------|-------------------------|--------|--------|----|
| | | 1割 | 2割 | 3割 | |
| | | 要介護1 | ¥833 | ¥1,666 | |
| 要介護2 | ¥943 | ¥1,886 | ¥2,829 | ／日 | |
| 要介護3 | ¥1,182 | ¥2,364 | ¥3,546 | ／日 | |
| 要介護4 | ¥1,283 | ¥2,566 | ¥3,849 | ／日 | |
| 要介護5 | ¥1,375 | ¥2,750 | ¥4,125 | ／日 | |

〔I型介護医療院サービス費(i)従来型個室〕

| 【要介護度】 | | 介護保険負担割合証 【利用者負担の割合】 | | | ／日 |
|--------|--------|-------------------------|--------|--------|----|
| | | 1割 | 2割 | 3割 | |
| | | 要介護1 | ¥721 | ¥1,442 | |
| 要介護2 | ¥832 | ¥1,664 | ¥2,496 | ／日 | |
| 要介護3 | ¥1,070 | ¥2,140 | ¥3,210 | ／日 | |
| 要介護4 | ¥1,172 | ¥2,344 | ¥3,516 | ／日 | |
| 要介護5 | ¥1,263 | ¥2,526 | ¥3,789 | ／日 | |

(2) 【加算関係】

- ① 介護保険負担割合証に表示の【利用者負担の割合】によって利用料が変わります。

| | 介護保険負担割合証 【利用者負担の割合】 | | | ／日 |
|------------------|-------------------------|--------|--------|----|
| | 1割 | 2割 | 3割 | |
| | 初期加算 | ¥30 | ¥60 | |
| 外泊時費用 | ¥362 | ¥724 | ¥1,086 | ／日 |
| 他科受診時費用 | ¥362 | ¥724 | ¥1,086 | ／日 |
| 試行的退所サービス費 | ¥800 | ¥1,600 | ¥2,400 | ／日 |
| 退所時栄養情報連携加算 | ¥70 | ¥140 | ¥210 | ／回 |
| 再入所時栄養連携加算 | ¥200 | ¥400 | ¥600 | ／回 |
| 退所前訪問指導加算 | ¥460 | ¥920 | ¥1,380 | ／回 |
| 退所後訪問指導加算 | ¥460 | ¥920 | ¥1,380 | ／回 |
| 退所時指導加算 | ¥400 | ¥800 | ¥1,200 | ／回 |
| 退所時情報提供加算(I) | ¥500 | ¥1,000 | ¥1,500 | ／回 |
| 退所時情報提供加算(II) | ¥250 | ¥500 | ¥750 | ／回 |
| 退所前連携加算 | ¥500 | ¥1,000 | ¥1,500 | ／回 |
| 訪問看護指示加算 | ¥300 | ¥600 | ¥900 | ／回 |
| 協力医療機関連携加算(I) | ¥50 | ¥100 | ¥150 | ／月 |
| 協力医療機関連携加算(II) | ¥5 | ¥10 | ¥15 | ／月 |
| 栄養マネジメント強化加算 | ¥11 | ¥22 | ¥33 | ／日 |
| 経口移行加算 | ¥28 | ¥56 | ¥84 | ／日 |
| 経口維持加算(I) | ¥400 | ¥800 | ¥1,200 | ／月 |
| 経口維持加算(II) | ¥100 | ¥200 | ¥300 | ／月 |
| 口腔衛生管理加算(I) | ¥90 | ¥180 | ¥270 | ／月 |
| 口腔衛生管理加算(II) | ¥110 | ¥220 | ¥330 | ／月 |
| 療養食加算 | ¥6 | ¥12 | ¥18 | ／回 |
| 在宅復帰支援機能加算 | ¥10 | ¥20 | ¥30 | ／日 |
| 緊急時治療管理 | ¥518 | ¥1,036 | ¥1,554 | ／日 |
| 認知症専門ケア加算(I) | ¥3 | ¥6 | ¥9 | ／日 |
| 認知症専門ケア加算(II) | ¥4 | ¥8 | ¥12 | ／日 |
| 認知症チームケア推進加算(I) | ¥150 | ¥300 | ¥450 | ／月 |
| 認知症チームケア推進加算(II) | ¥120 | ¥240 | ¥360 | ／月 |

| | 介護保険負担割合証 【利用者負担の割合】 | | | ／日 |
|-----------------------------|-------------------------|----------------|------|----|
| | 1割 | 2割 | 3割 | |
| | 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | ¥200 | ¥400 | |
| 重度認知症疾患療養体制加算(I) | | | | ／日 |
| 要介護1・2 | ¥140 | ¥280 | ¥420 | ／日 |
| 要介護3・4・5 | ¥40 | ¥80 | ¥120 | ／日 |
| 重度認知症疾患療養体制加算(II) | | | | ／日 |
| 要介護1・2 | ¥200 | ¥400 | ¥600 | ／日 |
| 要介護3・4・5 | ¥100 | ¥200 | ¥300 | ／日 |
| 排せつ支援加算(I) | ¥10 | ¥20 | ¥30 | ／月 |
| 排せつ支援加算(II) | ¥15 | ¥30 | ¥45 | ／月 |
| 排せつ支援加算(III) | ¥20 | ¥40 | ¥60 | ／月 |
| 自立支援促進加算 | ¥280 | ¥560 | ¥840 | ／月 |
| 科学的介護推進体制加算(I) | ¥40 | ¥80 | ¥120 | ／月 |
| 科学的介護推進体制加算(II) | ¥60 | ¥120 | ¥180 | ／月 |
| 安全対策体制加算 | ¥20 | ¥40 | ¥60 | ／回 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(I) | ¥10 | ¥20 | ¥30 | ／月 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(II) | ¥5 | ¥10 | ¥15 | ／月 |
| 新興感染症等施設療養費 | ¥240 | ¥480 | ¥720 | ／日 |
| 生産性向上推進体制加算(I) | ¥100 | ¥200 | ¥300 | ／月 |
| 生産性向上推進体制加算(II) | ¥10 | ¥20 | ¥30 | ／月 |
| サービス提供体制強化加算(III) | ¥6 | ¥12 | ¥18 | ／日 |
| 夜間勤務等看護加算(III) | ¥14 | ¥28 | ¥42 | ／日 |
| 介護職員処遇改善(III)(令和6年5月末まで) | | 所定単位数に1.0%乗じた額 | | ／月 |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算(令和6年5月末まで) | | 所定単位数に0.5%乗じた額 | | ／月 |
| 介護職員等処遇改善加算(V13)(令和6年6月より) | | 所定単位数に2.0%乗じた額 | | ／月 |

(3) 【特別診療費】

| | 介護保険負担割合証 【利用者負担の割合】 | | | ／日 |
|--------------|-------------------------|------|--------|----|
| | 1割 | 2割 | 3割 | |
| | 感染対策指導管理 | ¥6 | ¥12 | |
| 褥瘡対策指導管理(I) | ¥6 | ¥12 | ¥18 | ／日 |
| 褥瘡対策指導管理(II) | ¥10 | ¥20 | ¥30 | ／月 |
| 初期入所診療管理 | ¥250 | ¥500 | ¥750 | ／回 |
| 薬剤管理指導 | ¥350 | ¥700 | ¥1,050 | ／回 |
| 薬剤管理指導加算 | ¥20 | ¥40 | ¥60 | ／月 |
| 医学情報提供(I) | ¥220 | ¥440 | ¥660 | ／回 |
| 医学情報提供(II) | ¥290 | ¥580 | ¥870 | ／回 |
| 理学療法(I) | ¥123 | ¥246 | ¥369 | ／回 |

| | 介護保険負担割合証 【利用者負担の割合】 | | | ／回 |
|---------------------|-------------------------|------|------|----|
| | 1割 | 2割 | 3割 | |
| | 作業療法 | ¥123 | ¥246 | |
| 言語聴覚療法 | ¥203 | ¥406 | ¥609 | ／回 |
| リハビリテーション体制強化加算 | ¥35 | ¥70 | ¥105 | ／日 |
| 摂食機能療法 | ¥208 | ¥416 | ¥624 | ／日 |
| 集団コミュニケーション療法 | ¥50 | ¥100 | ¥150 | ／回 |
| 短期集中リハビリテーション | ¥240 | ¥480 | ¥720 | ／日 |
| 認知症短期集中リハビリテーション | ¥240 | ¥480 | ¥720 | ／日 |
| 理学療法・作業療法・言語療法に係る加算 | ¥33 | ¥66 | ¥99 | ／月 |
| 理学療法・作業療法・言語療法に係る加算 | ¥20 | ¥40 | ¥60 | ／月 |

II. 食費&居住費(日額)

- ① 介護保険負担限度認定証に表示の【食費の負担限度額】によって食費が変わります。
- ② 多床室(ベッドが複数ある大部屋)か従来型個室かによって居住費が変わります。
- ③ 介護保険負担限度認定証に表示の【居住費の負担限度額】によって居住費が変わります。

| | 食費 | 居住費 | |
|-------|--------|------|--------|
| | | 多床室 | 従来型個室 |
| 第1段階 | ¥300 | ¥0 | ¥490 |
| 第2段階 | ¥390 | ¥370 | ¥490 |
| 第3段階① | ¥650 | ¥370 | ¥1,310 |
| 第3段階② | ¥1,360 | ¥370 | ¥1,310 |
| 第4段階 | ¥1,445 | ¥377 | ¥1,668 |

III. その他保険外費用

| | |
|------|----|
| 理美容代 | 実費 |
|------|----|

| | | |
|-------------|--------|----|
| 従来型個室 個室利用料 | ¥2,200 | ／日 |
|-------------|--------|----|

みどり介護医療院 介護予防短期入所療養介護 重要事項説明書
 短期入所療養介護

(令和6年4月1日現在)

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

- ・事業所名 みどり介護医療院
(介護予防) 短期入所療養介護事業所
- ・開設年月日 平成31年 3月 1日
- ・所在地 山口県岩国市由宇町359-1
- ・電話番号 0827-63-0111
- ・ファックス番号 0827-63-2000
- ・管理者名 吉居俊朗
- ・介護保険事業所番号 (35B0800016号)

(2) 施設の職員体制

| | 職 種 | 員 数 | 備 考 |
|------|----------------------|-------|-----------|
| (1) | 管理者・医師 | 1名 | (併設病院と兼務) |
| (2) | 医師 | 1名以上 | |
| (3) | 薬剤師 | 1名以上 | (併設病院と兼務) |
| (4) | 看護職員 | 10名以上 | |
| (5) | 介護職員 | 15名以上 | |
| (6) | 作業療法士 | 1名以上 | |
| (7) | 理学療法士 | 1名以上 | |
| (8) | 言語聴覚療法士 | 1名以上 | |
| (9) | 管理栄養士 | 1名以上 | |
| (10) | 臨床検査技師 | 1名 | (併設病院と兼務) |
| (11) | 放射線技師 | 1名以上 | (" と兼務) |
| (12) | 介護支援専門員 支援相談員(兼務) | 2名以上 | (" と兼務) |
| (13) | 事務職員 | 1名以上 | |

(3) 勤務体制

日勤 (9時～17時)

看護職員1人に対し利用者6人以内です。

介護職員1人に対し利用者4人以内です。

夜勤 (17時～9時) 看護介護職員1人に対し利用者30人以内です。

併設病院に医師が宿直をしておりますので利用者への緊急時対応が可能です。

(4) 利用者定員・利用者をみどり介護医療院の入所者とみなした場合において入所定員及び療養

室の定員を超えてはならないものとします。但し、災害、虐待その他やむを得ない事情がある場合はこの限りではありません。

2. 事業所の目的、方針

- (1) 当事業所は要介護状態と認定され長期に渡り療養を必要とする利用者に対し、介護保険法令の主旨に従って、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護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、利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を保持すると共に、利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
- (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（介護予防）短期入所療養介護サービス（以下「サービス」という）を提供します。
- (3) 地域や家族との連携を重視した運営に心がけると共に、関係市町村をはじめ、保健医療・福祉サービスの提供する者との密接な連携に努めます。

3. サービス計画立案について

サービス計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員にて協議して作成されますが、その際、ご本人・ご家族の希望を十分に取り入れ、計画書の内容を説明し、同意を得た上で決定します。

4. サービスの内容

- (1) 医療 利用者の状態に応じて、適切な医療、看護、検査を行います。
- (2) 介護 サービス計画に基づき、医学的管理の下で、利用者の自立の支援及び口腔衛生管理を適切な技術をもって行います。
- (3) 機能訓練 利用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、必要に応じ医師の指導のもとに、リハビリテーション実施計画に基づき行います。
- (4) 食事 利用者の心身の状況、病状及び嗜好を考慮して、栄養管理された食事を1日3回提供します。

| | |
|----|---------|
| 朝食 | 7時30分～ |
| 昼食 | 12時00分～ |
| 夕食 | 18時00分～ |

利用者の身体の状況、病状によっては、食事補助または、経管栄養を行います。
- (5) 入浴 一般浴槽の他、入浴に介助を要する利用者には、特別浴槽で対応します。利用者は週に原則2回ご利用いただきます。但し、利用者の身体の状態に応じて、清拭となる場合があります。
- (6) その他 事業者は、利用者の為のリクリエーション行事を行い、利用者の家族との連帯を図ると共に、交流等の機会を確保します。

5. 利用料金

(1) サービス提供利用料

① 事業者は、法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した場合は、利用者から厚生労働大臣が定める基準額（以下【短期入所療養介護サービス費用基準額】又は【介護予防短期入所療養介護サービス費用基準額】という）に対して市区町村から交付される介護保険負担割合証の負担割合を受け取るものとします。

【短期入所療養介護サービス費用基準額】は、「別紙1」に示しています。

【介護予防短期入所療養介護サービス費用基準額】は、「別紙2」に示しています。

② 法定代理受領サービスに該当しない場合は、【居宅サービス費用基準額】の全額を受け取るものとします。この場合、提供した居宅サービスの内容、費用の額その他必要と認める事項を記載したサービス提供証明書を利用者に交付します。

(2) 保険外費用の実費負担

利用者の選定による特別な病室、食事、居住費等に係わる費用は「別紙1」および「別紙2」に従い徴収します。

6. 事業所利用に当たっての留意事項

- ・面会時間は10:00～19:30までです。
- ・外出・外泊医師又は看護師の許可が必要です。
- ・飲酒・喫煙は建物内及び敷地内禁止です。
- ・施設の備品・設備を利用者の故意、または過失により破損した場合は弁償して頂く場合があります。
- ・私物や貴重品は各自で管理願います。
- ・外泊時等に施設外に受診することは原則禁止です。相談員に相談をお願いします。
- ・利用者の送迎サービスは実施しておりません。
- ・職員に対して行う暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷などの迷惑行為やハラスメント行為などにより健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合はサービスの提供中止や契約解除することもあり得ます。

7. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、室内散水栓、非常通報システム
- ・防災訓練 年2回

8. 要望及び苦情等の相談

当事業所には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談下さい。要望や苦情などは、支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、事業所に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

① 当施設のお客様相談・苦情担当

| | |
|--------|--------------|
| 施設名 | みどり介護医療院 |
| 電話番号 | 0827-63-0111 |
| 苦情相談窓口 | 土井 江津子 |

② 行政のお客様相談・苦情担当

| | |
|------|------------------|
| 施設名 | 岩国市由宇総合支所市民福祉課 |
| 住所 | 岩国市由宇町中央一丁目1番10号 |
| 電話番号 | (0827)63-1113 |

| | |
|------|-----------------------|
| 施設名 | 岩国市福祉部福祉政策課指導監査室 |
| 住所 | 岩国市今津町一丁目14番51号 岩国市役所 |
| 電話番号 | (0827)29-5072 |

| | |
|------|----------------|
| 施設名 | 山口県国民健康保険団体連合会 |
| 住所 | 山口市朝田1980番地7 |
| 電話番号 | (083)995-1010 |

9. 緊急、事故発生時の連絡先

利用者の心身の状態が急変した場合、利用者及び扶養者が指定する緊急事故時の連絡先に連絡します。又、事故発生した場合、市町村及び利用者、扶養者が指定する者に対し、当事業所より連絡します。

1 0.虐待防止など

当事業所は原則として利用者に対し身体拘束は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等、緊急時やむを得ない場合は管理者又は主治医が判断し、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、当事業所の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急時やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

また、サービス提供中に、当該従業員又は養護者による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

1 1. 感染症対策について

感染症の発生及びまん延防止のための委員会を設置し、指針の整備、定期的な研修及び訓練を実施します。

1 2. 業務継続に向けた取り組み

感染症や非常災害時においてもサービスの提供が継続的に実施できるよう「業務継続計画」を策定し必要な訓練及び研修を定期的に行う体制を整えます。

1 3. 秘密の保持及び個人情報利用目的

(1) 当事業者及び事業所の職員は、正当の理由のない限り利用者に対するサービスの提供にあつて知り得た利用者及び利用者の家族の秘密は漏らしません。但し、次の各項についての情報提供については利用者または家族の同意を得て実施します。

- ① 介護保険サービスの利用、変更するときに、市町村、介護保険事業者、医療機関及びサービス担当者会議、地域ケア会議にて個人情報提供が必要な場合は当事業所が使用します。
- ② 介護保険サービスの質の向上の為に学会、研究会での事例研究発表する場合、利用者個人を特定できないように仮名にて使用します。
- ③ 当事業所の管理運營業務上必要な場合に使用します。
- ④ 他施設や医療機関へ転所する場合に情報の提供をします。
- ⑤ 災害時において安否確認情報を行政に提供する場合に使用します。

(2) 当事業所及び施設の職員の退職後、在職中に知り得た利用者及び利用者の家族の秘密を漏らすことがないように必要な処置を講じます。

1 4. その他

- (1) 当事業所利用申し込みに当たりご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。
- (2) 当施設についての詳細はパンフレットを用意してありますのでご請求下さい。