

(短期・一般) 入所 重要事項説明書

1. 事業所の概要

名 称	社会医療法人 宏潤会 大同老人保健施設
開設年月日	令和6年11月2日
所在地	〒457-0818 愛知県名古屋市中区白水町40番地2
電話番号	052-611-8605
FAX番号	052-611-8909
管理者	施設長 尾上 公一
介護保険指定番号	介護老人保健施設 (2351280009号)

2. 施設目的と運営方針

社会医療法人宏潤会が開設する大同老人保健施設は、適正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、施設の職員が要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護保険施設サービスを提供することを目的とする。施設の職員は、要介護と認定された利用者に対して、その心身の特性を踏まえて、施設のサービス計画に基づき、看護、医学的管理の下における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世話をを行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、居宅における生活への復帰を目的とする。施設の職員は、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って介護保険施設サービスの提供に努める。明るく家庭的な雰囲気を持ち、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

3. 施設の職員体制 (定員)

2024年11月現在

職 種		業 務 内 容
医 師	4	施設療養全体の管理業務
薬 剤 師	1	利用者様の薬剤管理業務
看 護 職 員	12	利用者様・通所者の看護・介護業務
介 護 職 員	26	利用者様・通所者の介護業務
支 援 相 談 員	2	利用者、家族への相談業務
リハビリスタッフ	12	自立支援のリハビリ業務
介護支援専門員	2	利用者様・通所者の介護計画作成
管 理 栄 養 士	2	利用者様・通所者の栄養管理業務
事 務 職 員	1	保険・利用料請求、事務処理業務

4. 入所定員（短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護を含む） 90名

5. 主な職員の勤務体制

施設長（医師）・支援相談員・事務職員・リハビリスタッフ・栄養士等：

月～金） 8：30～17：00 土） 8：30～14：00

看護職員：日勤 8：30～17：00 夜勤 16：00～9：00

介護職員：日中 7：00～19：00の間で交代勤務 夜勤 17：00～10：00

6. サービス内容

① 施設サービス計画の立案

② 医学的管理・看護・介護

③入浴（一般浴槽、特別浴槽。週に最低2回ご利用頂きます。ただし、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。）

④機能訓練（短期集中リハビリ、認知症短期集中リハビリ）

⑤相談援助サービス

⑥行政手続き代行（介護保険更新、区分変更）

⑦栄養管理等の栄養状態の管理

⑧送迎サービス

⑨その他

*これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくの也有りますので、具体的にご相談ください。

7. 各サービスの利用料金

各サービスは、別紙利用料金表のサービス内容のとおり実施します。また利用料金については、利用料金表の料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額をお支払いただきます。退所時等に関わる加算については別紙をご参照ください。介護保険法改正や消費税増税に伴い利用料金に変更になることがあります。

看取り期におけるターミナルケアマネジメント加算については「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取り組みを行います

*支払い方法

利用料のお支払いは口座振り替え又は振り込みにてお願いいたします。詳細は別途説明いたします。

8. 身体の拘束等

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、施設管理者または医師が判断し、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。

緊急やむを得ない場合とは、①緊急性がある（利用者本人または家族、他の利用者、職員などの生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いと考えられる）場合、②非代替性の確認ができる（身体拘束その他の制限を行う以外に代替する介護方法がないと考えられる）場合、かつ③一次性（身体拘束その他の行動制限が一時的であること）を満たす場合です。この場合、施設管理者または安全管理委員会はその判断の妥当性を検討し、妥当と判断した場合は、担当医・看護師／介護職員が、拘束の様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を診療録に記載する事とします。

9. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

①虐待防止に関する担当者を選定しています

虐待防止に関する担当者：施設長 尾上公一

②虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています

③虐待の防止のための指針を整備しています

④従業者に対して、虐待の防止のための定期的な研修を実施しています

⑤サービス提供中に、当該事業所授業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通知します

10. 協力医療機関

サービス利用中に利用者の状態が急変した場合には、下記医療機関で診察を受けていただきます。

名 称	社会医療法人 宏潤会 大同病院
所 在 地	〒457-8511 愛知県名古屋市南区白水町9番地
電話番号	052-611-6261

名 称	社会医療法人 宏潤会 だいどうクリニック
所 在 地	〒457-8511 愛知県名古屋市南区白水町8番地
電話番号	952-611-6262

◇ なお、緊急の場合には、緊急時の連絡先に連絡します。

11. 事故発生時の対応

サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は利用者に対し必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するものとします。

・施設医の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科機

関又は他の専門的機関での診療を依頼します。

- ・当施設は利用者の家族等利用者又は契約者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

12. 職員への迷惑行為について

職員への暴言・暴力・ハラスメント行為・ストーカーなどの迷惑行為により、退所やサービスの中断、契約の解除を行う場合がございます。お互いの信頼関係を築く為にもご協力をお願いいたします。

- ・暴力または乱暴な言動（物を投げつける、服を引きちぎる、怒鳴る、奇声、大声を発するなど）
- ・セクシャルハラスメント（従業員の体を触る、腕を引っ張り抱きしめるなど）
- ・従業員の自宅や住所や電話番号を聞く、ストーカー行為など

13. サービス利用に当たっての留意事項

- ・入所契約は入所日1か月～3か月程度を適用期間とします。
- ・個人情報の開示制限がある方は申し出てください。
入所中の利用者の様子を写真又は動画にて撮影しご家族へ定期的に提供いたします
- ・一般入所の方：施設の許可なく他の医療機関に受診された場合、医療費は利用者のご負担になります。

短期入所の方：他の医療機関の受診は控えてください。

- ・飲酒、喫煙、火気の発生する機器類やペットの持ち込みは厳禁です。
- ・持ち込み品については事前にご相談下さい。
*眼鏡、義歯、補聴器、腕時計、指輪等の破損、紛失に関して施設では一切責任は負いかねます。
- ・金銭・貴重品は預かりません。また、紛失、盗難等の責任は負いません。
- ・利用者の病状急変時等の緊急時には速やかに連絡を行います。定期、緊急時、急変時の病院受診は原則ご家族の付き添いをお願いします。ただし短期入所中の方は定期受診できません。急を要する場合に限りご家族の来所前に当施設職員が大同病院救急センターに搬送することがあります。
- ・かかりつけ歯科受診（通院、訪問診療）を希望の際は相談室までお伝えください。必要な書類を記入して頂きます。
- ・訪問マッサージ等は当施設では実施できません。
- ・不穏で施設での集団生活に支障をきたす場合は転院・退所していただくことがあります。
- ・宗教の勧誘、営利行為、特定の政治活動は禁止します。
- ・食事の提供時間（朝食 7:30～、昼食 11:30～、夕食 17:30～）
- ・食事は食物アレルギーに対応した食事の提供ができない場合があります。
- ・短期入所の送迎範囲（南区、緑区、東海市）その他の地域は応相談します。
- ・利用者、職員に感染症蔓延が認められる場合には感染拡大防止の為、営業を一時制限することがあります。
- ・提供するサービスの第三者評価の実施はありません

重要事項説明書・ 個人情報取り扱いに関する同意書

年 月 日

本書面（重要事項説明書）の内容を証するため、本書2通を作成し、利用者、等施設が記名捺印のうえ各1通を保有するものとします。

別紙（個人情報の取り扱いに対する通知）の内容を同意したものととして署名します。

指定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説明書・個人情報取り扱いについての説明を行いました。

大同老人保健施設 担当者 ()

私は、本書面に基ついて上記職員から重要事項。個人情報取り扱いについて説明を受け、指定介護老人保健施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者氏名 ()

保証人氏名 ()
身元引受人氏名

【 氏名及び写真の掲載について 】 ※いずれかに○をつけて下さい。

① 施設内での名前及び写真の掲載

(可 ・ 不可 ・ 写真のみ可 ・ 名前のみ可)

② 施設広報誌またはホームページ等での写真の掲載

(可 ・ 不可)