重要事項説明書

介護老人保健施設ヴィヴァン

介護老人保健施設入所サービス

あなた（又はあなたの家族）が入所しようと考えている指定介護老人保健施設について、契約を締結する前に知っておいていただきたい、施設概要及び提供するサービスの内容等、入所していただくにあたってご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

１．運営法人

法　人　名	医療法人社団　三恵会
法人所在地	香川県高松市木太町 3836-7
連　絡　先	電話番号　087-867-3131　　ﾌｧｯｸｽ　087-867-3133
代表者氏名	理事長　三宅　泰二郎
設立年月日	平成 9 年 7 月 7 日

２．施設概要

施設の種類	指定介護老人保健施設
施設の名称	介護老人保健施設ヴィヴァン（指定　第 3750180063 号）
施設の目的	当施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上の支援などの介護保険施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことが出来るようにし、一日でも早く家庭での生活に戻ることが出来るよう支援すること。また、利用者の方が、居宅での生活を一日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とします。
建物の構造	鉄筋コンクリート造　地上 3 階建
敷地面積	3281.25 ㎡
併設事業	（介護予防）短期入所療養介護（指定　第 3750180063 号） （介護予防）通所リハビリテーション（指定　第 3750180063 号）
施設の住所	香川県高松市木太町 4443-1
連絡先	電話番号　087-869-1111　　ﾌｧｯｸｽ　087-869-1182
施設長氏名	江嶋　克史
運営方針	当施設では、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止を目指し、利用者の心身の状態を踏まえて療養を適切に行います。実施に当たっては、施設サービス計画を作成し、それに基づいて援助を行うと共に、自らその提供する介護保険施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図るように努めています。
指定年月日	令和 2 年 4 月 1 日
入所定員	60 名（短期入所療養介護を含む）
延べ床面積	2534.4 ㎡

設備関係			客室	入所定員	備考
	居室	個　　室	6 室	6 人	従来型個室
		２人部屋	3 室	6 人	多床室
		４人部屋	12 室	48 人	多床室
		合　　計	21 室	60 人	定　員
	浴　　室		一般浴槽、特殊機械浴槽		
	療 養 室		1 室		
	診 察 室		1 室		
	食　　堂		1 室		
	談 話 室		1 室		
	レクリエーションルーム		1 室		
	カウンセリング室		1 室		
	調理室		1 室		
	洗濯室		1 室		
	汚物処理室		1 室		
	機能訓練室		1 室		

３．(1) 職員の配置状況（短期入所療養介護との兼務を含む）

職種	勤務体制	基準配置人数	実配置人数	常勤換算人数	常勤非常勤内訳	備考
施設長	9：00～18：00	1	1	1	常　勤 1 人	
医師	9：00～18：00 9：00～13：00	1	2	1.3	常　勤 1 人 非常勤 1 人	
介護支援専門員	9：00～18：00	1	1	1	常　勤 1 人	
支援相談員	9：00～18：00	1	1	1	常　勤 1 人	
看護職員	7：30～16：30 9：30～18：30 16：30～9：30	6	11	7	常　勤 7 人 非常勤 4 人	
理学療法士等	8：30～17：30	1	2	2	常　勤 3.1 人	
介護職員	7：30～16：30 9：30～18：30 16：30～9：30	15	17	17	常　勤 17 人	
管理栄養士	9：00～18：00	1	1	1	常　勤 1 人	
薬剤師	14：00～18：00	0.2	1	0.2	非常勤 1 人	
事務員	9：00～18：00	1	3	2.8	常　勤 2 人 非常勤 1 人	

（2）職員の職務内容

職種	職務の内容
施設長	施設管理
医師	施設療養の管理
介護支援専門員	施設サービス計画の作成。
支援相談員	入所者の入退所、生活相談及び援助の相談を行う。
看護職員	医師の診療補助及び医師の指示を受けて利用者の看護。
理学・作業療法士	医師の指示を受けて機能訓練の計画作成、提供。
あんま・マッサージ師	機能訓練の提供
介護職員	入所者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
管理栄養士	医師の指示に基づいた栄養管理全般。
薬剤師	医師の指示に基づき、調剤、薬剤管理及び服薬指導を行う。
その他職員	事務等、その他業務を行う。

４．サービス提供の流れ

入所者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針等については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」で定めます。「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及び変更は、次のとおり行います。

①介護支援専門員（ケアマネジャー）が入所者の心身の状態や、生活状況の把握（アセスメント）を行い、施設サービス計画の原案の作成や変更を行います。

↓

②介護支援専門員（ケアマネジャー）は、施設サービス計画の原案について、入所者及びその家族等に説明し同意を得たうえで決定します。

↓

③施設サービス計画は、入所後 2 週間以内、その後は 3 ヶ月毎もしくは心身の状態の変化があった場合、あるいは入所者及びその家族等の要望に応じ作成し、変更の必要がある場合には、入所者及びその家族等と協議し、同意を得たうえで、施設サービス計画を変更します。

↓

④施設サービスが変更された場合は、入所者及びその家族等に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

５．サービス内容

<table>
<tr><th>サービスの種類</th><th>サービスの内容</th></tr>
<tr><td>食　事</td><td>①栄養並びに入所者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
②入所者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則とします。
③食事時間
<table>
<tr><td>朝　食</td><td>7：45～</td></tr>
<tr><td>昼　食</td><td>11：45～</td></tr>
<tr><td>おやつ</td><td>15：00～</td></tr>
<tr><td>夕　食</td><td>17：00～</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>入　浴</td><td>①入浴又は清拭を週２回以上行います。
入所者の体調等により、当日入浴ができなかった場合は、清拭及び入浴日の振替にて対応します。
②寝たきりの状態であっても特殊機械浴槽を使用して入浴することができます。</td></tr>
<tr><td>排　泄</td><td>排泄の自立を促すため、入所者の身体能力を最大限利用した援助を行います。</td></tr>
<tr><td>機能訓練</td><td>入所者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。</td></tr>
<tr><td>医療・看護</td><td>あなたの病状に合わせた医療・看護を提供します。医師による定期診察は毎日１回行います。それ以外でも必要がある場合には適宜診察しますので、看護師等にお申し付け下さい。ただし、当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については、協力病院等での治療となります。</td></tr>
<tr><td>その他自立への支援</td><td>①寝たきり防止のため、入所者の身体状況を考慮しながら、可能な限り離床に配慮します。
②清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助を行います。
③排泄時間やオムツの使用について利用者の状況に合わせて行います。
④毎朝、夕の着替えのお手伝いをします。
⑤シーツの交換は週１回行います。</td></tr>
</table>

６．利用料金（※利用料金の概算については重要事項説明書別記の料金表を参照）

（1）食費・居住費

利用者負担段階	居住費（滞在費）負担限度額		食費 負担限度額
第１段階	（多床室）　0 円／日	（従来型個室）　490 円／日	300 円／日
第２段階	（多床室）370 円／日	（従来型個室）　490 円／日	390 円／日
第３段階	（多床室）370 円／日	（従来型個室）1,310 円／日	650 円／日
第４段階	（多床室）450 円／日	（従来型個室）1,400 円／日	1,600 円／日

※１　食費・居住費については、介護保険負担限度額認定書の交付を受けた方にあっては、当該認定書に記載されている負担限度額（上記表に掲げる額）となります。

※２　居住費については、外泊中でも料金をいただきます。ただし、外泊中のベッドを利用者の同意を得た上で、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護に利用する場合は、入所者から居住費はいただきません。

（2）基本料金

施設利用料（要介護認定によって利用料が異なります。以下の金額は、１日あたりの自己負担分です。）

区分・要介護度			基本単位	利用料	利用者負担額 1割負担	2割負担	3割負担
老健Ⅰ	i（従来型個室）	要介護1	717	7,736 円	774 円	1,548 円	2,321 円
		要介護2	763	8,203 円	821 円	1,641 円	2,461 円
		要介護3	828	8,862 円	887 円	1,773 円	2,659 円
		要介護4	883	9,420 円	942 円	1,884 円	2,826 円
		要介護5	932	9,916 円	992 円	1,984 円	2,975 円
	iii（多床室）	要介護1	793	8,507 円	851 円	1,702 円	2,553 円
		要介護2	843	9,014 円	902 円	1,803 円	2,705 円
		要介護3	908	9,673 円	968 円	1,935 円	2,902 円
		要介護4	961	10,210 円	1,021 円	2,042 円	3,063 円
		要介護5	1012	10,728 円	1,073 円	2,146 円	3,219 円

※1　入所者に対して居宅における外泊を認める場合は、１月に６日を限度として上記利用料は算定せず１日あたり 3,670 円(利用者負担額:1 割 367 円、2 割 734 円、3 割 1,101 円)を算定します。ただし、外泊の初日及び最終日は算定しません。

※2　夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、上記金額の 97/100 となります。

※3　身体拘束廃止に向けての取り組みとして、身体拘束適正化の指針整備や適正化委員会の開催、定期的な職員研修の実施などを行っていない場合は、上記金額の 90/100 となります。

※4　次いずれかに該当する利用者に対しては、介護老人保健施設費（Ⅰ）iii を算定します。

イ　感染症により、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者

ロ　療養室の面積が 8.0 ㎡以下の従来型個室を利用する者

ハ　著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者

（3）各種利用料金

加算項目	基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
夜勤職員配置加算	24	243円	25円	49円	73円	1日につき
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	258	2,433円	244円	487円	730円	1日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	120	2,433円	244円	487円	730円	1日につき
初期加算（Ⅰ）	60	304円	31円	61円	92円	入所した日から30日以内の期間(1日につき)
初期加算（Ⅱ）	30					入所した日から30日以内の期間(1日につき)
ターミナルケア加算	死亡日45日前～31日前 72					
	死亡日30日前～4日前 160					
	死亡日前々日、前日 910					
	死亡日 1900					
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5/月					
新興感染症等施設医療費	240					
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240					
療養食加算	6	81円	9円	17円	25円	1食につき(1日につき18単位を算定)
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13	101円	11円	21円	31円	3月に1回

排せつ支援加算（Ⅳ）	100	1,014 円	102 円	203 円	305 円	1月につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	182 円	19 円	37 円	55 円	1日につき
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の39/1000	左記の単位数×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）
自立支援促進加算	300	3,042 円	305 円	609 円	913 円	1月につき
科学的介護推進加算（Ⅱ）	60	608 円	61 円	122 円	183 円	1月につき
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）	33	334 円	34 円	67 円	101 円	1月につき

※　夜勤職員配置加算は、夜間及び深夜の時間帯について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。

※　入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合であって、かつ、原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて

※　次に掲げる基準に適合する介護老人保健施設において、1日につき所定単位数を加算する。

（1）　リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

（2）　リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切であること。

（3）　入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により博した生活環境を踏まえたリハビリテーション計画を作成していること。

※　初期加算（Ⅰ）は、次に掲げる基準のいずれかに適合する介護老人保健施設において、急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、介護老人保健施設に入所した方について算定いたします。ただし、初期加算（Ⅱ）を算定している場合は算定いたしません。

・当該介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワークなどを通じ、地域の医療機関に定期的に情報共有を行っていること。

・当該介護老人保健施設の空床情報について、当該介護老人保健施設のウェブサイトに定期的に公表するとともに、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に応報共有を行っていること。

※　初期加算（Ⅱ）は、当施設に入所した日から30日以内の期間について算定します。初期加算（Ⅰ）を算定している場合は算定いたしません。

※　ターミナルケア加算は次に掲げる基準のいずれにも適合している入所者であること。

1　医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。

2　入所又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。(※)

3　医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士が共同して、入所者の状態又は家族の求め等応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。

※1「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組を行うこと。

※2 計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

※　診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。

※　入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に1月に1回、連続する5日を限度として算定する。
※現時点において指定されている感染症はない。

※　次に掲げる基準に適合する介護老人保健施設において、1日につき所定単位数を加算する。

（1）　リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

（2）　リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切であること。

※　療養食加算は、疾病治療のため医師の発行する食事箋に基づき糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合に算定します。

※　褥瘡マネジメント加算は、入所者ごとに褥瘡の発生とリスクを評価し、他職種共同にて褥瘡ケア計画を作成し、そのケアの内容や状態を記録するなどの褥瘡管理を実施している場合に算定します。

※　排せつ支援加算は、排せつに介護を要する入所者に、適切な対応を行うことで要介護状態の軽減もしくは悪化の防止が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した場合、他職種共同にて、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づく計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施した場合に算定します。

※　サービス提供体制強化加算は、当施設が厚生労働大臣の定める基準に適合しているものとして届け出し、入所者に対して介護保険施設サービスを行った場合に算定します。

※　介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するための賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

※　自立支援促進加算は、以下の要件を満たす場合に算定します。

イ　医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも3月に一回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること。

ロ　イの医学的評価の結果、特に自立支援のための対応が必要とされた者毎に、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、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ていること。

ハ　イの医学的評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること。

ニ　イの医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※　科学的介護推進加算（Ⅱ）は、入所者・利用者ごとのＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報や疾病の状況、服薬情報等の情報を厚生労働省に提出しており、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって様々な情報やサービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に算定します。

※　入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※　地域区分別の単価(7 級地 10.14 円)を含んでいます。

※　(利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

(4) その他の料金

	項目	内容	利用料金
1	理美容代	理容・美容サービス料	実費相当額
2	電気使用料	持ち込み電機機器を使用される場合の電気使用料	55 円／日（税込）
3	特別な室料	利用者の選択により 2 人部屋もしくは個室を利用する際の室料	550 円／日（税込）
4	クリーニング代	物品汚染時には別途クリーニング代	冬掛布団　1,320 円（税込)、夏掛布団　385 円（税込)、　ベッドパット　770 円（税込)、まくら 110 円（税込）

（５）尚料金は、法令または制度の改正、経済事情の変化などにより、改定されることがあります。改訂の手続きは、利用契約書第１０条（費用）とおりです。

７．利用料等のお支払い方法

毎月末日で締め、１ヶ月ごとに計算し請求しますので、下記のいずれかの方法でお支払いください。

（１ヶ月に満たない期間の利用料については、利用日数に基づいて計算します。）

①契約時に申し込みいただいた金融機関の口座から自動引き落とし

②現金にて支払い　お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。※利用料、入所者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3月以上延長し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

８．協力医療機関について

当施設では、下記の医療機関、歯科医療期間にご協力頂き、ご利用者の状態が急変した際などには、迅速に対応をお願いするようにしています。

【協力医療機関】 木太三宅病院	所 在 地　高松市木太町 3836-7 電話番号　087-867-3131 診 療 科　外科、内科、循環器科、整形外科
【協力歯科医療機関】 木村歯科医院	所 在 地　高松市木太町 466-6 電話番号　087-865-7788

９．入所者が外泊された場合の取り扱いについて

外泊中は居住費等を徴収します。ただし、あらかじめ入所者の同意を得て、外泊中にベッドを（介護予防）短期入所療養介護に利用する場合は、当該入所者から徴収せず、（介護予防）短期入所療養介護利用者より短期入所の滞在費等を徴収します。

１０．円滑な退所のための援助について

入所者が当施設を退所する場合には、入所者及びその家族の希望により、施設は入所者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を入所者及びその家族に対して速やかに行います。

・適切な病院もしくは診療所又は介護療養型医療施設等の紹介
・居宅介護支援事業所の紹介
・その他保健医療サービス又は福祉サービス事業者の紹介
・サービス終了後の相談窓口について

当施設における相談窓口担当者・職種	担当者氏名　：玉越　雅樹　　職種（介護支援専門員） 電 話 番 号：087-869-1111（代表）

１１．損害賠償について

当施設において、施設の責任により入所者に生じた損害については、施設はその責任の範囲においてその損害を賠償します。ただし、その損害の発生については、入所者に故意または過失が認められる場合には、その程度に応じて施設の損害賠償責任は軽減されます。

１２．高齢者虐待防止について

当施設は、入所者等の人権擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

①虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	（施設長・江嶋　克史）

②成年後見制度の利用を支援します。
③苦情解決体制を整備しています。
④従業者に対する人権擁護・虐待防止を啓発するための研修を実施しています。
⑤従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
⑥サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者（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入所者を発見した場合は、速やかにこれを市町村等に通報します。

１３．非常災害対策について

①当施設に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取組みを行います

災害対策に関する担当者（防火管理者）	（事務長・藤田　英明）

②非常災害に関する具体的計画（介護老人保健施設ヴィヴァン　消防計画）を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知します。

③定期的に避難、救出、その他必要な訓練（夜間想定訓練を含む）を行います。

避難訓練実施時期：（毎年２回）

④防災設備

スプリンクラー	防火扉	避難階段	屋内消火栓
自動火災報知器	非常通報装置	誘導等	ガス漏れ報知器

１４．事故発生の防止及び事故発生時の対応について

①事故が発生した場合の対応、次項に規定する報告等の方法を定めた事故発生防止のための指針（マニュアル）を整備します。

②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を従業者に対し定期的に行います。

③事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。

④施設は、入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

⑤施設は、前項の事故の状況及び事故に際して取った処置を記録します。

⑥施設は、入所者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

【市町村（保険者）の窓口】 高松市　介護保険課	所 在 地　高松市番町 1-8-15 電話番号　087-839-2329 ﾌｧｯｸｽ番号 087-839-2337 受付時間　8:30～17:00
【家族等緊急連絡先】	氏　名　　続柄（　　） 住　所 電話番号 携帯番号 勤 務 先

なお、当施設は、下記の損害賠償保険に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	株式会社　全老健共済会
	加入保険名	介護老人保健施設総合保障制度
	補償の概要	賠償事故、什物損害
自動車保険	保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
	加入保険名	一般自動車保険
	補償の概要	対人、対物、人身傷害、車両保険

１５．緊急時の対応について

当施設において、サービス提供を行っている際に入所者に病状の急変が生じた場合は、速やかに医師

及びあらかじめ定めている協力医療機関へ連絡及び必要な措置を講じます。また、事故が発生した際においては保険者及び入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

１６．衛生管理等について

①施設の用に供する施設、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、衛生上必要な措置を講じます。

②施設において感染症の発生又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、食中毒及び感染症の発生防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言・指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

１７．秘密の保持と個人情報の保護について

①　入所者及びその家族に関する秘密の保持について	①　施設は、入所者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ②　施設及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た入所者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③　また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④　施設は、従業者に、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
②　個人情報の保護について	①　施設は、入所者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、入所者の個人情報を用いません。また、入所者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入所者家族の個人情報を用いません。 ②　施設は、入所者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理

	し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③　施設が管理する情報については、入所者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は入所者の負担となります。）

１８．記録の整備について

①当施設は、各サービス、従業者、会計等に関する諸記録を整備します。入所者に関する諸記録については、サービス提供を行った日から最低２年間は保管管理します。

②入所者及びその家族は、施設に対して保管しているサービス提供記録等の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。（複写物の請求を行う場合は、有料です。）

１９．身体拘束等について

当施設は、身体拘束廃止委員会を設置しています。原則として入所者に対して身体拘束等を行いません。ただし、入所者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶため、緊急やむを得ない場合には、入所者及びその家族等に対して説明し同意を得た上で、次に掲げる事項に留意し、必要最小限の範囲で行うことがあります。身体拘束等を行う場合には、次の手続きにより行います。

①「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる様態及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由等を記録します。

（1）緊急性・・・・直ちに身体拘束を行わなければ、入所者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

（2）非代替性・・・身体拘束以外に、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない際に限ります。

（3）一時性・・・・入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった際は、直ちに身体拘束を解きます。

②入所者又はその家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。

③身体拘束の解除（改善方法）、期間の見直し等について、最低３月に１回は検討を行い、入所者又はその家族に説明を行い、同意を得ます。

２０．褥瘡防止について

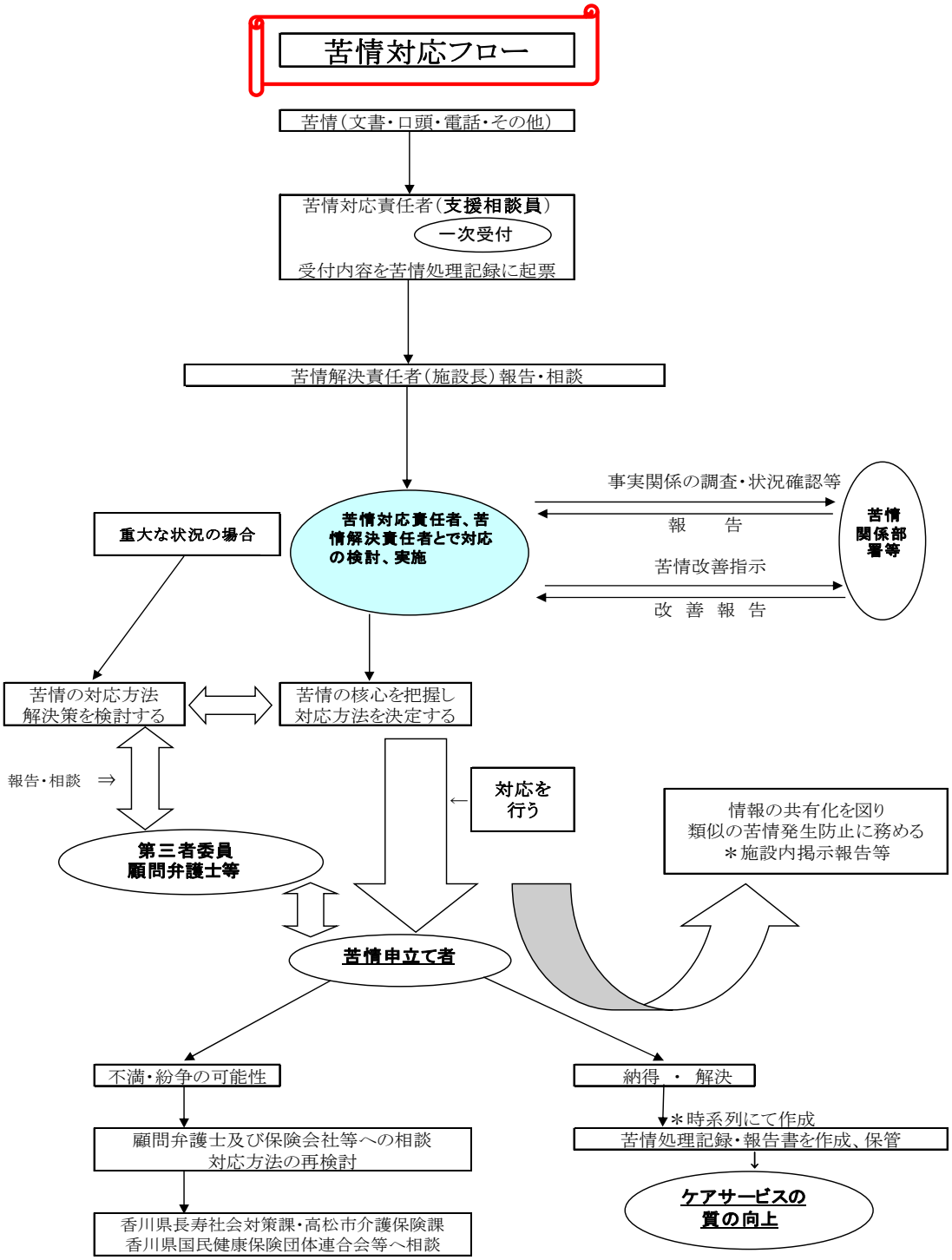
当施設は、入所者に対し良質なサービスを提供する取り組みとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

２１．相談・苦情窓口について

①苦情処理の体制及び手順

・提供したサービスにかかる入所者及びその家族からの相談又は苦情を受け付けるための窓口を設置しています。

・相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制手順は以下のとおりです。



2017.12/28

②相談・苦情の窓口

【事業者の窓口】 担当：介護支援専門員	所 在 地　高松市木太町 4443-1 担 当 者　玉越　雅樹（介護支援専門員） 電話番号　087-869-1111 ﾌｧｯｸｽ番号　087-869-1182 受付時間　9:00～18:00
【事業者の窓口】 第三者委員：社会福祉法人サマリヤ	担 当 者　施設長　兼間　達郎 電話番号　087-815-1165
【市町村（保険者）の窓口】 高松市　介護保険課	所 在 地　高松市番町 1-8-15 電話番号　087-839-2329 ﾌｧｯｸｽ番号　087-839-2337 受付時間　8:30～17:00
【公的団体の窓口】 国民健康保険団体連合会	所 在 地　高松市福岡町 2-3-2 電話番号　087-822-7435 ﾌｧｯｸｽ番号　087-822-6023 受付時間　9:00～17:00

２２．その他施設サービス利用における留意事項について

来訪・面会	面会時間：　午前１０時００分　～　午後８時００分 来訪者は、１F 事務所の面会簿へご記入下さい。面会時間の厳守をお願いします。 なお、来訪者の宿泊はお断り致しております。
飲食物の持ち込み	入所者の健康管理・伝染病予防のため、ご遠慮下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には、2F ステーションで「外出・外泊届」に記入し、前日までに提出していただきます。外泊は原則として一ヶ月６日までとし、その間の食費は免除させていただきます。その他の費用に関しては「６．利用料金」の項で定める所とします。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具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際、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は、禁止させていただいております。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにして下さい。
現金等の管理	金銭・貴重品の持参は、固くお断り致しております。
宗教・政治活動	施設内での他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

医療機関での受診	入所・外泊中、医療機関での受診を希望される場合は、当施設からの紹介状が必要となります。受診前には必ず職員にご相談下さい。また、他の医療機関からの投薬は必ず職員に届けて下さい。
入院等によって退所になった場合	入所者が医療機関に入院された場合は、利用契約書の第 14 条、④にあたり、契約終了となると共に、同書の第 15 条により退所となりますので、お荷物のお引取り等をお願い致します。退所日中に退院、再入所目途が立っていた場合でも、その日数に応じては、お荷物をお引取りいただきます。退所後の精算については通常通り月末締めの翌月払いとなっております。

２３．個人情報使用における同意について

介護サービスを提供するにあたり、我々が知り得た個人情報に関してご利用者（又は家族）の同意を得て、下記の通り必要最小限で使用する事とします。

(1) 使用目的

1 介護保険サービスの利用のための市町、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供

2 介護保険サービスの質の向上の為に学会、研究会等での事例研究発表等
利用者個人を特定できないよう仮名等の使用を厳守

3 介護保健施設サービス提供上の必要事項
①居室入口等、②ナースステーション内コール表示、③食堂内の配膳棚、食事用テーブル、④面会簿の受付設置、記入、⑤事務室内ご利用者部屋割り配置における氏名表示、⑥広報誌等の写真掲載等

(2) 使用する期間

介護保健施設サービス利用契約書の契約期間とする

(3) 使用条件

1 個人情報の使用は必要最小限とし、使用にあたっては関係者以外に漏れることのないよう細心の注意を払うこと

2 個人情報を使用した会議、打ち合わせ、相手方、内容を記録しておくこと

3 当法人関連の機関紙及びホームページ等への顔写真掲載について

（　　）同意する　　（　　）同意しない

※承諾者様からの削除依頼があった場合は、速やかに削除致します

(4) その他

前各項に掲げる事項は、利用終了後、及び職員の退職後も同様の取り扱いとすること

２４．利用時のリスク説明について

介護老人保健施設ヴィヴァンでは、利用者が安全で快適に利用できますように、施設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。
- □ 当施設は、リハビリ施設であること、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、通常の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できやすい状態にあります。
- □ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、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。
- □ 高齢者は、加齢に伴い肺や気管支等の呼吸器官の機能が低下するため、風邪症状から肺炎等に状態が重症化する危険性があります。
- □ 高齢者は、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合があります。
- □ 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協力病院へ搬送を行うことがあります。
- □ 認知症は記憶障害や認知機能の低下といった基本症状の他に、心理・行動障害（周辺症状）が出現する場合があり、徘徊や昼夜逆転、攻撃的行為、せん妄等の行動障害を起こす可能性があります。

《医学的管理・服薬管理に関して》

- □ 当施設利用（入所）中は、必要に応じて当施設の医師が検査・投薬・処置等を行います。入所時に薬を持参された場合、本人の状態に応じて処方内容を調整することがありますのでご了承ください。
- □ 投薬に関しては医師・看護師が行いますが、日常生活における食事の支援の一環として、介護士が行う場合もございます。医師・看護師の指示・助言の上で、ご本人の安心と安全を第一に提供いたします。

このことは、ご自宅でも起こりうることです。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、遠慮なくお尋ね下さい。

２５．重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年　　月　　日

上記の内容について、利用者に説明を行いました。

事業者	所　在　地	高松市木太町 4443-1
	法　人　名	医療法人社団　三恵会
	事　業　所　名	介護老人保健施設ヴィヴァン
	説 明 者 氏 名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意・承諾し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住　所	
	氏　名	印

利用者本人自署 ／ 本人自署不能につき身元引受人代筆　（いずれかに〇）

私は、重要事項説明書及び別記「重要事項説明書別記　ご利用料金表」の説明を受け、これに同意・承諾します。

身元引受人	住　所	
	氏　名	続柄（　　）　印