

医療法人啓信会介護老人保健施設ひしの里
重要事項説明書
(介護老人保健施設サービス)

＜令和6年12月1日現在＞

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人啓信会
代表者名	理事長 中野博美
所在地	〒610-0101 京都府城陽市平川西六反26番地1
電話番号	0774-56-8131
FAX番号	0774-56-8132

2 利用施設

施設名	医療法人啓信会介護老人保健施設ひしの里
所在地	〒613-0031 京都府久世郡久御山町佐古内屋敷81番地1
電話番号	0774-43-2626
FAX番号	0774-43-2627
介護保険指定番号	2651180016
管理者の氏名	植村 師子

3 施設の目的と運営方針

施設の目的	<p>当施設は、要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ可能な限り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、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービスを提供することを目的とします。</p>
施設の運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 1 当施設では、利用者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、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。 2 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。 3 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。 4 当施設では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。 5 サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。 6 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとします。

第三者評価の 実施状況	実施の有無	有	直近の 実施年月日	令和5年3月27日
	評価機関の 名称	きょうと介護保険 にかかわる会	評価結果の 開示状況	支援機構ホームページ にて開示

4 施設の概要

	敷地	2766.05 m ²
建物	構造	鉄骨造
	延床面積	4297.63 m ²
	利用定員	70名（3階療養棟：36名 4階療養棟：34名）

(1) 主な設備

設備の種類	内容
療養室	個室：4室 二人室：1室 四人室：16室
診察室	2階
機能訓練室	1階
食堂・談話室	3階：1室 4階：1室
浴室	1階：一般浴槽・特殊浴槽2台 3階：個浴1台・特殊浴槽1台 4階：個浴1台・特殊浴槽1台
レクリエーションルーム	1階
地域交流・ボランティアスペース	1階（トイレあり）
家族介護教室	2階（トイレ・浴室あり）
トイレ	1階 5か所 3階 5か所 4階 4か所
サービスステーション	各階
調理室	1階
理美容室	1階
洗濯室または洗濯場	4階 コイン式洗濯機・コイン式乾燥機 各3台
汚物処理室	各階

(2) 施設の職員体制

従業者の職種	人数 (名)	区分		職務の内容
		常勤 (名)	非常勤 (名)	
管理者	1	専従		施設に携わる従業者の総括管理、指導を行います。
		兼務	1	
医師	1以上	専従		利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。
		兼務	1以上	
薬剤師	1以上	専従		医師の指示に基づき調剤を行い、施設で保管する薬剤を管理するほか、利用者に対し服薬指導を行います。
		兼務	1以上	
看護職員	8以上	専従		医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行なうほか、利用者の施設サービス計画に基づく看護を行います。
		兼務	7以上 1以上	
介護職員	17以上	専従		利用者の施設サービス計画に基づく介護を行います。
		兼務	17以上	
支援相談員	1以上	専従		利用者及びその家族からの相談に適切に応じるとともに、レクリエーション等の計画、指導を行い、市町村、居宅介護支援事業所、介護保険施設等との連携を図るほか、ボランティアの指導を行います。
		兼務	1以上	
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	3以上	専従		医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し指導を行います。
		兼務	3以上	
管理栄養士	1以上	専従		利用者の栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理を行い、献立の作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等利用者の食事管理を行います。
		兼務	1以上	
介護支援専門員	1以上	専従		利用者の施設サービス計画の原案をたてるとともに、要介護認定及び要介護認定更新の申請手続きを行います。
		兼務	1以上	
事務職員	1以上	専従		事業の実施に当たって必要な事務を行います。
		兼務	1以上	
		兼務		

5 サービスの内容

種 類	内 容
施設サービス計画の作成	利用者の直面している課題等を把握し、利用者の希望を踏まえて、施設サービス計画を作成し、利用者に説明の上、交付します。
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、必要なリハビリテーションを計画的に行います。
看護及び医学的管理の下における介護	利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、利用者の病状及び心身の状況に応じ、適切な技術をもって行います。
入浴	1週間に2回以上、入浴を行うとともに、利用者の心身の状況踏まえて適切な入浴方法で行います。
排泄	利用者の病状及び心身の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> ●食事時間 <ul style="list-style-type: none"> 朝食 8時 昼食 12時 夕食 18時 ●食事場所 <ul style="list-style-type: none"> できるだけ離床して食堂で行います。
相談援助	利用者の心身の状況、病状、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者及び家族に対して、その相談に応じるとともに、必要な相談及び助言その他援助を行います。
レクリエーション・行事	茶話会・運動会・音楽会・歌謡ショー等

6 費用（地域区分7級地 1単位10.14円）

介護保険制度では、入所される部屋のベッド数及び要介護認定による要介護状態区分によって利用料が異なります。

以下は1か月あたりの1割自己負担額（一定以上の所得がある65歳以上の利用者は2割又は3割）となります。ただし、法定代理受領サービスでないときは介護報酬告示上の額の相当額となります。

（1）利用料

別紙 利用料金表 の通り

（2）利用料等のお支払方法

施設の利用料金は、介護保険法に定める額の1割（一定以上の所得がある65歳以上の利用者は2割又は3割）の自己負担額とその他利用料の合計金額をご負担いただきます。サービス利用月の翌月中旬までに利用料の合計額の請求書を発行します。お支払い方法は口座振替（不可能な場合は銀行振込）とさせていただきます。振替日（引き落とし日）は27日（27日が土日祝日の場合は、その翌営業日）となります。銀行振込でのお支払いは請求月の月末までにお願います。振込手数料はご負担いただきます。

お支払をいただいた場合は、領収書を交付します。

7 サービス内容に関する相談・苦情

（1）当施設相談・苦情受付窓口

当施設 相談窓口	相談窓口	三谷 智彦（支援相談員） 芳賀沼 咲子（支援相談員） 田中 成（介護支援専門員） 川端 智子（介護支援専門員）
	受付時間	8：30～17：00 ※日・祝日の12：00～13：00は受付時間外
	連絡先電話	0774-43-2626
	F A X	0774-43-2627
	面接	当施設1階相談室
	苦情箱設置場所	1階地域交流スペース 各階サービスステーション

(2) その他の苦情受付窓口

団体名	連絡先等
京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護管理係 相談担当	受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00 電話：075-354-9090 FAX：075-354-9055（随時）
久御山町民生部福祉課 高齢介護障がい係	受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：15 電話：0774-45-3902 FAX：075-632-5933（随時）

(3) 苦情対応の概要

サービス利用に関する苦情について、下記の通り対応いたします。

- ① 施設苦情受付窓口責任者による苦情解決・検討委員会の招集
- ② 苦情の確認・調査・解決策の検討
- ③ 施設内カンファレンスの開催 苦情解決・検討委員会からの内容報告並びに職員への周知
- ④ 利用者・家族への解決策の説明、話し合い
- ⑤ 解決策の実施
- ⑥ 対応結果の確認、記録作成
- ⑦ 都道府県・市町村等関係団体への報告
- ⑧ 対応結果の施設内への掲示及び職員への周知
- ⑨ 記録の保管

8 緊急時等における対応方法

当施設は、利用者に対し、医学的判断により対診が必要と認める場合、家族等へ連絡をさせていただきます。協力医療機関又は協力歯科医療機関等での診療を依頼することがあります。但し、診療については医療費一部負担がかかります。

9 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者の緊急時連絡先（ご家族等）、市町村及び京都府に連絡を行います。

10 協力医療機関

医療機関の名称	京都きづ川病院
所在地	京都府城陽市平川西六反 26-1
電話番号	0774-54-1111

11 協力歯科医療機関

医療機関の名称	松永歯科医院
所在地	京都府久世郡久御山町林宮ノ後 68-1
電話番号	0774 - 44 - 0102

医療機関の名称	医療法人恵駿会陰山歯科京都院
所在地	京都府京都市伏見区南新池 4-4
電話番号	075 - 602 - 7020

12 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に基づき対応を行います。			
避難訓練	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
防災設備	設備名称	有無(数)	設備名称	有無(数)
	スプリンクラー	あり	屋内消火栓・消火器	あり
	避難階段	3か所	避難口誘導灯	14か所
	自動火災報知機	あり	通路誘導灯	12か所
	消防機関へ通報する 火災報知設備	あり	救助袋	3か所
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	久御山町消防署への届出日：平成26年8月21日 防火管理者：浦部 剛			

13 個人情報の保護及び秘密の保持について

- (1) 施設は、利用者及び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」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (2) 施設が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス利用のための情報提供等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

14 サービス利用に当たっての留意事項

受給資格の確認	当施設は、利用者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び有効期間を確認します。
面会時間	9：00 ～ 11：30 13：30 ～ 17：00 1組2名まで 1回15分 予約不要
洗濯	利用者の洗濯は家族で行って頂く他、業者と直接契約による委託も可能です。
外出・外泊	前日までに各サービスステーションに連絡して下さい。 外泊時等の施設外での受診は必ず受診前に施設へ申し出て下さい。
喫煙	施設敷地内は全面禁煙です。
火気の取扱	ライター等、火気の取扱いは禁止です。
設備・備品の利用	職員の指示に従って下さい。
所持品・備品等の持ち込み	ご利用前に支援相談員とご相談下さい。
金銭・貴重品の管理	現金、通帳、印鑑、その他貴重品についての持ち込みは、原則禁止します。 施設療養上、特に必要な場合において金銭、貴重品を持ち込んだ時は自己管理とし、当施設は盗難・紛失等の責任は負いかねます。また施設でのお預かりはいたしかねますので予めご了承下さい。
おやつ等の持ち込み	施設では医師が1日の摂取カロリーを考慮し、管理栄養士が一人一人の状態に応じた献立を立て、毎日の食事やおやつを提供しておりますので、おやつ等の持込みは禁止させていただいております。 但し、ご家族の面会の際に、おやつ等を持参され召し上がっていただく事は可能です。その場合は看護師、介護職員にご確認の上、談話室、1階地域交流スペースにてお願いします。残ったおやつ等は、必ずお持ち帰り下さい。
居室の変更	利用者の病状、心身の状態等が著しく変化し、身体の状況が低下等した場合、利用者の状況に応じて居室変更を検討し、実施する場合がございます。
迷惑行為等の禁止	他の利用者に対する営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動等をご遠慮下さい。 また、他の利用者への迷惑行為は禁止です。
その他	ペットの持ち込みは禁止です。

当施設は介護老人保健施設サービスの利用開始にあたり、利用者に対して本書面を交付の上、重要事項を説明しました。

説明・交付年月日： 年 月 日

事業者 医療法人啓信会
施 設 医療法人啓信会介護老人保健施設ひしの里
所在地 京都府久世郡久御山町佐古内屋敷 81 番地 1
説明担当者

印

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

同意年月日： 年 月 日

利用者

住 所
氏 名

印

法定代理人

印

保証人

住 所
氏 名

印