

古川民主病院 介護医療院

契約書別紙（兼重要事項説明書）

[2024年6月22日現在]

1. サービスを提供する事業者について

事業者名称	公益財団法人 宮城厚生協会
代表者氏名	理事長 土村 まどか
所在地	宮城県多賀城市下馬2丁目13番7号
電話番号・FAX番号	(連絡先:介護事業部 電話:022-361-1158、Fax:022-361-1124)
法人設立年月日	1950年2月21日

2. サービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名	公益財団法人 宮城厚生協会古川民主病院 介護医療院
事業所番号	宮城県指定 04B1500018
所在地	宮城県大崎市古川駅東2丁目11-14
施設長氏名	呉 賢一
電話番号	0229-23-5521
FAX番号	0229-24-1544
利用定員	44名 (空床利用の短期入所者を含む)

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	事業者は、長期にわたる療養を必要とする要介護者（短期入所では、要介護又は要支援の利用者）に対し、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支援し、利用者の療養生活の質の向上及び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。
運営の方針	事業者は、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たサービスの提供に努め、利用者の心身の状況等を踏まえ、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理・看護・医学的管理のもとにおける介護や機能訓練その他必要な医療を行います。 関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるとともに、地域住民又はその自発的活動等及び家族との結びつきを重視した運営を行います。

(3) 施設の概要

- ①建物 古川民主病院 3階
②構造等 鉄筋コンクリート (延べ床面積) 816.35㎡…病院全体は5294.87㎡
③居室

居室の種類	室数	面積	一人当たりの面積
1人部屋	4	10.18㎡	10.18㎡

3人部屋	4	20.82㎡	6.94㎡
4人部屋	7	40.32㎡	10.08㎡

④居室以外の主な設備

設備	室数	面積（一人当たりの面積）
食堂	1	44.3㎡（1㎡）
機能訓練室	3	209.49㎡
浴室（3階）	1	4.86㎡
特殊浴室（4階）	1	13.39㎡

(4) 事業所の職員の職種、員数、職務内容

職種	員数	常勤		非常勤		常勤 換算数	職務の内容
		専従	兼務	専従	兼務		
施設長（医師）	1		1			0.2	従業者及び業務の管理 患者の病状に応じた診療
介護職員 （介護福祉士9）	12	8		4		11.0	介護の提供
看護職員 （看護師9）	8	8				8.0	看護の提供
機能訓練指導員	1	1				1.0	機能訓練の提供
介護支援専門員	1	1				1.0	施設サービス計画の作成
薬剤師	1		1			0.2	施薬、処方及び服薬指導
管理栄養士	1		1			0.1	必要な栄養管理

(5) 職員の勤務体制

施設長（医師）、 薬剤師、 管理栄養士、 介護支援専門員、 機能訓練指導員	正規の勤務時間（8：30～17：00） 常勤で勤務
介護職員 利用者4名につき職員1名配置 *夜間帯（16：30～8：30）は、1名配置	早番（7：30～16：00及び7：45～16：15） 日勤（8：30～17：00及び10：30～19：00） 夜勤（準夜16：30～1：00） （深夜0：30～9：00）
看護職員 利用者6名につき職員1名配置 *夜間帯（16：30～8：30）は、1名配置	

3. 提供するサービス内容

(1) 介護保険給付サービス

食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士の立てる献立表により、栄養面と利用者の身体の状況に応じ提供。又、当施設で用意した献立表の中から選択することも可能。 自分で食事をとれない利用者には、適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を実施 担当医師の指示により、厚生労働大臣が定めた特別食を提供 食事時間：朝食8：00～9：00 昼食12：00～13：00 夕食18：00～19：00
-------	--

療養上の診療 健康管理	・担当医師による診察を週1回（必要な時は随時）行い、健康管理実施。 また、緊急時必要な場合は、担当医師の判断で、当施設の医療保険適用病棟に移っていただくか、他医療機関への紹介を実施
機能訓練 日常生活訓練	・担当医師の判断のもと、理学療法士、作業療法士により入院患者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努める ＜当施設の保有するリハビリ器具（主なもの）＞ 平行棒 起立台 ホットパック 赤外線治療器 マイクロウェーブ治療台 訓練用階段 車いす 歩行補助具 日常生活訓練用品
排せつの援助	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を実施 ・おむつ使用の方には、1日6回以上確認し、必要に応じて交換を実施
入浴の援助	・年間を通じて週2回職員の見守り又は、必要に応じて介助による入浴又は清拭を実施。寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能。祝祭日・日曜日には、利用者の安全管理のため入浴サービスの提供はありません。
離床、着替え	・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮 ・シーツの交換は週1回、居室の清掃は1日1回実施
相談及び援助	・当施設は、利用者とその家族からの相談について誠意をもって応じます。又、可能な限り必要な援助を行うことに努めます。

(2) 介護保険給付対象外サービス（有料となります。）

理髪	・利用者の希望により理髪店からの出張による理髪サービスを利用可能
クリーニング	・利用者又は、ご家族が自ら洗濯が困難な場合に随時利用可能
病衣	・病衣使用により1日毎料金

4. 利用料等

- (1) 介護保険給付サービスの利用者負担額（個々の利用者の状況にあった加算を含む）は、原則として利用料の1割の額です。 介護保険サービス利用料、食費・居住費、介護保険給付対象外サービス料金は、契約書別紙②(料金表) のとおりです。
- (2) 支払い方法：利用料等は、月ごとにまとめて請求します。翌月10日頃に請求書を発行しますので、1階会計窓口にてお支払い下さい。

5. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、以下のとおり速やかに対応します。又、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。

- (1) 利用者に医療を必要とする事故（骨折・創傷等）が発生した場合
- ① サービス提供した職員又は第一発見者は、速やかに応急処置を行い、医師・看護職員に報告します。
 - ② 発生状況・受傷状況を確認し、ご家族に至急連絡するとともに、必要に応じて協力医療機関等に受診していただく場合があります。
 - ③ 病院管理委員会にて事故原因の調査・分析を行い、契約者やご家族に誠実に説明します。

(2) 上記以外、その他の事故が発生した場合 (1)に準じて速やかに対応します。

* サービス利用中に賠償すべき事故が発生した場合の賠償責任解決にあたっては、事業所の契約する損害保険会社に委ねることがありますのでご了承ください。

6. 非常災害対策

非常災害に備えるため具体的計画を立て、定期的に避難・救出等の訓練を行います。関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に職員に周知します。

非常時の対応	別途定める「古川民主病院非常災害計画書」にのっとり対応を実施
避難・救出訓練	「古川民主病院非常災害計画書」に基づき病院職員の自衛消防組織を編成し、毎年夜間を想定した避難・救出等の訓練を実施
保守点検	消防設備の保守点検は、毎年防災業者に委託しており、火災などが発生しないよう万全の対応を取っています。
防災意識の啓蒙	職員には、毎日の朝礼などで電気系統の不備を発見した場合の連絡、又火の始末の確認等をさせており、日頃より防災意識を深めています。
防災設備	以下の防災設備を設置し、災害時に万全を期す。 スプリンクラー(あり)防火扉・シャッター(12ヶ所)避難用滑り台(2ヶ所) 火災報知器(9機)火災通報装置(1台)消火栓(9ヶ所)災害時自家発電機(2機) カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用

7. 秘密保持と個人情報保護について

(1) 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知りえた利用者及び家族に関する情報は理由無く他の人に漏らしません。当該事業所の従業者でなくなった場合においても同様です。

(2) 事業者は、利用者及び家族の個人情報について、サービス担当者会議等において必要な場合に限り、利用者及び利用者の家族の同意を得た上で必要最小限の範囲内で使用します。

(3) 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律124号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

8. 記録の開示及び複写

利用者は事業者に対し、記録の閲覧及び複写を求めることができます。求めがあった場合には開示に関する規定に従い、開示の手続きを行います。閲覧及び複写にあたっては、以下の料金をご負担いただきます。

開示料金：2000円、複写料金：白黒及び2色1枚20円、カラー1枚50円 管理者説明：30分毎に5000円（説明を希望される場合）
--

9. 虐待防止、身体拘束適正化の対応

事業所は、従業者に対する虐待防止啓発、身体拘束排除のための定期的な研修を実施し、権利擁護、自治体における虐待防止に関する相談窓口の周知等、虐待防止、身体拘束適正

化に関する対応を行います。当事業所に関する内容以外でも、遠慮なくお申し出ください。

虐待防止責任者 呉 賢一

10. サービス提供に関する相談・苦情について

(1) 相談・苦情に適切に対応するための手順は以下の通りです。

<ul style="list-style-type: none">・苦情をうけた場合、責任者は詳しい事情を把握し利用者の立場に立った対応に努める・市町村や国民健康保険団体連合会（以下「市町村等」という。）が行う調査に協力する・市町村等から指導又は助言を受けた場合は、指導又は助言に従って適切な改善を行う・苦情受付から解決までの経過と結果を記録し、同様の苦情の再発防止に役立てる・市町村等から改善報告の求めがあった場合は、改善内容を報告する
--

(2) 苦情相談窓口

担当部署	担当者：介護支援専門員（前口）	責任者：病棟師長（齋藤）
電話番号	0229-23-5521	
利用日	月～土曜日（*日曜・祝日、年末年始以外）	
受付時間	平日の午前9時から午後5時、土曜は12時半まで	

*当事業所では、「介護ネットみやぎ」の会員団体で、第三者委員を共同委嘱しています。以下の窓口へ直接申し出ることや、立ち合いや助言を求めることもできます。

第三者委員苦情相談受付窓口（介護ネットみやぎ）	022-276-5201
-------------------------	--------------

*市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

苦情受付機関	電話番号
大崎市高齢介護課高齢福祉係	0229-23-6085
美里町役場長寿支援課介護保険係	0229-32-2941
加美町保健福祉課高齢者福祉係	0229-63-7872
涌谷町福祉課総務保険班	0229-43-5111
色麻町保健福祉センター福祉課介護保険係	0229-66-1700
宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課	022-222-7700（苦情相談専用）

11. サービス利用にあたっての留意事項

来訪・面会	<ul style="list-style-type: none">・来訪者は面会時間を遵守してください。 面会時間11:00～13:00、15:00～20:00・来訪者の宿泊は、特別な場合を除き認めていません。
外出・外泊	<ul style="list-style-type: none">・外出・外泊の際は、別途申し込み用紙に記載し、職員に申し出てください。
当施設以外の医療機関への受診	<ul style="list-style-type: none">・職員に申し出てください。尚、付添は家族もしくは身元引受人の方をお願いします。
病室・設備・器具の利用	<ul style="list-style-type: none">・施設内の病室や設備、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場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none">・喫煙及び飲酒は、当施設内ではできません。
迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none">・騒音等他の入院患者の迷惑になる行為は、ご遠慮ください。また、

	むやみに他の入院患者の居室に立ち入らないでください。
所持金品の管理	・所持金品は、自己の責任で管理してください。盗難、損傷等が発生した場合、当施設の責に帰する場合以外は、賠償に応じかねます。
宗教活動 政治活動	・施設内での他の入院患者に対する執拗な宗教活動及び政治活動は、ご遠慮ください。
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。

- (1) 利用者・家族から他利用者・事業職員に対しての暴言・暴力・いやがらせ・誹謗中傷などの迷惑行為、パワー・セクシャルなどのハラスメント行為は契約書第9条1項に当たる行為とみなし、契約の解約を求めることがあります。
- (2) 利用者本人以外の写真や動画の撮影・録音などをインターネットなどに掲載するなどの行為は迷惑行為に当たりますのでご遠慮ください。

年 月 日

*事業者は、介護医療院サービスの提供開始にあたり、利用者に対して、上記のとおり重要事項を説明しました。

《事業者》 所在地 多賀城市下馬二丁目13-7
 法人名 公益財団法人 宮城厚生協会
 代表者名 理事長 土村 まどか

《説明者》 事業所名 公益財団法人宮城厚生協会古川民主病院介護医療院

(自署) 氏 名 _____

*私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
 また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

《利用者》 氏 名 _____

上記署名は、私が本人の意思を確認し、代行しました。

《署名代行者》 (自署) 氏 名 _____
 (利用者との関係：)