

重 要 事 項 説 明 書

(介護医療院 喜郷Ⅱ サービス利用契約書)

介護医療院サービス提供の開始にあたり、平成30年函館市条例24号第7条に基づいて、当施設があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	医療法人社団 向仁会
法人所在地	函館市桔梗 1丁目14番1号
法人種別	医療法人
代表者氏名	理 事 長 阿 部 智 哉
電話番号	(0 1 3 8) 3 4 - 7 7 0 7

2 ご利用施設

施設の名称	介護医療院 喜郷Ⅱ
施設の所在地	函館市桔梗 1丁目14番1号
施設長名	川 岸 和 朗
電話番号	(0 1 3 8) 3 4 - 7 7 0 7
FAX番号	(0 1 3 8) 3 4 - 7 7 0 8
介護保険許可番号	0 1 B 1 4 0 0 0 1 4 号

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	この事業は、居宅同様の居住環境下で居宅生活に近い日常生活を営みながら、要介護状態にある高齢者等に対し、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自立した生活を営むことができるよう介護医療院サービスを提供することを目的とする。
施設運営の方針	長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話をを行うことにより、その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ことを目指すものとする。
サービス計画	担当介護支援専門員は、サービス計画の原案の作成に当たり、その内容について文書により説明し、利用者又はその家族あるいは身元引受人の同意を得る。又、サービス計画を作成、変更した際には、利用者又は利用者代理人にサービス計画書を交付する。

4 施設の概要

介護医療院（診療所併設）

敷地		7,742.71 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造 6階建（耐火建築）
	延べ床面積	15,485.42 m ²
	利用定員	100名

（１）療養室

療養室の種別	室数	面積	備考
2人部屋	10室	18.48 m ²	
2人部屋	40室	18.03 m ²	
合計	50室	平均 18.12 m ²	

（２）主な設備

設備の種類	面積(1室あたり)	総室数	備考
食堂・レクリエーション室	1室 53.60 m ²	2室	1フロア
談話室	1室 26.07 m ²	1ヶ所	
機能訓練室	1室 76.90 m ²	1室	
言語療法室	1室 9.24 m ²	1室	個別 集団療法室併用
一般浴室	1室 13.25m ²	1室	一般浴は1Fに有
機械浴室	1室 42.01m ²	1室	1Fに特殊浴槽(3台)

5 職員体制(ユニット型介護医療院喜郷、短期入所療養介護との兼務含む)

令和8年8月現在

従業者の職種	員数	事業者の 指定基準	備考
管理者(医師)	1	0.88	
医師	1以上		
薬剤師	1以上	0.4	

従業者の職種	員 数	事業者の 指定基準	備 考
看護職員	17以上	16.6	介護職員の不足分は看護職員で対応する
介護職員	17以上	16.6	
理学療法士	1以上	適当数	
作業療法士	1以上	適当数	
言語聴覚士	0		
柔道整復師	1		
支援相談員	1以上		
管理栄養士	1以上	1	
介護支援専門員	1以上	1	
事務員	1以上	適当数	

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	備 考
管理者	平日 9:00 ～ 17:00	
医師	平日 9:00 ～ 17:00	
薬剤師	平日 9:00 ～ 17:00	
管理栄養士	平日 9:00 ～ 17:00	
栄養士	平日 9:00 ～ 17:00	
看護職員	日勤 9:00 ～ 17:00 夜勤 17:00 ～ 9:00	早番・遅番あり
介護職員	日勤 9:00 ～ 17:00 夜勤 17:00 ～ 9:00	早番・遅番あり
支援相談員	平日 9:00 ～ 17:00	
理学療法士	平日 9:00 ～ 17:00	
作業療法士	平日 9:00 ～ 17:00	
言語聴覚士	平日 9:00 ～ 17:00	
介護支援専門員	平日 9:00 ～ 17:00	

7 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
栄養管理	・ 医師、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、入所者ごとの栄養状態を把握し、個々人の状態に応じて栄養ケア計画を作成します。 ・ 経管により食事を摂取する入所者については経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行ないます。 ・ 入所者の有する病態に応じて、医師の指示箋に基づく療養食を提供します。
排 泄	・ 入所者の状況に応じて、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。
入浴・清拭	・ 年間を通じて週2回以上の入浴又は清拭を行います。 ・ 入所者の状況に応じて、一般浴、特殊浴、個浴を利用して適切な援助を行ないます。
離床、着替え、整容等	・ 寝たきり防止のため、出来る限り離床のお手伝いをします。 ・ 食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替を行うよう配慮します。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。
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、必要に応じて理学療法その他適切なリハビリテーションを計画的に行います。
健康管理	・ 施設主治医および担当医により、回診を行い健康管理に努めます。 ・ 病状の急変等により、当施設において必要な医療を提供することが困難となった時は、他の医療機関への転院を含め適切な措置を講じます。 ・ 入所者が他の医療機関を受診する場合は、円滑に受診できるよう配慮します。 (当施設の主治医) 施設長 川 岸 和 朗 (担当医) 角 田 敬 一
協力医療機関	歯 科：社会福祉法人 北海道社会事業函館協会病院 歯科 眼 科：医療法人秀真会 藤岡眼科病院 その他：医療法人社団 函館脳神経外科病院、社会医療法人函館博栄会 函館渡辺病院
相談及び援助	・ 当医療院は、入所者及びその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 支援相談員にお気軽に相談ください。
社会生活上の便宜	・ 共用娯楽施設を整えるとともに、医療院での生活を実りあるものとするため、ご家族との交流の機会を設け、適宜レクリエーション行事を企画します。 主な娯楽備品 食堂談話室にテレビ、ビデオ設置 主なレクリエーション行事 七夕飾り 敬老会 クリスマス会 ・ 行政機関に対する手続き代行 (介護認定申請 等)

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容
居 住	・長期療養にふさわしい居住環境を提供します。 ・シーツ交換は最低週1回行なうほか、必要に応じて寝具の消毒を行ないます。
食 事	・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況、病状及び嗜好に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 ・保温、保冷機能を備えた配膳車により、適温の食事を提供します。 ・食べられないものやアレルギーのある方は事前にご相談下さい。 (食 事 時 間) 朝 食 7 : 3 5 ~ 8 : 3 5 昼 食 1 1 : 3 0 ~ 1 2 : 3 0 夕 食 1 7 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
医療保険による診療	・介護医療院サービスとしての診療のほか、入所者の病状に応じて医療保険給付の対象となる診療が必要となる場合があります。 ・医療保険による診療が行われたときには、医療保険上の一部負担金が必要となります。
理 髪	・週1回、理髪店の出張による理髪サービスを利用いただけます。
日常生活品の購入代行	・外部での物品の購入について、利用者及びその家族が自ら購入が困難である場合には施設の購入代行サービスをご利用いただけます。ご利用代金は、翌月請求に反映させていただきます。
インフルエンザ予防接種等の提供	・ご希望によりインフルエンザの予防接種を行うことができます。(冬期間のみ) - 利用者及びそのご家族も出来るだけ接種を受けられるようお勧めいたします。 - 料金について別途、接種時にお知らせ致します。 ・予防接種法による該当者は、函館市の定める自己負担金の徴収となります。 ・10月上旬にご案内いたしますので、申込み手続きをお願いいたします。
施設による送迎について	・当施設車両にて送迎を希望される場合、可能な場合に限り有料にて対応する。(1時間:1,800円) ・私用事由による送迎は対応不可。 ・車両の使用状況により対応不可な場合もある為、事前にご相談ください。

8 利用料

(1) 法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示による介護医療院サービス費の負担割合の額とする。
法定代理受領ではない場合	介護報酬の告示による額 (施設介護サービスの基準額に同じ)

(2) 法定外給付

区 分	利 用 料
居 住 費 (1日あたり)	利用者負担段階 第1段階 697円(0円) 第2段階 697円(430円) 第3段階 ① 697円(430円) ② 697円(530円) 第4段階 697円(697円)
食 費 (1日あたり)	利用者負担段階 第1段階 1,545円(300円) 第2段階 1,545円(390円) 第3段階 ① 1,545円(680円) ② 1,545円(1,420円) 第4段階 1,545円(1,545円)
* ()内は実際の利用者負担額(第1～3段階は法定負担限度額)です。 * 第1～第3段階の方については、上表の利用料金と負担額との差額が、補足給付として介護保険から給付されます。	
医療保険による診療費	・ 診療報酬の告示による額に対する一部負担金
理容・美容サービス	・ 理容サービス カット1回 男性 2400円 女性 2200円 ※ サービス内容を細分化している場合(洗顔、顔剃り、カット等)は、項目毎に金額を定めています。
日常生活品の購入 代行サービス	・ 購入依頼のあった品物を購入するために要した金額の実費

(3) 入所者の選定により提供するもの

区 分	利 用 料
特別な食事	・ 要 した 費 用 の 実 費
日常生活に要する費用で本人に負担していただくことが適当であるもの	・ 各種リース代 ・ 洗濯代(オムツにかかわるものを除く) ・ 日常生活品の購入代金 ・ 教養娯楽費用(個別に楽しむものに限り) ・ 私物持込の電源使用料(CD、ラジオ、電気マッサージ器等)

9 身体拘束

通 則	緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対する一切の身体拘束を行いません。
身体拘束の条件	(1) 利用者本人又は他の利用者などの生命及び身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。 (2) 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない。 (3) 身体拘束その他の行動制限が一時的である。
手続き	入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う際には、施設が設置した「身体拘束廃止委員会」の定める手続きにしたがって行います。
利用者及び家族への対応	身体拘束を行う場合は、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を明記した「緊急やむをえない身体拘束に関する説明書」を作成したうえで、利用者又はそのご家族に対し十分な説明を行い同意を得ます。「緊急やむをえない身体拘束に関する説明書」は、署名捺印のうえ、利用者又はそのご家族に交付し介護記録に記録します。

10 事故発生時の対応

通 則	介護医療院サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに函館市、入所者のご家族または身元引受人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
記録	事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
賠償	介護医療院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。

11 苦情等申立先

当施設の苦情申立 窓 口	生活支援相談室 担当者 本多 恵・外山 智英 ご利用時間 平日 : 9:00 ~ 17:00 電 話 番 号 (0138) 34 - 7707
苦情処理の流れ	利用者及びそのご家族の苦情を聞いた相談員は迅速に事実関係を調査するとともに、当該ユニットリーダー、介護支援専門員、施設管理者と対応改善策について協議し、利用者及びそのご家族へ報告します。

その他の苦情相談窓口

函館市保健福祉部 高齢福祉課	【高齢者・介護総合相談窓口】 函館市東雲町4-13 TEL 0138-21-3025	【高齢福祉課 支援相談担当】 ・養護者による高齢者虐待 TEL 21-3025	【指導監査課 高齢者担当】 ・要介護施設従事者等による高齢者虐待 TEL 21-3926.21-3927.21-3923
北斗市介護保険相談窓口	北斗市中央1-3-10	TEL 0138-73-3111	
七飯町介護保険相談窓口	七飯町本町6-1-1	TEL 0138-65-2511	
北海道国民健康保険団体連合会総務部介護保険課企画・苦情係 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館6階 TEL 011-231-5175			

12 秘密保持

通 則	本事業所の従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を厳守します。
退職者への対応	従業員であった者が、その退職後もこれらの秘密を保持すべき旨を、雇用契約の内容としています。

13 非常災害時の対策

非常時の対応	「消防計画」に従って対応を行います。			
近隣との協力関係	桔梗町内会と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等防災 防災訓練	別途定める「ユニット型介護医療院喜郷・喜郷Ⅱ 消防計画」にのっとり、 年2回昼間及び夜間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。			
非常災害用設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり
	避難階段	2箇所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知器	あり	自家発電装置	あり
	カーテン・布団等は防災性能があるものを使用しています。			
消防計画等	消 防 署 へ の 届 出 ： 毎 年 5 月 、 1 1 月 防 火 管 理 者 清 野 実 加 子			

14 当施設ご利用の際に留意いただく事項

身元引受人	身元引受人となられた方は、適切な介護サービスの提供と円滑な施設運営が出来るよう ご協力をお願いします。
来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出して下さい。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得て下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に届出して下さい。
当施設以外の 医療機関への受診	主治医にご相談ください。 無断で他の医療機関を受診した場合、医療保険は利用できません。
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場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙、飲酒はできません。
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、むやみ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。
所持品の管理	必要最低限の物とし、貴重品は持ち込まないこと。
現金等の管理	現金の所持は出来かねます。ご相談ください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はお断りします。
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。(施設内ペットを除く)
入所時の注意事項	入所時は、介護保険被保険者証、医療保険被保険者証、高齢者受給者証(国保)、 介護保険負担限度額認定証、特定疾患医療受給者証、重度心身障害者医療費受給者証 などのほか、入所者本人及び身元引受人の印鑑をご用意ください。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 相談員 氏名()から
指定介護医療院サービス利用に関わる重要事項の説明を受けたことを確認し、
サービスの提供に伴う利用料（食費・居住費については、利用者負担段階に応じた負担額）の
支払いに同意します。

令和 年 月 日

利用者住所 _____

氏名 _____ 印

署名代行者住所 _____

氏名 _____ 印

家族及び住所 _____

身元引受人

氏名 _____ 印

続柄 _____

注意：施設利用契約における施設使用の際の留意事項を含む。

附則 この規程は令和8年 4月1日から施行します。

附則 この規程は令和8年 5月1日から施行します。

附則 この規程は令和8年 6月1日から施行します。

附則 この規程は令和8年 7月1日から施行します。

附則 この規程は令和8年 8月1日から施行します。