

重要事項説明書

小野田赤十字 介護医療院

あなたに介護医療院のサービスを提供するにあたり、当施設があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

事業者の名称	日本赤十字社
主たる事務所の所在地	東京都港区芝大門1-1-3
法人種別	認可法人
代表者の氏名	社長 清家 篤
電話番号	03-3438-1311

2. ご利用施設

施設の名称	小野田赤十字 介護医療院
施設の所在地	山陽小野田市大字小野田3700番地(須恵東)
施設長の氏名	所長 佐藤 智充
電話番号	0836-88-0222
ファクシミリ番号	0836-88-4392

3. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	介護医療院は、長期にわたる療養を必要とする要介護者が、自立した日常生活を営むことができるよう、支援することを目的とします。
施設の方針	療養上の管理、看護、医学的管理のもとにおける介護、その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を適切に提供する。

5. 施設の概要

敷地	5,366㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート造 2階建
	延床面積	3,637㎡
	利用定員	60名

(1) 療養室

居室の種類	室数	面積	一人当たりの面積
1人部屋	4	13.0~16.0㎡	13.0~16.0㎡
2人部屋	2	18.7~25.1㎡	9.3~12.5㎡
4人部屋	13	32.0~34.0㎡	8.0~8.5㎡

(2) 主な施設

設備の種類	数	面積	特色
診察室兼処置室	1室	16.5㎡	
機能訓練室	1室	42.4㎡	平行棒、マット等
談話室	1室	55.4㎡	ソファ、テレビ
食堂兼 レクリエーションルーム	1箇所 (老人保健施設と共用)	87.6㎡	床暖房
一般浴室	1箇所	99.3㎡	大浴槽 1据え

			個浴 2 据え
特殊浴室	1 箇所 (老人保健施設と共用)	99.3 m ²	機械浴 2 台 (ストレッチャー浴)
洗面・洗濯室	1 箇所	19.6 m ²	
便所	3 箇所	107.55 m ²	
サービスステーション	1 箇所	126.01 m ²	
調理室	小野田赤十字病院と共用	246.7 m ²	
薬剤室	小野田赤十字病院と共用	126.0 m ²	
汚物処理室	1 箇所	11.8 m ²	
サービスステーション	1 箇所	67.3 m ²	
レントゲン室	小野田赤十字病院と共用	211.0 m ²	
検査室	小野田赤十字病院と共用	139.7 m ²	

6. 職員体制 (2024年12月1日現在)

職種	員数	区 分				常勤換算後の人員	職務内容	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長	1		1			0.5	・施設・従業者の管理の総括	医師1名
医師	3		1		2	0.83	・日常的な医学管理等	医師3名
薬剤師	1		1			0.4	・薬剤管理 ・服薬指導に関すること等	薬剤師 1名
看護職員	8	8				8.0	・入所者の看護及び 生活援助に関すること	看護師 8名
准看護師	2	2				2.0	・入所者の療養上の世話、 生活リハビリ等	准看護師 2名
看護助手	1				1	0.5	・入所者の健康管理に係る記録の整備等	介護福祉士 12名
介護職員 (介護福祉士)	14 (12)	14 (11)			1 (1)	13.8 (12)		
理学療法士	2		2			0.5	・リハビリテーションの計画 作成、実施、評価等	理学療法士 2名
管理栄養士	1	1				1.0	・栄養ケア計画の作成・評価 ・栄養指導、献立作成等	管理栄養士 1名
栄養士	1	1				1.0	・栄養価の計算・献立作成等	
介護支援専門員	1	1				1.0	・施設サービス計画書の作成 ・相談業務 ・市町村及び他の医療福祉サービスとの連携、調整	介護支援専門員 1名

放射線技師	1					・放射線撮影業務等	
調理員	4		4		2. 4	・食事の調理	
事務員	10		10		1. 7	・事務業務、介護報酬請求等	
その他の 従業者	1		1		0. 2	・施設内の環境整備等	

7. 職員の勤務体制（2024年12月1日現在）

職 種	勤 務 体 制	休 暇
施設長	併設病院長兼務（8：30～17：00）	4週8休
医師	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）	4週8休
薬剤師	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）	4週8休
看護職員 及び 介護職員	日勤（8：30～17：00） 早出（6：45～15：15） 遅出（10：00～18：30） 夜勤（16：00～9：00）	原則として 4週8休
理学療法士	同 上	4週8休
管理栄養士	同 上	4週8休
栄養士	同 上	4週8休
介護支援専門員	同 上	4週8休
調理員	早出（5：30～14：00）常勤で勤務 遅出（10：45～19：15）常勤で勤務	原則として 4週8休
事務員	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務	4週8休

8. 施設サービスの概要

別紙サービス内容説明書記載のとおり。

9. 利用料その他の費用

当施設の利用料は、国が定めた介護報酬の額となります。また、その他の費用は、当施設が定める額で、全額自己負担となります。

10. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、ご相談ください。

相談窓口	事務室受付 午前 9時～午後 5時（土、日、祝祭日を除く） ご利用方法 面談（相談室）、または電話（0836-88-0222）
対応者	事務課長 看護係長（師長代行） 介護支援専門員 （大貫 香織） （教仙 知里） （蝶野 知夏）
処理体制	医療院連絡会議で、対応を協議するとともに相談者に説明して理解を求める。

※ 介護保険に係る苦情相談については、次の行政機関等にも窓口があります。

- ・山陽小野田市役所 高齢福祉課介護保険係
〒756-8601 山陽小野田市日の出1丁目1番1号 TEL 0836-82-1172
- ・宇部市役所 高齢者総合支援課
〒755-0031 宇部市常盤町1-7-1 TEL 0836-34-8302
- ・山口県国保連合会介護保険苦情相談係
〒753-8520 山口市朝田1980-7 TEL 083-995-1010

1.1. 緊急時の対応

入所者の病状が著しく変化し、救急救命医療等が必要になったときは、直ちに担当医が対応します。夜間・休日のときは、併設病院の当直医および看護師が対応します。

1.2. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合、すみやかに家族に連絡をし、併設病院で対応します。また、必要に応じて関係行政機関に報告するとともに、再発防止に努めます。事故による法律上の賠償責任が生じた場合は、日赤共済賠償保険により対応します。

1.3. 秘密保持

入所者の個人情報については、厳正な保護に努めます。退所時に居宅介護支援事業者等に対して居宅サービス計画、または施設サービス計画の作成等に資する情報提供を行う場合は、本人または家族の同意を得た上でこれを行います。

1.4. 虐待防止のための措置に関する事項

施設は、利用者の人権の擁護、虐待の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催と従業者に対するその結果の周知。
- (2) 虐待防止のための指針の整備。
- (3) 従業者に対する虐待を防止するための研修会の定期的な開催。
- (4) 虐待防止のための措置を適切に実施するための担当者の設置。
- (5) その他虐待防止のために必要な措置。

1.5. 併設医療機関（協力医療機関）

（併設医療機関）

小野田赤十字病院	院長名	佐藤 智充
	所在地	山陽小野田市大字小野田 3700 番地（須恵東）
	電話番号	0836-88-0221

1.6. 協力歯科医療機関

医療機関	コスモ歯科クリニック
院長名	松沢憲治
所在地	山陽小野田市大字厚狭 478-1
電話番号	0836-71-0202
入院設備	なし

17. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「小野田赤十字病院 防災計画」に沿って対応を行います。
防災設備	消防法に基づき次の設備を設置しております。 自動火災報知機、スプリンクラー設備、避難階段、誘導灯、非常用電源 防火扉・防火シャッター、ガス漏れ報知器、非常通報装置 カーテン・布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	宇部小野田消防組合小野田消防署への届け出 令和4年7月1日 防火管理者 藤田 正徳

18. 当施設をご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 午前7時～午後8時 来訪者は、面会時間を遵守し、その都度、必ず職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合は、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際は、必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
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ください。これに反したご利用により破損、故障した場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は認めておりません。
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ください。また、許可なく他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	所持品には、必ず名前を書いてください。
現金等の管理	現金は電話代程度の少額とし、なるべく持ち込まないようにしてください。
宗教活動・政治活動	他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

私は、本書面に基づいて、乙の職員（ ）からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

年 月 日

(利用者) 住 所

氏 名 印

(署名代行者)

私は下記の理由により、甲の意思を確認したうえで、上記署名を代行しました。

住 所

氏 名 印

(利用者との関係:)

署名を代行した理由: