

重要事項説明書

(介護医療院サービス)

あなたに対する介護医療院サービス提供にあたり、介護保険法に関する平成11年3月31日厚生省令第41号（介護医療院の人員、設備及び運営に関する基準）第6条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者名称 社会医療法人 高橋病院
主たる事務所の所在地 函館市時任町 1番2号
法人種別 社会医療法人
代表者名 高橋 肇
電話番号 0138-78-1230

2. 事業所概要

事業所名称 社会医療法人高橋病院 介護医療院
所在地 函館市時任町 1番2号
電話番号 0138-78-1230
第三者評価の有無 無し

3. 当事業所の基本理念

地域住民に愛される信頼される介護医療院

4. 施設の概要

(1) 敷地・建物

敷 地		5343. 44 m ²
建 物	構 造	RC 造・4 階建（耐火建築）
	延べ床面積	10643. 77 m ²
	利 用 定 員	60 名

(2) 居 室

居室の種類	室数	面 積	1 人あたりの面積
1 人部屋	8 室	13. 04 m ² ～15. 68 m ²	13. 04 m ² ～15. 68 m ²
4 人部屋	13 室	32. 6 m ² ～36. 37 m ²	8. 15 m ² ～ 9. 09 m ²

（注）指定基準は、居室1人あたり8.0 m²

(3) 主な設備

設備の種類	数	面 積	1人あたりの面積
食堂・談話室	1 室	63. 66 m ²	2. 12 m ²
機能訓練室	4 室	491. 06 m ²	
介助浴室	1 室	34. 49 m ²	
機械浴室	特殊浴槽 1 台	28. 92 m ²	

(注) 食堂の指定基準は、1人あたり 1 m²

機能訓練室の指定基準は、40 m²以上

5. 職員体制（介護医療院）

従業者の種類	員数	区 分		常勤換算後の人数	事業者の指定基準	保有資格		
		常 勤					非常勤	
		専従	兼務				専従	兼務
管理者	1		1		1	1	医 師	
医 師（管理者含む）	7		1	6	1. 7	1. 3	医 師	
薬 剤 師	1			1	0. 4	0. 4	薬 剤 師	
介護支援専門員 （ケアマネジャー）	1	1			1	1	介護支援専門員 （ケアマネジャー）	
管理栄養士	4	4			4	0. 6	管理栄養士	
看 護 師	9	8		1	8. 7	12	看 護 師	
准看護師	4	4			4		准看護師	
介護職員	42	20		22	20. 3	12	介護福祉士 等	
機能訓練士 （PT/OT/ST）	適当数				適当数	適当数	理学療法士 作業療法士 等	

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管理者	8 時 45 分～17 時 00 分	4 週 6 休
医 師	8 時 45 分～17 時 00 分	4 週 6 休
薬剤師	8 時 45 分～17 時 00 分	4 週 6 休
介護支援専門員 （ケアマネジャー）	8 時 45 分～17 時 00 分	4 週 6 休
看護職員	日勤 8 時 45 分～17 時 00 分 夜勤 16 時 45 分～9 時 00 分	4 週 6 休
介護職員	早出 7 時 20 分～15 時 35 分 夜勤 16 時 45 分～9 時 00 分 遅出 11 時 45 分～20 時 00 分	4 週 6 休
機能訓練士	8 時 45 分～17 時 00 分	4 週 6 休

7. 苦情相談窓口

相談・苦情窓口	介護支援専門員 青田 雅美		
営業時間	平日	8 時 45 分～17 時	
	土曜日	8 時 45 分～12 時 15 分	
苦情・相談窓口連絡先	〒040-8691 函館市時任町 1 番 2 号		
	TEL	: 0138-78-1230	FAX : 0138-78-1231
当事業所以外に、下記の各市町村介護保険担当課、国民健康保険団体連合会等の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。			
函館市保健福祉部高齢福祉課	住所	函館市東雲町 4 番 1 3 号	
	電話	0138-21-3025 (高齢者・介護相談支援窓口)	
函館市保健福祉部指導監査課	住所	函館市東雲町 4 番 1 3 号	
	電話	0138-21-3926・3927・3923	
北海道国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口直通	住所	札幌市中央区南 2 条西 14 丁目	
	電話	011-231-5175	

8. 事故発生時の対応

利用者に心身の状態の急変やけが等の事故が発生した場合は、市町村、利用者の御家族に連絡を行うとともに、主治医への連絡、又は救急関連機関等への連絡等適切な措置を講じます。また、利用者に対する損害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。

9. 協力歯科医療機関

当施設では、下記の歯科医療機関に協力をいただくとともに、連携を図っております。

協力歯科医療機関		
名 称	北海道社会事業協会函館病院	医療法人社団やまもと歯科診療所
所在地	函館市駒場町 4 番 6 号	北斗市七重浜 2 丁目 26 番 7 号
電 話	0138-53-5511	0138-49-6727

10. その他

記録の開示

介護等の記録の開示を希望される場合はお申し出ください。なお、写しの交付の際は、コピー代実費として 1 枚 20 円（消費税別）と事務手数料 5000 円の御負担をお願い致します。