

重要事項説明書

1. サービスを提供する事業者

- (1) 名 称 社会福祉法人 ともえ会
- (2) 所 在 地 広島県三次市粟屋町11664番地
- (3) 電 話 番 号 0824-62-1210
- (4) 代 表 者 氏 名 理事長 添田龍彦
- (5) 設 立 年 月 日 昭和48年11月7日

2. 事業の概要

- (1) 施 設 の 種 類 医療型障害児入所施設及び療養介護事業
- (2) 施 設 の 目 的 障害者総合支援法、児童福祉法及び医療法の理念に基づき施設入所を行う。
- (3) 施 設 の 名 称 子鹿医療療育センター
- (4) 施 設 の 所 在 地 広島県三次市粟屋町11664番地
- (5) 施 設 の 電 話 番 号 0824-63-1151
- (6) 施 設 の 管 理 者 センター長 淀川良夫
- (7) 運 営 方 針
 - ・利用者の基本的人権の尊重、処遇の向上に努め必要なサービスを提供する。
 - ・医療と介護の連携を図り一貫した療育を提供する。
 - ・利用者や家族との信頼関係を高め、楽しく生き甲斐のある生活を提供する。
- (8) 開 設 年 月 昭和49年6月1日
- (9) 入 所 定 員 80名

3. 施設の設定（居室の概要等）

敷地面積：7,580,81㎡

建物面積：6,001,08㎡（3階建）

- ・管 理 棟：事務室、診察室、処置室、医局、薬局、歯科診察室、臨床検査室、生理検査室、リハビリ室、相談室、X線検査室、宿泊室（3室）
- 1病棟（2の南、2の北）、2病棟（3の南、3の北）の4フロアー構成
- ・病 棟：31室（2の南：8室、2の北：8室、3の南：8室、3の北：7室）
- ・観 察 室：4室（2の南、2の北、3の南、3の北×1）
- ・食 堂：4室（2の南、2の北、3の南、3の北×1）
- ・浴 室：3室（1階×1（通所用）、2階×1、3階×1）
- ・プレイルーム：4室（2の南、2の北、3の南、3の北×1）
- ・観 察 室：4室（2の南、2の北、3の南、3の北×1）
- ・面 会 室：4室（2階×2、3階×2）
- ・リネン庫：4室（2階×2、3階×2）
- ・ト イ レ：6カ所（1階×2、2の南、2の北、3の南、3の北×1）

4. 職員の配置

- (1) 職種

- ・センター長（医師）
- ・医師
- ・歯科医師
- ・薬剤師
- ・看護師
- ・准看護師
- ・作業療法士
- ・理学療法士
- ・音楽療法士
- ・臨床心理士
- ・臨床検査技師
- ・管理栄養士
- ・保育士
- ・児童指導員
- ・歯科衛生士
- ・調理員
- ・技術員
- ・ケースワーカー
- ・事務員
- ・相談員

(2) 勤務体制（職員の勤務時間、勤務日数は就業規則による）

◇事務職等

通常勤務 8時00分 ～ 17時00分

遅出 9時00分 ～ 18時00分

◇給食担当者

早出 5時00分 ～ 14時00分

遅出 9時30分 ～ 18時30分

通常勤務 8時30分 ～ 17時30分

◇直接処遇職員

早出 6時00分 ～ 15時00分

早出 7時00分 ～ 16時00分

通常勤務 8時00分 ～ 17時00分

遅出 10時30分 ～ 19時30分

◇夜勤 16時00分 ～ 9時30分

行事、衛生対応、緊急対応等により勤務時間を変更する場合があります。

5. 提供するサービスと利用料金

- ・個別支援計画に基づきサービスを提供します。
- ・障害福祉サービスの支給決定を受けた方が利用できます。

- ・給付費は原則として子鹿医療療育センター（以下「センター」という）が代理受領します。センターが代理受領することをご承諾ください。承諾いただけない場合（償還払いの場合も含む）は一旦全額をセンターにお支払いください。

(1) 日常生活の支援

1) 食事

- ・栄養並びに身体の状態や嗜好に配慮した食事を提供します。
- ・噛む事や飲み込む事が難しい方には刻み食やペースト食等、食べやすいように工夫して提供します。

食事時間	朝食	7時00分	～	8時00分
	昼食	11時30分	～	12時30分
	夕食	18時00分	～	19時30分

2) 入浴

- ・週3回の入浴を行います。健康状態により入浴が困難な場合は清拭を行います。

3) 排泄

- ・利用者の心身の能力を最大限活用し、排泄の自立に向けた支援を行います。
おしめ使用の方は定期的に交換を行います。

4) 着脱衣

- ・利用者の心身の能力を最大限活用し、着脱衣の自立に向けた支援を行います。
- ・生活の中で必要に応じて更衣を行います。

5) 整容

- ・必要に応じて爪切り、ひげそりや耳掃除を行います。

6) 寝具

- ・季節や身体状況に適した寝具を提供し、週1回又は必要に応じて清潔なシーツに交換します。
- ・布団が汚れた場合も必要に応じて交換します。

7) 衣類等の洗濯

- ・衣類等は毎日洗濯し清潔なものを提供します。

(2) 健康管理及びリハビリテーション

1) 健康管理

- ・看護職員が脈拍や体温等のバイタルチェックを定期的に行います。併せて医師が診察を行い、健康状態を調べ健康管理に努めます。
- ・身体能力及び日常生活の維持、向上に努めます。
- ・二次障害の予防に努めます。
- ・看護、医学的管理の下における介護を行います。
- ・疾病の治療に努めます。

2) 服薬の支援

- ・必要に応じて服薬の支援をします。

3) 機能訓練

- ・利用者の方の残存機能の維持、向上を図り、日常生活の自立を助けます。

4) 口腔衛生、摂食機能訓練

- ・口腔内を清潔にたもちます。
- (3) 社会的活動の支援
 - 1) 創作的活動の機会の提供
 - ・趣味や趣向をはぐくむ活動の機会を提供します。
 - 2) 遊びや社会との交流機会の提供
 - ・遊びを提供します。
 - ・社会とふれあう機会を提供します。
 - ・療育活動に参加して楽しんでいただきます。
- (4) 学校教育支援
 - ・学校教育を受ける場合は関係機関との情報交換等、就学に必要な支援を行います。
- (5) 相談援助
 - ・施設利用に関する相談や療育相談に応じます。
- 6. 給付費対象外サービスの概要（自己負担）

次の場合は給付費の対象とならない為、サービスの提供を希望される場合は所定の費用をお支払いいただきます。

 - 1) 散髪代：1,800円／1回（税別）
 - 2) 日用品費：8,000円／月（衣類代は含みません）
 - 3) 各種予防接種代金
 - 4) 希望外出時の実費（福祉タクシー、入館料・観戦料等（利用者及び介助者分）、食事代（利用者分のみ）、付添介助料（介助者1名につき550円／30分）
 - 5) 預かり金の管理
 - 現金はお預かりせず、通帳で管理いたします。
 - 預かり金管理規定に則り、契約のうえ管理いたします。
 - 6) 利用者の年金証書、固定資産等の管理
 - 原則お預かりいたしません。特別な理由でお預かりしなければならない時は、6ヶ月以内の期間を定めお預かりします。
 - 7) 複写物・証明書の発行
 - ・証明書をご希望の場合は発行いたします。ただし、文書料として1通につき証明書の種類に応じ、100円（税別）～5,000円（税別）のご負担をいただきます。
 - ・成年後見人又は親権者に限り、利用者の受けたサービスの記録を閲覧することができます。希望される方は診療記録の開示に関する手続きを行ってください。
（抜粋）
診療記録の開示に関する手続き
 - ①診療記録の開示を求める者（申請者という）は、書面でセンター長に申請する。
 - ②申請者は自分が診療記録の開示を求め得る者であることを身分証明書（成年後見人の場合は法務局の登記簿謄本）で証明する。
 - ③センター長は担当医師等の意見を聴いた上で申請書を受理した日の翌日か

ら7日以内に診療記録の開示をするか否かを決定し、これを書面で申請者に通知する。尚、センター長は日常診療への影響を考慮して、日時、場所、開示方法を指定することができる。

※原則として、

時間：平日の午前10時～12時、午後1時～午後4時まで。

場所：診察室又はスタッフステーション。

方法：申請日から遡って5年以内に作成された記録で閲覧時間は1時間以内。その間、センター職員1名以上が同席する。

8) 郵送などの依頼をお受けします。

保険証や障害者手帳など利用者の所持すべき物の郵送は、送料等の実費をいただきます。

7. サービス利用のキャンセルについて

外泊や外出等で、センターのサービス（食事等）をキャンセルされる場合は、2日前までにセンターにお申し出ください。

1) 期限までに連絡が無い場合、キャンセル料として食材料費等の実費をいただきます。

8. 利用者が他の医療機関に入院される場合の対応について

1) 他の医療機関の受診について

医療機関の受診が必要となった場合は緊急の場合を除き、原則としてその旨をご家族等に伝え、同意を得た上で受診します。

他の医療機関からご家族への説明、同意が必要と認められた時は必ず同席して下さい。

受診の際は医療費等の自己負担が生じますので、ご家族でお支払いください。（診察の結果、他の医療機関へ入院となった場合も同様です）

9. 利用者が外泊される場合の対応について

1) 2日前までにセンターまでお知らせ下さい。

10. 利用料金の支払い

1) 利用料は月末締めとし、翌月25日までに請求書を送付します。

2) 利用料金は月末までに次のいずれかの方法でお支払い下さい。

①ゆうちょ銀行の口座からの自動引き落とし

②センターで預かっている広島銀行の本人口座からの引き落とし

11. 契約の終了

この契約は次の各号に該当する場合に終了します。

一 利用者が退院したとき。

二 センターが解散命令を受けたとき、破産したとき又はやむを得ない事由によりセンターを閉鎖したとき。

三 センターの重大な毀損により医療型障害児入所施設サービス及び療養介護サービスの提供が不可能になったとき。

四 センターが指定障害福祉サービス事業者の指定を取り消されたとき又は指定を辞退したとき。

五 第九条から第12条の規定に基づき、この契約が解約又は解除されたとき。

六 第2条の契約期間が満了したとき。

七 利用者が亡くなられたとき。

12. 利用者からの解約

利用者は契約を解約することができます。

- ・30日前までにセンターに通知してください。
- ・利用者が通知をせずにセンターから退去した場合には、センターが利用者の解約の意思を知った日をもって契約は解除されたものとします。

13. 利用者からの契約解除

利用者はセンターが次に該当する行為を行った場合は契約を解除することができます。

- ・センターが医療型障害児入所施設サービス及び療養介護サービスを実施しなかったとき。
- ・センターが子鹿医療療育センターサービス利用契約書第7条第1項から第5項の規定に違反したとき。
- ・センターが故意又は過失によって、利用者の生命、身体、財産、信頼を損なうなどにより、契約を継続しがたい重大な事情が認められたとき。
- ・他の利用者が利用者の生命、身体、財産、信頼を損なう場合又は損なうおそれがある場合に、センターが適切な対応を行わないとき。

14. センターからの契約解除

センターは利用者が次に該当する行為を行った場合は契約を解除することができます。

- ・利用者が、第5条に規定する医療型障害児入所施設サービス及び療養介護サービス利用料の支払いを3ヶ月以上遅延し、相当の期間を定めて催告をしたにもかかわらず支払わないとき
- ・利用者が、他の利用者の生命、身体、財産、信頼を損なうことによって、この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めないとき
- ・利用者が、故意又は重大な過失により、センターの財産、信頼を損なうことによって、この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めないとき
- ・利用者が、連続して3ヶ月を超えて他の医療機関に入院することが確実に見込まれるとき又は現に3ヶ月を超えて入院したとき

15. 秘密保持

利用者及びそのご家族に関する秘密及び個人情報について、正当な理由がないかぎり、第三者に開示することはありません。

16. 緊急時の対応

利用者の容態に急変があった場合には必要な処置を行うとともにご家族に連絡します。ご家族と連絡がとれない場合には届け出のあった緊急連絡先へ連絡いたします。

17. 非常災害時の対応

- 1) 非常時の対応：別途定める消防計画により対応します。
- 2) 平常時の訓練：別途定める消防計画にのっとり、毎月1回、夜間又は昼間を想定した避難、防災訓練を実施しています。
- 3) 防災設備：火災報知器、防火扉、誘導灯、スプリンクラー、煙感知器、非常

通報装置の他、カーテン、絨毯等は防災加工したものを設置しています。
消防設備の点検は年2回、専門業者（中国電気保安協会）に委託しています。
毎年、三次消防署の立ち入り検査を受け、必要に応じて整備改善を行っています。

4) 消 防 計 画：消防計画等は三次消防署へ届出 ○防火管理者：西村貴博

18. 苦情の受付

1) センターにおける苦情や相談は次の場所で受け付けています。

苦情受付責任者 センター長 淀川良夫

苦情受付担当者 看護課長、療育課長、支援課長、栄養課長、事務職員

受付時間 毎日9時～16時

受付方法 お電話、お手紙、面談のいずれでもお受けします。

※苦情受付箱を待合ロビーに設置しています。

2) 第三者委員

・寺井千代子 住所 三次市栗屋町4932番地 電話 0824-63-6548

・山崎訓子 住所 三次市吉舎町上安田212番地 電話 0824-43-3654

3) 行政機関の受付

次の機関で苦情を受け付けています。

・各市町の担当課

・広島県社会福祉協議会（運営適正化委員会）電話 082-254-3411

・広島県福祉保健部障害福祉課 電話 082-513-3162

○問い合わせ先 子鹿医療療育センター 次長 橋本康士

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、子鹿医療療育センター入所利用について同意いたします。

平成 年 月 日

利用者氏名 _____

①契約代行者住所 _____

契約代行者氏名 _____ 印

(利用者との関係)

成年後見人

家族（利用者との続柄： _____）

②契約代行者住所 _____

契約代行者氏名 _____ 印

(利用者との関係)

成年後見人

家族（利用者との続柄： _____）