

# 医療法人誠仁会介護医療院 尾野病院重要事項説明書

当施設の介護サービスをご利用いただくに当たり、あらかじめ次のことをご説明いたします。

## 1. 事業者の概要

|            |                  |
|------------|------------------|
| 事業者の名称     | 医 療 法 人 誠 仁 会    |
| 主たる事業者の所在地 | 青森県つがる市木造若竹5番地   |
| 法人種別       | 医 療 法 人          |
| 代表者の氏名     | 理 事 長 一 戸 淳      |
| 電話番号       | 0173-42-2133（代表） |

## 2. ご利用施設

|          |                   |
|----------|-------------------|
| 施設の名称    | 医療法人誠仁会介護医療院 尾野病院 |
| 施設の所在地   | 青森県つがる市木造若竹5番地    |
| 県知事許可番号  | 02B0900013        |
| 管理者の氏名   | 院 長 一 戸 淳         |
| 電話番号     | 0173-42-2133（代表）  |
| ファクシミリ番号 | 0173-42-3834      |

## 3. 施設の目的と運営方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の目的 | 医療法人誠仁会が開設する医療法人誠仁会介護医療院尾野病院（以下「施設」）において行う介護医療院サービス（以下「サービス」という）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の従業者が、要介護者（以下「入所者」という）に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。                                                                                                                                                  |
| 運営方針  | 1. 施設は長期にわたる療養を必要とする入所者に対し、その者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、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護をその他の世話及び機能訓練その他の必要な医療を行うものとする。<br>2. 施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。<br>3. 施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村・居宅介護支援事業者・居宅サービス事業者・他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めるものとする。 |

## 4. 施設の設備の概要

|                     |                                                   |
|---------------------|---------------------------------------------------|
| 定 員                 | 222名                                              |
| 病 室                 | 1人部屋 6室                      2人部屋 12室<br>4人部屋 48室 |
| 浴 室                 | 特殊浴槽 一般浴槽                      機能訓練室 有り           |
| 食 堂（談話室、レクリエーション兼用） | 5か所                                               |

## 5. 職員体制

|         | 常勤（内兼務） | 非常勤（内兼務） |
|---------|---------|----------|
| 管理者     | 1       |          |
| 医師      | 4（2）    | 10（10）   |
| 看護職員    | 49（1）   | 1        |
| 介護職員    | 69（1）   |          |
| 薬剤師     | 4（4）    |          |
| 管理栄養士   | 3（1）    |          |
| 理学療法士   | 7（5）    |          |
| 作業療法士   | 5（4）    | 1        |
| 言語聴覚士   | 2（2）    |          |
| 支援相談員   | 4（4）    |          |
| 介護支援専門員 | 4       |          |

## 6. サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています）

サービス費（要介護状態区分により定められた費用）と個別サービス費（「各加算」、「特別診療費」等で定められた費用）の合計です。

入所者には、このサービス費の負担割合分（市町村発行の負担割合証に基づいた割合）と、居住費、食費等をお支払いいただきます（詳細は別紙料金表参照）。

### 提供されるサービスの内容

| サービスの種別 | 内 容                                                          |
|---------|--------------------------------------------------------------|
| 食 事     | 食事時間<br>朝食 7時30分 ～<br>昼食 12時00分 ～<br>夕食 18時00分 ～             |
| 医療・看護   | 入所者の病状にあわせた医療・看護を提供します。                                      |
| 介 護     | 着替え・排泄・食事等の介助、おむつ交換・体位交換・シーツ交換等の介護を行います。                     |
| 入浴・清拭   | 介助を要する利用者には特殊浴槽で対応します。<br>入浴日以外は毎日、入浴日でも入浴しない方はタオルで体をお拭きします。 |
| 機能訓練    | 主治医の指示に基づき、理学療法士及び作業療法士、言語聴覚士が行います。                          |
| 介護相談    | 利用者とその家族からのご相談に応じます。                                         |

## 7. 医療提供

当施設の医師等に対応できる日常的な医療・看護につきましてはサービス費等に含まれております。

手術等、急性期治療のための医療、歯科、精神病院での医療等につきましては、他の医療機関等にて医療保険により治療をお受け頂き、別途自己負担をしていただくことになります。

## 8. 現在服用中のお薬について

- ① 入所時、服薬中のお薬とお薬手帳、お薬の説明書（薬剤情報提供）をお持ち下さい。
- ② 安全にお薬を使用するため、入所者さんが使用するお薬を薬剤師が確認しています。
- ③ 継続服用が必要と判断したもの以外のお薬については病棟から連絡してご家族に返却いたします。返却を希望されない場合はお申し出下さい、こちらで安全に廃棄処分させていただきます。

## 9. 利用料金のお支払方法

利用料金は月1回、月末締めで計算され毎月13日（土・日・祝の場合はその後の平日、また諸事情により期日が遅れる場合もございます）に会計窓口へ準備されますので会計伝票を確認後、会計窓口でお支払い下さい。

## 10. 支払い遅延に対する措置

上記方法による支払がなく、連絡なしに2ヶ月以上入金がない場合、身元引受人、連帯保証人の責任においてお支払いいただき、退院していただくことがあります。

## 11. 事故発生時の対応

施設サービスの提供について事故が発生した場合、直ちに応急処置等の措置を講じ速やかに身元引受人等に連絡を行います。

## 12. 苦情・相談等申出窓口

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、当施設相談窓口までお気軽にご相談、お申し出下さい。

### 受付窓口（担当者）

氏 名 新岡 浩司

電話番号 0173-42-2133

### 受付時間（日・祝以外）

月曜日～金曜日 8時30分～16時45分まで

土曜日 8時30分～12時まで

当施設以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

## 13. 身体拘束等について

入所者もしくは他の入所者の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合を除いて、入所者の身体を拘束することはありません。緊急やむを得ず入所者の身体を拘束する場合は、入所者又は家族に説明を行います。ただし、寝たきり等の方で転落予防のためベッド柵等を使うことがあります。

#### 14. 非常災害時の対策

|          |                                                    |
|----------|----------------------------------------------------|
| 災害時の対応   | 別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。                           |
| 近隣との協力関係 | 木造地区消防事業組合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   | 別途定める「消防計画」にのっとり年間2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。         |
| 防 災 設 備  | スプリンクラー、自動火災報知器、屋内消火栓、防火扉、防災加工されたカーテン等 消防法に定められたもの |

#### 15. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

|                     |                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会               | 別紙参照                                                                                                                                                                                                                      |
| 外出・外泊               | 外出・外泊の際は必ず医師の許可をとり、行き先、日時等を届けて下さい。お盆・正月等に外出・外泊となった場合、確認のため衣類等を持ち帰って頂くことがあります。                                                                                                                                             |
| 病室・設備・器具の利用         | 施設内の療養室や設備、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。<br>テレビ・冷蔵庫付床頭台を利用する場合は、病院会計横、各階エレベーター横の専用テレビカードを購入し利用して下さい。不要となったテレビカードに残りがある場合は病院会計横の精算機をご利用下さい。                                                    |
| 喫 煙                 | 病院敷地内、全面禁煙となっております。                                                                                                                                                                                                       |
| 持ち込み制限              | <u>ナイフ・カッター等の刃物類</u> 、 <u>ライター等の火気類</u> は禁止します。又、施設内へのペットの持ち込み、飼育はお断りします。                                                                                                                                                 |
| 迷惑行為等               | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。またやみくもに他の居室等に立ち入らないようにして下さい。                                                                                                                                                                     |
| 財産の管理<br>(所持品及び現金等) | 私物には分かるように名前を付けて下さい。退所、又は入所中に不要になった私物は全てお持ち帰り下さい。<br>所持品等は最小限の必要な物とし、所持品等の破損・紛失、現金の紛失には当施設は責任を負いかねますのでご注意下さい。<br>電気製品等の持ち込み、使用はご遠慮下さい。                                                                                    |
| 宗教活動・政治活動           | 施設内で他の利用者に対する宗教活動、政治活動はご遠慮下さい。                                                                                                                                                                                            |
| 療養棟・療養室移動           | 病状等により、主治医・療養棟・療養室が替わる場合があります。                                                                                                                                                                                            |
| そ の 他               | 連絡先に変更があった場合は、届出下さい。<br>入所後に他の医療機関受診、薬だけをもらう場合、当院からの証明書を持っていく必要がありますので療養棟までお知らせ下さい。証明書を持たない場合受診が出来ない場合があります。<br>床屋を希望される場合は、受付で申込み予約して頂き、予約した順番でカットすることとなります。カット時に付き添いが必要な場合は家族へお願いすることがあります。<br>入所後、ケアプラン等の各書類への署名があります。 |

当施設は、重要事項説明書に基づいて、施設サービスの内容及び重要事項を説明しました。

入所日 令和 年 月 日

施設 <名 称> 医療法人誠仁会介護医療院 尾野病院 (02B0900013)  
<所 在 地> 青森県つがる市木造若竹5番地  
<管 理 者> 一 戸 淳  
<電 話 番 号> 0173-42-2133

私は、重要事項説明書に基づいて説明を受け、同意しました。

フリガナ  
入 所 者 <氏 名> ..... 男・女 印 .....  
..... 年 月 日生 .....

<住 所> .....

<電話番号> ..... ( ..... ) .....

フリガナ  
身元引受人 <氏 名> ..... 男・女 印 ..... 続柄 .....  
..... 年 月 日生 .....

<住 所> .....

<電話番号> ..... ( ..... ) .....

フリガナ  
連帯保証人 <氏 名> ..... 男・女 印 ..... 続柄 .....  
..... 年 月 日生 .....

<住 所> .....

<電話番号> ..... ( ..... ) .....

(極度額 200 万円)

(お願い) 身元引受人と連帯保証人は住所の異なる方で、本人の直筆でお願いします。やむを得ず代筆される場合は、連絡等をする必要がありますので必ず承諾を得てから記入してください。

## 個人情報利用同意書

私（及び私の家族等）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用目的

- （１）入所者等に提供する医療・介護サービス

#### 2 個人情報を提供する事業所等

- （１）入所者に居宅サービスを提供する事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
- （２）病院又は診療所（入所者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合）
- （３）市町村、福祉関連事業等の事業者

#### 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

#### 4 使用する条件

- （１）個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れる事のないよう細心の注意を払う。

入所日 令和 年 月 日

医療法人誠仁会介護医療院 尾野病院 殿

入 所 者 <氏 名> \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

<住 所> \_\_\_\_\_

身元引受人 <氏 名> \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

<住 所> \_\_\_\_\_