

重要事項説明書（介護医療院サービス）

介護医療院 苅部太陽の家（以下施設という）は利用者に対して介護医療院サービス（以下施設入所サービスという）を提供します。施設の概要や提供するサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人信誠会
主たる事業所の所在地	栃木県小山市南飯田317番地8
法人種別	医療法人
代表者の氏名	理事長 尾崎 史郎
電話番号	0285-41-1111

2. ご利用施設

施設の名称	介護医療院 苅部太陽の家
施設の所在地	栃木県小山市南飯田317番地5
都道府県知事許可番号	09B0800018
管理者の氏名	堀口 正彦
電話番号	0285-41-1311
ファクシミリ番号	0285-41-1333

3. 施設の概要

介護医療院「苅部太陽の家」

敷地		4,620 m ²
建物	構造	鉄骨構造
	延床面積	2,893.5 m ²
	利用定員	100名

(1) 居室

室の種類	室数	面積	1人あたり面積
個室	4	11.82 m ²	11.82 m ²
個室	1	11.89 m ²	11.89 m ²
個室	1	14.43 m ²	14.43 m ²
2人室	5	17.29 m ² ～24.06 m ²	8.65 m ² ～12.03 m ²
4人室	21	33.66 m ² ～35.60 m ²	8.42 m ² ～8.90 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	室数	面積	特色
機能訓練室	1室	104.55 m ²	
ロビー・談話室	1室	40.04 m ²	
1階食堂	1室	53.18 m ²	
2階食堂	2室	94.60 m ²	
1階浴室	1室	20.45 m ²	機械浴槽1台 (寝浴)
2階浴室	1室	26.16 m ²	個浴1個、 機械浴槽1台 (寝浴、チェアインバス)
相談室	1室	9.60 m ²	

(3) その他の設備

当施設は、利用者の安全確保を目的に、居室及び施設共用部に防犯カメラを設置しております。この運用については、別途定めた運用規定に則り行ないます。

(4) 事業所の職員体制等

職種	業務	人員	
施設長	施設の運営管理に関すること	1名	
介護支援専門員	ケアプランの作成管理に関すること	1名以上	
サービス提供者	医師	医学的管理に関すること	1.1名以上
	看護師	看護業務に関すること	17名以上
	介護福祉士・介護職員	介護業務に関すること	25名以上
	支援相談員	相談援助業務に関すること	1名以上
	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	リハビリテーションに関すること	2名以上
	管理栄養士・栄養士	栄養管理・指導に関すること	1名以上
	薬剤師	服薬管理に関すること	0.33名以上
	事務員	各種事務処理に関すること	2名以上

4. 施設の目的

施設が提供する介護医療院サービスは、施設サービス計画に基づいて、医学的管理・看護の下における介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のサービスを行うことにより、長期にわたり療養が必要な利用者が、その有する能力に応じ得る限り自立した日常生活を営むことができるように援助することを目的としています。

5. 施設の運営方針

- ① 利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って施設入所サービスの提供に努めます。
- ② 利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止に資するよう、利用者の心身の状況等を踏まえて作成する施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないように努めます。
- ③ 地域や家庭との結びつきを重視し、開かれた施設として、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、その他保健医療サービスまたは福祉サービス提供者との連携に努めます。
- ④ 施設は、自ら提供する施設入所サービスの質の評価を行い、常にその改善を図ることにより、サービスの質の向上に取り組みます。
- ⑤ 施設は、専門的知識の向上を図るため研修を行い、職員の質の向上と人材育成に努めます。

6. 施設入所サービスについて

- ① 施設入所サービスは、利用者が有する能力に応じ可能な限り自立を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医学的管理のもと、医療、日常的に必要なとされるリハビリテーション、看護、介護を行い、療養生活ができる施設として利用者様に寄り添った医療介護サービスを提供します。
- ② 施設サービス計画は、利用者に係わるあらゆる職種の職員の協議を経て介護支援専門員が作成します。その際、利用者およびご家族の要望を十分に考慮するとともに、計画の内容については説明し、同意を得たうえで交付します。

7. 入所定員

入所定員 100名

利用者本人または他の利用者の心身の状態により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご家族と協議のうえ決定するものとします。

※集団生活ですので、「和」を大切にし、他の利用者にご迷惑のかからないようお願いいたします。入所中、他の利用者にご迷惑のかかる場合、個室利用や退所をお願いすることがありますのでご承知ください。

8. サービスの概要

施設サービス計画の作成

施設では、利用者に対して以下のサービスを提供し、その利用料金をご負担いただきます。

施設が提供するサービスと利用料金は（利用者負担についての同意書）の通りです。

利用者および家族の意向を踏まえたうえで、施設入所サービスの目標およびその達成期間、サービス内容、サービスを提供するうえでの留意点を盛り込んだ施設サービス計画を作成

し、説明のうえ、同意を得て交付します。また、施設サービス計画の実施状況の把握（評価）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行います。

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者負担となります。

- ①居住費
- ②食費
- ③おやつ
- ④教養娯楽費
- ⑤日常生活費
- ⑥口腔ケア費
- ⑦理髪代
- ⑧電気代
- ⑨健康管理費（インフルエンザ予防接種代）
- ⑩簡易ベッド貸出し料
- ⑪業者洗濯代
- ⑫文書料

なお、①居住費、②食費については、所得等に応じて下記の通り利用者負担段階別に料金が異なります。

・第1段階

生活保護受給者または世帯全員が市町民税非課税世帯で老齢福祉年金受給者の方。

・第2段階

世帯全員が市町村民税非課税者で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方。

・第3段階 ①

世帯全員が市町村民税非課税者で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超120万円未満の方。

・第3段階 ②

世帯全員が市町村民税非課税者で課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円を超える方。

・第4段階以上 上記以外の方。

9. 医療の提供について

介護医療院の医師は、常に看護・介護職員等との連携を密にし、施設療養全体の管理を行っています。

- 診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、利用者の病状および心身の状況を観察し、利用者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して心理的效果をあげることができるよう適切な指導を行います。
- 病状ならびに施設内診療に関しては、利用者およびご家族に説明し、その同意を

得て実施します。

- 併存する可能性のある医学的問題の早期発見に努め、医師として必要性があると認められる疾病または負傷に対しては、その必要に応じて適切な医療処置（検査・投薬・治療食）や他科受診ができる体制を確保しています。
- こちらの施設にご入所した場合、効果は同じですが名前の違う薬を使用する場合があります。
- 当施設は医師の指示の元、病状管理をしている為、本人又は家族による要望の内容によっては出来かねることもあります。

10. 協力医療機関について

施設では、下記の医療機関にご協力いただいております。利用者の容態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

◆医療機関名 所在地

- ・新小山市民病院 小山市大字神鳥谷2251-1
- ・田村歯科医院 小山市若木町1-19-2

※容態の急変により協力医療機関へ入院となった場合、施設を退所となります。

11. 他科受診について

施設入所サービスでは、基本的に入院治療の必要のない病状安定期にある要介護者を利用対象としており、日常的な医学的対応は原則として施設内で実施します。

- 施設入所サービス利用中は、無断で他の医療機関を受診しないようにしてください。必要な医療を施設内で受けるのが困難なとき（胃瘻交換を含む）は、施設医師が必要と認めた場合に、施設医師の診療情報提供書（紹介状）をもって、協力医療機関等で医療を受けてください（他科受診）。
- 歯科治療は歯科協力医療機関の往診での受診となります。
- 基本的に受診先の医療機関から投薬を受けることはありません。施設にて投薬します。また、ご家庭で常時服用されている内服薬・外用薬のご使用は、施設医師の許可を得てください。
- 外出・外泊中にも他医療機関への受診はできませんが、容態が変化した場合は施設に連絡のうえ受診してください。受診の際は、必ず施設入所中であることを告げ、投薬は外出・外泊期間分のみ受け取ってください。
- 施設利用中、他の医療機関を受診される場合、原則としてご家族の付き添いとなります。なお、急変時は施設職員が付き添い搬送しますが、必ずご家族の方も付き添いをお願いします。
- 他の医療機関を受診した際、医療費の一部負担額が発生しますが、この額に関しては、すべて利用者負担となりますので、受診の際には医療機関へ直接お支払いください。

○施設退所後は、かかりつけ医にて診療を続けていただきます。

12. リハビリテーションについて

施設では、維持期のリハビリテーションを中心に行い、必要に応じて機能回復リハビリテーションを行います。また、利用者の状態・状況に応じて個別リハビリテーションや家族への介護方法指導、福祉用具の選定、住宅改修への助言等を行います。

○維持期リハビリとは、身体面および精神面における機能と能力の維持を目的として行います。寝たきりにならないこと、そして自立生活を支援することにより、「その人らしさ」を回復していくことを目的としています。

○維持期リハビリでは、自立生活のための技術再獲得も行います。何らかの障害や加齢に伴う能力の低下によって出来なくなった日常生活を、残された能力や新たな手段を用いて出来るようにし、自己参加の意欲を高めるきっかけを提供し、精神的にも身体的にも「自立した生活」を促していくことを目標としています。このようなリハビリテーション全体のコーディネーターとして、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などの専門職を配置しております。

13. 利用者の権利について

施設では、利用者の権利を保障し、これを実現することに努めます。利用者は、施設内のサービス提供に関して以下の権利を有します。これらの権利を行使することによって、利用者はいかなる人権侵害も受けることはありません。

- 利用者は、施設で利用できるサービスの種類・内容・その費用負担およびこれを利用するときの権利と、遵守しなければならない施設の義務について知る権利を有します。
- 利用者は、サービス提供方法の決定過程に参加し、自己選択・自己決定する権利を有します。
- 利用者は、サービス提供上においてプライバシーを尊重される権利を有します。
- 利用者は、虐待および拘束からの自由の権利を有します。
- 利用者の権利擁護に関する相談や問い合わせ等については、施設支援相談員までお気軽にご相談下さい。
- 利用者は、提供するサービスに対しての苦情要望等があれば、いつでも相談申出窓口担当者、その他関係市町に申し出る権利を有します。施設内外の相談申出窓口は以下のとおりです。

・医療法人 信誠会 苅部太陽の家（責任者：尾崎 史郎）

【電話】0285-41-1311

・小山市役所 高齢生きがい課

【電話】0285-22-9542

・栃木県国民健康保険団体連合会（介護保険苦情処理担当）

【電話】028-643-2220

14. 個人情報に対する基本方針（プライバシーポリシー）

A. 基本方針

施設は、取り扱う個人情報の重要性を認識し、その適正な保護のために、自主的なルールおよび体制を確立し、個人情報保護に関する法令その他の関係法令および厚生労働省のガイドラインを遵守し、利用者の個人情報の保護を図ることを宣言します。

B. 個人情報の適切な収集、利用、提供の実施

- (1) 個人情報の取得に際して、利用目的を特定して通知または公表し、利用目的に従って、適切に個人情報の収集、利用、提供を行います。
- (2) 個人情報の収集、利用、提供にあたっては、本人の同意を得るようにします。
- (3) 個人情報の紛失、漏洩、改ざんおよび不正なアクセス等のリスクに対して、必要な安全対策、予防措置などを講じて適切な管理を行います。

C. 安全性確保の実践

- (1) 施設は、個人情報保護の取り組みを全役職員等に周知徹底させるために、個人情報管理責任者を置き、個人情報保護に関する規程類を明確にし、必要な教育を行います。
- (2) 個人情報保護の取り組みが適切に実施されるよう、必要に応じ評価・見直しを行い、継続的な改善に努めます。

D. 個人情報保護に関するお問い合わせ窓口

施設が保有する個人情報についてのご質問やお問い合わせ、あるいは、開示、訂正、削除、利用停止等の依頼について、以下の窓口でお受けします。

介護医療院 苅部太陽の家 相談申出窓口担当者

15. 非常災害対策について

施設では、災害の発生防止に万全を期し、万一の不慮の災害に備えて、以下の非常災害対策に努めています。

防災訓練 年2回実施（夜間想定を含む）

防災設備 消防法の基準に適合した消防設備を整備

設備点検 年2回（業者委託）、定期的に自主点検実施

防火管理者 資格所有者を配置

16. 衛生管理及び感染症対策について

施設では、食中毒や感染症の発生防止に万全を期し、利用者の使用する施設、食器その他の設備や飲用水についての衛生管理に努め、医薬品や医療用具の管理を適切に行います。また、感染症又は、食中毒の予防および蔓延防止のために、指針を定め、感染症対策委員会等を定期的に関き、研修を行い、情報を共有し必要な措置を講じるための体制を整備します。

17. 褥瘡対策について

当施設は、良質なサービスを提供するための取り組みの一つとして、褥瘡が発生しないように褥瘡委員会を中心として適切な医療・介護に努めるとともに、マニュアルを作成し、その防止のための体制をさらに強化します。

18. 虐待防止について

当施設は入所者に対して、心理的、肉体的虐待が起こらないように努めると同時に、虐待を防止するための体制を整備します。

19. 施設利用の留意事項

施設のご利用にあたって、利用者の療養生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

1) 介護保険被保険者証等の確認

- 施設ご利用のお申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険被保険者証を確認させていただきます。また、入所時には介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・後期高齢者医療被保険者証・健康保険証等をコピーさせていただきます。健康保険証等の変更の際には、事務所にご提示ください。介護保険負担限度額認定証、健康手帳等をお持ちの場合もご提示ください。
- 要介護認定には有効期間があります。認定の有効期間を経過したときは保険給付を受けられませんので、その間は全額自己負担となります。介護保険被保険者証にて有効期間をご確認のうえ、認定の有効期間が満了する60日前から30日前の間に市町に要介護認定の更新申請をしてください。更新・変更申請後、新しい介護保険被保険者証が交付されましたらご提示ください。

2) 面会

- 原則として面会時間は10時から20時までです。面会の方は、事務・窓口前に備え付けの面会カードをご記入ください。
- 面会時、食べ物・飲み物の持ち込みはお控えください。
- 施設内での携帯電話のご使用はお控えください。

3) 外出・外泊

- 外出・外泊等をされる場合は、専用の届出用紙にて外出先・日時・食事の有無等を必ず事前にお知らせください。無断外泊等の場合、別途料金を徴収させていただく場合があります。

4) 家族の宿泊について

○医師の許可が下りた家族が居室に宿泊することが出来ます。その際に簡易ベッドを使用した場合は別途料金が掛かります。

また、居室の都合上、付き添いは2名までとなります。

5) 施設・設備の使用上の注意

○施設の備品・設備は大切にお取り扱いください。無断で釘を打ち付けたり、穴を開けたり、または故意・過失によって破損した場合は実費弁償していただくことがあります。

○所持金は、各自責任を持って保管願います。所持金のトラブルは施設では一切責任を負いません。

○施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

20. 常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「介護医療院 荏部太陽の家 消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「介護医療院 荏部太陽の家 消防計画」にのっとり年2回、避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	避難訓練 自動火災報知器 スプリンクラー設備 誘導灯 ガス漏れ報知器 防火シャッター 非常通報装置 漏電火災報知器 非常用電源 カーテン布団等は、防災性能がある物のみを使用しております。
消防計画等	小山市間々田消防署への届出 防火管理者 上野 翔平

21. 事故発生時の対応

万が一、事故が発生した場合は「介護医療院 荏部太陽の家 安全管理指針」にのっとり対応を行います。

(1) 救命措置の最優先

施設側の過失によるか否かを問わず、入所者に望ましくない事象が発生した場合には、可能な限り当施設の総力を結集して、入所者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くします。また、当施設のみで対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を提供します。

(2) 管理者への報告

- ① 事故の状況、入所者の現在の状態などを、上席者を通じて、あるいは直接管理者へ迅速かつ正確に報告します。
- ② 管理者は必要に応じて安全管理委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させることが出来ます。
- ③ 報告を行った職員は、その事実および報告の内容を診療録、看護記録、自らが入所者の医療に関して作成すべき記録、帳簿などに記録します。

(3) 入所者・家族・遺族への説明

- ① 事故発生後、救命措置の遂行に支障をきたさない限り、可及的速やかに事故の状況、現在実施している回復措置、その見通しについて、入所者本人、家族等に誠意をもって説明します。
- ② 入所者が事故によって死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。説明を行った職員は、その事実および説明の内容を診療録、看護記録など、自らが入所者の医療に関して作成すべき記録、帳簿などに記録します。

2.2. 当施設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 10時より午後 8時まで 来訪者は必ず面会カードを記入して、その都度、職員にお声をかけてください。
外出・外泊	外出・外泊の際は、主治医の許可証が必要となりますので、職員に申し出下さい。
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等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	敷地内及び全館禁煙です。 飲酒はお断りします。
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、やみくもに他の入所者の居室に立ち入らないようにして下さい。
所持品の管理	居室内のタンスに収納できる分量でご利用下さい。

現金等の管理	多額の現金、貴重品等は紛失、盗難防止の為、持込まないで下さい。 (少量の小銭の持ち込みは可能です。)
宗教活動・ 政治活動	施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮 下さい。
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。

介護医療院 苅部太陽の家 サービス内容

サービスの種別	内 容												
介護・看護・医療	利用者の状態に合わせた介護・看護・医療を提供します。介護医療院として適正な介護・看護・医療を行います。より高度な医療が必要になった場合や緊急時には、協力医療機関等での治療となります。												
食 事	管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。食事はできるだけ離床してお召し上がり下さい。 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>食事時間</td> <td>朝 食</td> <td>7時 30分</td> <td>より 8時</td> </tr> <tr> <td></td> <td>昼 食</td> <td>11時 40分</td> <td>より 12時 10分</td> </tr> <tr> <td></td> <td>夕 食</td> <td>17時 35分</td> <td>より 18時 5分</td> </tr> </table> 献立表は食堂に掲示いたします。食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。お茶または白湯の給湯は、食事時間となっております。	食事時間	朝 食	7時 30分	より 8時		昼 食	11時 40分	より 12時 10分		夕 食	17時 35分	より 18時 5分
食事時間	朝 食	7時 30分	より 8時										
	昼 食	11時 40分	より 12時 10分										
	夕 食	17時 35分	より 18時 5分										
排 泄	おむつ使用について利用者の状況に合わせて行います。												
入 浴	毎週2回の入浴日があります。 入浴日でも入浴しない方はタオルで体を拭きます。入浴日以外に清拭が必要な方にはその都度、清拭を行います。												
離 床	寝たきり防止の為、毎日の離床をお手伝いします。												
着 替 え	着替えをお手伝いします。												
リネン交換	週1回のシーツ交換をします。												
生活介護	寝たきり防止の為、出来る限り離床に配慮します。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われる様、配慮します。												
機能訓練	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員が協働し、利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止する様に努めます。												
生活相談	利用者及びそのご家族様からの相談について誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。												
生きがい活動	施設での生活を実りあるものとする為、レクリエーションの企画や趣味活動をサポート致します。 ①教養娯楽…レクリエーション ②季節行事…月1回程度												

所持品・身の回り品	身の回り品、衣類などについては居室に備え付けの床頭台またはタンスに収納できる分のみでお願いします。
金 品	入所中は多額の現金や貴重品は持ち込まない様お願いします。 (少額の小額の持込みは可能です。)
居 住	4人部屋・2人部屋・個室があります。 各ベッドに床頭台とタンスが備え付けられています。

確認書

私は、本書面に基づいて、当施設の職員（ 氏名 _____ ）から上記重要事項の説明を受け、本サービスの提供について同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

（利用者）

住所 _____

氏名 _____ ⑩

（署名代行者）

私は、下記の理由により、本人の意思を確認した上、上記署名を代行します。

※この欄は、本人に意思能力が認められることを前提に、筆記能力のみが欠けている場合に署名の代行を明らかにするものです。

住所 _____

氏名 _____ ⑩

（利用者の家族等）

住所 _____

氏名 _____ ⑩

利用者との関係 _____