

重要事項説明書 「鹿角中央病院 介護医療院」

令和6年4月1日現在

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人恵愛会
主たる事業所の所在地	秋田県鹿角市花輪字六月田97番地
法人種別	医療法人
代表者氏名	高橋 正芳
電話番号	0186-23-4131

2. ご利用施設

施設名称	医療法人恵愛会鹿角中央病院・介護医療院
施設の所在地	秋田県鹿角市花輪字六月田97番地
介護保険事業所番号	05B0900028
施設長の氏名	高橋 今日子
電話番号	0186-23-4131
FAX番号	0186-23-3330

3. 法人で実施する他事業

事業の種類	医療機関コード 介護保険事業者番号	利用定員
鹿角中央病院療養病棟	09・1044・1	44名
グループホーム仁愛	0570907840	18名
グループホーム誠愛	0590900197	18名+短期2名
居宅介護支援センター	0570904615	
デイサービスセンター	0570904631	75名
介護老人保健施設 けいあい	0550980056	29名

4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	医療法人恵愛会が開設する鹿角中央病院が行う介護医療院施設サービス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、管理者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他の必要な医療を行うことにより、その者がその能力に応じ自立した日常生活が営むことができるようにします。 2. 入所者の意志及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスの提供に努めます。 3. 地域や家族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保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

5. 施設の概要

介護医療院「鹿角中央病院」

敷地	4, 945. 04 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート造 3階建て一部鉄骨造 2階建て
	延床面積	4, 161. 11 m ²
	利用定員	52名

(1) 主な設備

設備の種類	数	面積
機能訓練室	1	42. 69 m ²
談話室兼食堂	2	65. 17 m ²
一般浴室	1	37. 13 m ²
機械浴室	特殊浴槽 2台	37. 38 m ²
面会室	談話コーナーにて	

6. 職員体制

従業者の職種	員数	区分				保有資格
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			
医師	2		1	1		医師免許
薬剤師	1	1				薬剤師
管理栄養士	1	1				管理栄養士
看護師	10	9	1			看護師、准看護師
介護職員	12	11		1		介護福祉士等
言語聴覚士	1		1			言語聴覚士
介護支援専門員	5		3		2	介護支援専門員

7. 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制
施設長（医師）	週休3日制
医師	週休3日制
薬剤師	4週6休制
管理栄養士	4週6休制
看護職員	4週6休制
介護職員	4週6休制
言語聴覚士	4週6休制
介護支援専門員	4週6休制

8. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提とします）

(1) 介護保険給付によるサービス

サービスの種類	内 容	自己負担額
食 事	<p>食事時間</p> <p>朝食 7時30分から</p> <p>昼食12時00分から</p> <p>夕食18時00分から</p> <p>食べられないものやアレルギーがある方は事前に要相談</p>	
看 護	<p>あなたの病状にあわせた医療・看護を提供します。</p> <p>医師による定期診察は、月曜から金曜の毎日行います。それ以外でも必要がある場合には適宜診察しますので、看護師にお申し付けください。ただし当施設では行えない手術等急性期治療については、転院していただくこともあります。歯科治療は、歯科外来での治療となります。</p> <p>機能訓練をあなたの状況に合わせて行います</p>	<p>施設サービスの1割をお支払いいただきます。</p> <p>*高額介護サービス費の制度を57,600円（市町村税世帯非課税者等は24,600円、老齢福祉年金受給者等は15,000円）を超えた部分は高額サービス費として払い戻し手続きがありますのでお尋ねください。</p>
機能訓練	機能訓練をあなたの状況に合わせて行います	
排 泄	自立排泄か、おむつ使用について利用者の状況に合わせて具体的に記載	
入浴・清拭	<p>入浴日 月～土</p> <p>入浴日でも入浴しない方はタオルで身体をお拭きします。</p>	
着替え	毎朝夕の着替えのお手伝いをします	
整 容	身の回りのお手伝いをします	
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います	

10. 身体的拘束について

事業者は、原則として入所者に対して身体的拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入所者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、入所者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

11. 虐待の防止について

事業者は、入所者等の人權の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	(職名)	(氏名)

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (5) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (6) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (7) サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

12. 苦情処理

施設は提供した施設サービスに関する苦情に迅速かつ適切に対応するために苦「青を受け付けるための窓口を設置する。

一、窓口担当者澤田めぐみ

電 話 0186-23-4131

FAX 0186-23-3330

二、鹿角市担当窓口

電 話 0186-30-0237

FAX 0186-30-1257

三、秋田県国保健康保険団体連合会：介護保険課

電 話 018-883-1550

FAX 018-883-1551

—苦情処理体制—

- ① 苦情があった場合、担当の看護師が入所（家族）様に直ちに連絡をとり事実を確認する。
 - ② 苦情が介護保険サービスに関するものである場合、必要に応じて担当者会議を招集し、その結果に基づいた対応を行う。
 - ③ 苦情が医療に関するものである場合、主治医、看護師に事実を確認する。
 - ④ いずれの場合も、苦情を受け付けた翌日までに対応の具体的な方針を定め、苦情解決が入所（家族）に説明する。
 - ⑤ 院長に報告する。
 - ⑥ 苦情があった場合、担当部署と連絡をとり、直ちに対応する。対応に時間がかかる場合は、早急に対応することを説明し、連絡できるよう対処する。
 - ⑦ 苦情内容及び対応は台帳に保管し、再発の防止に役立てる。
2. 施設は提供した施設サービスに関し、市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは、提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び入所からの苦情に関して市町村が行う調査に協力すると共に、市町村から指導及び助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うよう努める。
 3. 施設は提供した施設サービスに関する入所者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力すると共に、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。

1 3. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「鹿角中央病院・介護医療院消防計画」にのっとり対応を行います。
近隣との協力関係	近隣にお住まいの方にお願ひし、非常時の応援をお願いしております。
平常時の訓練	別途定める「鹿角中央病院・介護医療院消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施しております。
防災設備	スプリンクラー・避難階段・自動火災報知器 誘導灯・ガス漏れ報知器・防火扉、シャッター・屋内消火栓・非常通報装置・非常電源・カーテン等は、防火性のあるものを使用しております。

1 4. 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 午後1時～午後8時 来訪者は面会時間を厳守し、その都度職員に届けてください。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
居室の設備、器具の利用	施設内の病院や設備、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	敷地内禁煙となっておりますので喫煙はご遠慮ください。 飲酒において、施設内は禁止しております。
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ひます。また、

	やみくもに他の入所者の病室等に立ち入らないようにお願いします。
宗教活動・政治活動	施設内でのほか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ください。
動物の飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

15. 緊急時、事故発生時等における対応方法

1. 施設において、サービス提供を行っている際に入所者の病状の急変が生じた場合は、速やかに管理医師へ連絡し必要な措置を講じます。
2. 入所者の病状からみて、当施設において自ら必要な医療を提供することが困難な場合には、協力医療機関その他適当な医療機関への入院のため措置、又は他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じます。
3. 前2項のほか、当施設は入所者の後見人、入所者の家族、身元引受人等の関係者に連絡するとともに、それらが指定する者保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

入所者を医療機関へ受診させる場合には、当該医療機関の医師又は歯科医師に対し、入所者の診療状況に関する情報を提供します。

また、当該医療機関等から入所者の療養上必要な情報の提供を受け、その情報により適切な診療を行います。

当施設の協力医療機関及びに歯科医療機関は下記のとおりです。

【協力医療機関】 (医療機関名)	医療機関名 鹿角中央病院 所在地 秋田県鹿角市花輪字六月田97番地 電話番号 0186-23-4131 FAX番号 0186-23-3330 診療科 内科
【協力歯科医療機関】 (歯科医療機関名)	医療機関名 鹿角中央病院 歯科 所在地 秋田県鹿角市花輪字六月田97番地 電話番号 0186-23-4131 FAX番号 0186-23-3330

16. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 入所者及びその家族に関する秘密の保持について

- ① 事業者は、入所者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た入所者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保持させるた

め、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ① 事業者は、入所者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、入所者の個人情報を用いません。また、入所者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入所者の家族の個人情報を用いません。
- ② 事業者は、入所者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③ 事業者が管理する情報については、入所者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は入所者の負担となります。）

17. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、「鹿角中央病院介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成30年秋田県条例第25号）」の規定に基づき、入所者に説明を行いました。

事業者	所在地	秋田県鹿角市花輪字六月田97番地
	法人名	医療法人恵愛会
	代表者名	理事長 高橋 正芳
	事業所名	医療法人恵愛会 鹿角中央病院介護医療院
	説明者氏名	印

事業者から上記の内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

入所者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印