

介護老人保健施設「メディケア・くれ」(短期入所療養介護) 重要事項説明書

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設名	介護老人保健施設 メディケア・くれ
開設年月日	平成 15 年 8 月 1 日
所在地 (電話・FAX番号)	〒737-0051 呉市中央2丁目6-20 (電話番号 0823-25-8100 FAX番号 0823-25-8112)
設置者	医療法人 社団永楽会 理事長 前田 正博
管理者	稲水 惇
介護保険指定番号	3450580075

(2) 施設の運営方針

当施設は、介護保険法の趣旨に従い、利用者の方々、お一人お一人の身体状況に応じて日常生活を営むことが出来るよう、施設サービス計画に基づき医学的な管理のもとで看護・介護・機能回復(維持)訓練等を行いながら、療養生活の質の向上および家族の身体的・精神的負担の軽減を図り、居宅生活を支援します。

(3) 施設職員体制

職名 人数	管理者 医師	看護 職員	介護 職員	理学 療法士	介護支援 専門員	相談員	管理 栄養士	栄養士	薬剤師	事務員
常勤	1	8	10	1	2	2	1	1		1
非常勤		1	7						1	

※理学療法士・管理栄養士は通所リハビリテーションと兼務

(4) 入所定員 (短期入所療養介護含む)

施設入所定員 66名

(5) 療養室

個室	2人部屋	4人部屋
8室	17室	6室

2. サービス内容

(1) 施設サービス計画の立案

入所者お一人お一人のニーズに合った計画を立案します。

(2) 食事

朝食 8時00分～ 昼食 12時30分～ 夕食 17時30分～

食事はできるだけ離床して食堂で召し上がっていただきます。

アレルギーのある方は事前にご相談ください。

(3) 栄養管理

栄養状態に応じて摂食・嚥下機能、および食事形態に考慮した栄養管理を実施します。

(4) 入浴・清拭

入浴は週2回実施します。一般浴槽の他、特殊浴槽も設置しております。

利用者の心身の状況によっては清拭となる場合があります。

(5) 医学的管理・看護

医師による定期診察の他、必要のある場合には適宜診察いたします。ただし、当施設で行なえない医療については医療機関での治療となります。受診希望時はお申し出ください。

(6) 口腔ケア

毎食後の口腔ケアを行います。お口の健康状態に応じた口腔衛生管理を実施します。

(7) リハビリテーション

理学療法士によるリハビリテーションを入所者の状況に合わせて行います。

(8) 行政手続代行や各種ご相談

入所者とそのご家族からのご相談に応じ、必要な助言やその他の援助を行います。

在宅復帰後の在宅療養が円滑に行えるよう、医療や介護サービスに関わるご相談を承ります。

(9) その他

・排せつ介助 入所者の状況に合わせて行います

・離床 寝たきり防止のため、毎日離床をお手伝いし、レクリエーション等に参加して過ごしていただきます。

・シーツ交換 週1回行います。

3. 利用料金

- (1) 基本利用料金
(2) 加算項目
(3) 特別な室料
- } 別紙利用料金一覧表 参照

1 人部屋	6 室	2 人部屋	1 3 室
3,300 円/日(税込)		1,650 円/日(税込)	

- (4) 日常生活品費 (希望者のみ)

利用希望	すまいるセット	1 日
	歯ブラシ ・ 歯磨き粉 ・ 義歯ケース ・ 義歯洗浄剤 食食用エプロン ・ コップ ・ ティッシュ ・ ウェットティッシュ ボディソープ ・ シャンプーリンス ・ バスタオル ・ タオル 舌ブラシ ・ 口腔ケアスポンジ ・ ブラシ ・ クシ	242 円 (税込)

- (5) 教養娯楽費 (希望者のみ)

利用希望	活動・行事	単価 (1 回につき)	内 容
	学習ドリル・手作業 習字・ぬり絵	100 円	教材費、各作業材料費として
	誕生日会	1,300 円	特別食、おやつ、記念品代として

- (6) その他 (希望者のみ)

項目	単価(税込)
理容代(カットのみ)	1,500 円
美容代(カットのみ)	2,000 円
電気製品(テレビ、ラジオなど 1 点につき)	50 円/日
洗濯代行(注)	726 円/回

(注)洗濯代行について

ご家族が遠方の方や、長期間やむを得ない事情で洗濯物を取りに来られない方のために、委託業者(中元クリーニング)に依頼して代行で洗濯をしていただけます。

初回に専用の袋の購入が必要。ただし、1 回のみのご利用はできませんのでご了承ください。

4. お支払いについて

利用料金のお支払いについては、毎月 12 日としております。

2 階会計窓口にてお支払いをお願いします。(平日 9 時～18 時、木・土曜日 9 時～13 時)

クレジットカード等のお支払いには対応していません。現金のみでのお支払いとなります。

5. 高齢者のリスクについて

当施設では利用者が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況・病気に伴う様々な症状や、下記のような高齢者の特徴により危険性が伴うことを十分にご理解ください。

- (1) 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折、外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- (2) 介護老人保健施設はリハビリ施設であります。安全確保の対策をおこなっていても、転倒・転落による事故の可能性がります。
- (3) 原則として拘束は行ないませんが、緊急やむを得ない場合においては、利用者またはご家族の同意を得たうえで拘束を実施させていただくことがあります。
- (4) 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
また、認知症等により訴えが乏しい場合など、発見が遅れる可能性があります。
- (5) 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- (6) 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- (7) 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下し、誤嚥・窒息の危険性が高い状態にあります。
- (8) 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患等で急変され不幸な転帰をとられる場合もあります。
- (9) 病院が併設しておりますが、当施設は介護施設であり職員体制や設備など医療機関とは異なります。
- (10) 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

6. 高齢者の虐待防止について

入所者の人権の擁護・虐待の発生又は防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、次の措置を講じています。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用を含む）を定期的開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を行います。
- (2) 虐待防止の指針を整備し、必要に応じ見直しを行います。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (5) その他虐待防止のために必要な措置を講ずるものとします。

なお、サービス提供中に、当該施設職員又は養護者（入所者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合には、速やかに市町村に通報いたします。

7. ハラスメントの防止について

- (1) 職場におけるハラスメント（セクシャルハラスメントやパワーハラスメントなど）の内容、およびそれらを行ってはならない旨の方針を明確化し、職員に周知・啓発を行います。
- (2) 相談(苦情を含む)に対応する担当者をあらかじめ定め、相談への対応のための窓口を設置し、職員・利用者等に周知を行います。
- (3) 利用者またはそのご家族からのカスタマーハラスメントにあたっては、相談に応じ、適切に対応するために必要な体制を整備し、被害者への配慮、および被害防止のための取り組みを実施します。

8. 非常災害対策

消防計画に基づき避難訓練等実施しています。

9. 事故発生時の対応

サービス提供等に事故が発生した場合、当施設は入所者に対し必要な措置を行います。

また、施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関または他の専門的機関での診察を依頼します。

10. 損害賠償保険

介護老人保健施設総合保障制度(東京海上日動火災保険株式会社)に加入。

11. 協力医療機関

医療法人 社団永楽会 前田病院 (呉市中央2丁目6-20)

12. 個人情報の取り扱いについて

利用者・ご家族の情報は、守秘義務や個人情報保護法などにより保護されています。

その上で当施設では、利用者の問題解決のために利用者本人だけでなく、ご家族も含めて様々な個人情報を聴取し、一緒に考えケアプランを作成して生活向上に役立てています。

下記の場合、利用者・ご家族の同意を得たうえで個人情報を用います。

- (1) 施設を移られる時、他施設への情報提供
- (2) 入院または受診時、他医療機関への情報提供
- (3) 在宅復帰される時、居宅介護支援事業所への情報提供
- (4) カンファレンス・研究発表時に使用する時、市町村等への情報提供

なお、施設内における行事・各種レクリエーションのスナップ写真など、掲示板や広報誌に使用する場合がありますのでご了承ください。

13. 苦情の受付について

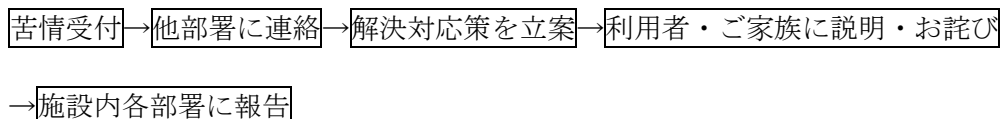
当施設における苦情やご相談は平日9：00～17：00まで受け付けております。

受付窓口担当 施設長 稲水 惇

介護支援専門員 畠垣 みゆき（電話番号 0823-25-8100）

苦情を受けたら速やかにその事実を確認し、調整、原因究明や解決策を講じます。

◎苦情処理体制及び手順



◎行政機関その他苦情受付機関

呉市介護保険課	所在地 呉市中央4丁目1-6 市役所1階 電話番号 0823-25-3136
広島県国民健康保険 団体連合会	所在地 広島市中区東白島町19-49 国保会館 電話番号 082-554-0783
広島県社会福祉協議会	所在地 広島市南区比治山本町12-2 電話番号 082-254-3411

14. 施設利用にあたっての連絡事項

(1) 面会時間

面会時間は10時から19時までとしています。来所の際には、7階事務所へお立ち寄りいただき、面会名簿の記入にご協力ください。

(2) 外出・外泊

外出・外泊は、家庭復帰やストレス解消のためにも積極的に行っていただくようお願いいたします。その際、届け出が必要となりますので、7階事務所までお気軽にお申し出ください。（届け出は月～金曜日をお願いいたします。）

(3) 衣類

季節の変わり目には、衣類の入れ替えと名前の記入をお願いします。

名前が記入されていない衣類の紛失については責任を負いかねますのでご了承ください。

(4) 所持品

現金および貴重品の持ち込みはご遠慮ください。紛失、破損等の保証はいたしかねます。

(5) 洗濯物

入浴の際には洗濯物が多く出ますので、なるべく入浴の当日または翌日にはお持ち帰りくださいますようお願いいたします。

(6) その他

1. 飲食物の持ち込みは、誤嚥・窒息等の事故予防、または食中毒予防のためご遠慮ください。
2. 施設内での携帯電話のご使用はご遠慮ください。
3. 宗教活動・営利行為・特定の政治活動などは行わないでください。
4. 故意に施設もしくは物品を破損された場合、修理代金として実費請求させていただく場合があります。
5. 施設内の秩序、風紀を乱す行為や安全衛生を害する悪質な行為があった場合、退所を含めた処置を講じることもあります。

《重要事項説明同意書》

令和 年 月 日

当施設サービス提供にあたり、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

介護老人保健施設 メディケア・くれ 説明者 _____

私は、本書面により施設サービスについての重要事項の説明を受け、その内容について
同意いたします。

利用者 住 所

氏 名

印

代理人 住 所

氏 名

印

身元保証人(正) 住 所

氏 名

印

介護老人保健施設「メディケア・くれ」（介護予防短期入所療養介護）重要事項説明書

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設名	介護老人保健施設 メディケア・くれ
開設年月日	平成 15 年 8 月 1 日
所在地 (電話・FAX番号)	〒737-0051 呉市中央2丁目6-20 (電話番号 0823-25-8100 FAX番号 0823-25-8112)
設置者	医療法人 社団永楽会 理事長 前田 正博
管理者	稲水 惇
介護保険指定番号	3450580075

(2) 施設の運営方針

当施設は、介護保険法の趣旨に従い、利用者の方々、お一人お一人の身体状況に応じて日常生活を営むことが出来るよう、施設サービス計画に基づき医学的な管理のもとで看護・介護・機能回復（維持）訓練等を行いながら、生活機能の維持向上を図り居宅生活を支援します。

(3) 施設職員体制

職名 人数	管理者 医師	看護 職員	介護 職員	理学 療法士	介護支援 専門員	相談員	管理 栄養士	栄養士	薬剤師	事務員
常勤	1	8	10	1	2	2	1	1		1
非常勤		1	7						1	

※理学療法士・管理栄養士は通所リハビリテーションと兼務

(4) 入所定員（短期入所療養介護含む）

施設入所定員 66名

(5) 療養室

個室	2人部屋	4人部屋
8室	17室	6室

2. サービス内容

(1) 施設サービス計画の立案

入所者お一人お一人のニーズに合った計画を立案します。

(2) 食事

朝食 8時00分～ 昼食 12時30分～ 夕食 17時30分～

食事はできるだけ離床して食堂で召し上がっていただきます。

アレルギーのある方は事前にご相談ください。

(3) 栄養管理

栄養状態に応じて摂食・嚥下機能、および食事形態に考慮した栄養管理を実施します。

(4) 入浴・清拭

入浴は週2回実施します。一般浴槽の他、特殊浴槽も設置しております。

利用者の心身の状況によっては清拭となる場合があります。

(5) 医学的管理・看護

医師による定期診察の他、必要のある場合には適宜診察いたします。ただし、当施設で行なえない医療については医療機関での治療となります。受診希望時はお申し出ください。

(6) 口腔ケア

毎食後の口腔ケアを行います。お口の健康状態に応じた口腔衛生管理を実施します。

(7) リハビリテーション

理学療法士によるリハビリテーションを入所者の状況に合わせて行います。

(8) 行政手続代行や各種ご相談

入所者とそのご家族からのご相談に応じ、必要な助言やその他の援助を行います。

在宅復帰後の在宅療養が円滑に行えるよう、医療や介護サービスに関わるご相談を承ります。

(9) その他

・排せつ介助 入所者の状況に合わせて行います

・離床 寝たきり防止のため、毎日離床をお手伝いし、レクリエーション等に参加して過ごしていただきます。

・シーツ交換 週1回行います。

3. 利用料金

- (1) 基本利用料金 }
(2) 加算項目 } 別紙利用料金一覧表 参照
(3) 特別な室料

1人部屋	6室	2人部屋	13室
3,300円/日(税込)		1,650円/日(税込)	

- (4) 日常生活品費 (希望者のみ)

利用希望	すまいるセット	1日
	歯ブラシ ・ 歯磨き粉 ・ 義歯ケース ・ 義歯洗浄剤 食食用エプロン ・ コップ ・ ティッシュ ・ ウェットティッシュ ボディソープ ・ シャンプーリンス ・ バスタオル ・ タオル 舌ブラシ ・ 口腔ケアスポンジ ・ ブラシ ・ クシ	242円 (税込)

- (5) 教養娯楽費 (希望者のみ)

利用希望	活動・行事	単価 (1回につき)	内容
	学習ドリル・手作業 習字・ぬり絵	100円	教材費、各作業材料費として
	誕生日会	1,300円	特別食、おやつ、記念品代として

- (6) その他 (希望者のみ)

項目	単価(税込)
理容代(カットのみ)	1,500円
美容代(カットのみ)	2,000円
電気製品(テレビ、ラジオなど1点につき)	50円/日
洗濯代行(注)	660円/回

(注)洗濯代行について

ご家族が遠方の方や、長期間やむを得ない事情で洗濯物を取りに来られない方のために、委託業者(中元クリーニング)に依頼して代行で洗濯をしていただけます。

初回に専用の袋の購入が必要。ただし、1回のみのご利用はできませんのでご了承ください。

4. お支払いについて

利用料金のお支払いについては、毎月12日としております。

2階会計窓口にてお支払いをお願いします。(平日9時～18時、木・土曜日9時～13時)

クレジットカード等のお支払いには対応していません。現金のみでのお支払いとなります。

5. 高齢者のリスクについて

当施設では利用者が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況・病気に伴う様々な症状や、下記のような高齢者の特徴により危険性が伴うことを十分にご理解ください。

- (1) 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折、外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- (2) 介護老人保健施設はリハビリ施設であります。安全確保の対策をおこなっていても、転倒・転落による事故の可能性がります。
- (3) 原則として拘束は行ないませんが、緊急やむを得ない場合においては、利用者またはご家族の同意を得たうえで拘束を実施させていただくことがあります。
- (4) 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
また、認知症等により訴えが乏しい場合など、発見が遅れる可能性があります。
- (5) 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- (6) 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- (7) 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下し、誤嚥・窒息の危険性が高い状態にあります。
- (8) 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患等で急変され不幸な転帰をとられる場合もあります。
- (9) 病院が併設しておりますが、当施設は介護施設であり職員体制や設備など医療機関とは異なります。
- (10) 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

6. 高齢者の虐待防止について

入所者の人権の擁護・虐待の発生又は防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、次の措置を講じています。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用を含む）を定期的開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を行います。
- (2) 虐待防止の指針を整備し、必要に応じ見直しを行います。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (5) その他虐待防止のために必要な措置を講ずるものとします。

なお、サービス提供中に、当該施設職員又は養護者（入所者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合には、速やかに市町村に通報いたします。

7. ハラスメントの防止について

- (1) 職場におけるハラスメント（セクシャルハラスメントやパワーハラスメントなど）の内容、およびそれらを行ってはならない旨の方針を明確化し、職員に周知・啓発を行います。
- (2) 相談(苦情を含む)に対応する担当者をあらかじめ定め、相談への対応のための窓口を設置し、職員・利用者等に周知を行います。
- (3) 利用者またはそのご家族からのカスタマーハラスメントにあたっては、相談に応じ、適切に対応するために必要な体制を整備し、被害者への配慮、および被害防止のための取り組みを実施します。

8. 非常災害対策

消防計画に基づき避難訓練等実施しています。

9. 事故発生時の対応

サービス提供等に事故が発生した場合、当施設は入所者に対し必要な措置を行います。

また、施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関または他の専門的機関での診察を依頼します。

10. 損害賠償保険

介護老人保健施設総合保障制度(東京海上日動火災保険株式会社)に加入。

11. 協力医療機関

医療法人 社団永楽会 前田病院 (呉市中央2丁目6-20)

12. 個人情報の取り扱いについて

利用者・ご家族の情報は、守秘義務や個人情報保護法などにより保護されています。

その上で当施設では、利用者の問題解決のために利用者本人だけでなく、ご家族も含めて様々な個人情報を聴取し、一緒に考えケアプランを作成して生活向上に役立てています。

下記の場合、利用者・ご家族の同意を得たうえで個人情報を用います。

- (1) 施設を移られる時、他施設への情報提供
- (2) 入院または受診時、他医療機関への情報提供
- (3) 在宅復帰される時、居宅介護支援事業所への情報提供
- (4) カンファレンス・研究発表時に使用する時、市町村等への情報提供

なお、施設内における行事・各種レクリエーションのスナップ写真など、掲示板や広報誌に使用する場合がありますのでご了承ください。

13. 苦情の受付について

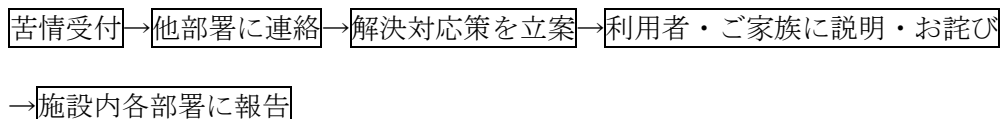
当施設における苦情やご相談は平日9：00～17：00まで受け付けております。

受付窓口担当 施設長 稲水 惇

介護支援専門員 畠垣 みゆき（電話番号 0823-25-8100）

苦情を受けたら速やかにその事実を確認し、調整、原因究明や解決策を講じます。

◎苦情処理体制及び手順



◎行政機関その他苦情受付機関

呉市介護保険課	所在地 呉市中央4丁目1-6 市役所1階 電話番号 0823-25-3136
広島県国民健康保険 団体連合会	所在地 広島市中区東白島町19-49 国保会館 電話番号 082-554-0783
広島県社会福祉協議会	所在地 広島市南区比治山本町12-2 電話番号 082-254-3411

14. 施設利用にあたっての連絡事項

(1) 面会時間

面会時間は10時から19時までとしています。来所の際には、7階事務所へお立ち寄りいただき、面会名簿の記入にご協力ください。

(2) 外出・外泊

外出・外泊は、家庭復帰やストレス解消のためにも積極的に行っていただくようお願いいたします。その際、届け出が必要となりますので、7階事務所までお気軽にお申し出ください。（届け出は月～金曜日をお願いいたします。）

(3) 衣類

季節の変わり目には、衣類の入れ替えと名前の記入をお願いします。

名前が記入されていない衣類の紛失については責任を負いかねますのでご了承ください。

(4) 所持品

現金および貴重品の持ち込みはご遠慮ください。紛失、破損等の保証はいたしかねます。

(5) 洗濯物

入浴の際には洗濯物が多く出ますので、なるべく入浴の当日または翌日にはお持ち帰りくださいますようお願いいたします。

(6) その他

1. 飲食物の持ち込みは、誤嚥・窒息等の事故予防、または食中毒予防のためご遠慮ください。
2. 施設内での携帯電話のご使用はご遠慮ください。
3. 宗教活動・営利行為・特定の政治活動などは行わないでください。
4. 故意に施設もしくは物品を破損された場合、修理代金として実費請求させていただく場合があります。
5. 施設内の秩序、風紀を乱す行為や安全衛生を害する悪質な行為があった場合、退所を含めた処置を講じることもあります。

《重要事項説明同意書》

令和 年 月 日

当施設サービス提供にあたり、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

介護老人保健施設 メディケア・くれ 説明者 _____

私は、本書面により施設サービスについての重要事項の説明を受け、その内容について
同意いたします。

利用者 住 所

氏 名

印

代理人 住 所

氏 名

印

身元保証人(正) 住 所

氏 名

印
