

介護老人保健施設
メデケアタマイ
重要事項説明書
【 施設入所サービス利用説明書 】

あなた〈又はあなたのご家族〉がこれから利用される介護老人保健施設メデケアタマイの施設入所サービスについて、ご利用を開始される前に知っておいていただきたい重要な内容をご説明します。

十分ご理解いただきご契約ください。

わからないことや、わかりにくいことがあれば遠慮なくご質問ください。

この重要事項説明書は、大阪府介護老人保健施設の人員、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24年大阪府条例118号）に基づき、施設入所サービスの提供開始に際し、事業者が予め説明しなければならない内容をまとめたものです。

- ◇ メデケアタマイのご案内
- ◇ 施設入所サービスの内容について
- ◇ 個人情報の利用目的（別紙）
- ◇ サービスに関する苦情等の相談窓口一覧表（別紙）
- ◇ 施設入所利用料金一覧表（別紙）

1. 施設入所サービスを提供する事業者

事業者名称	社会福祉法人 大泉会		
代表者氏名	理事長 玉井 敬人		
本社所在地	阪南市下出371-1	電話072(473)0001	FAX072(473)3565

2. サービス提供を担当する施設

事業所名称	介護老人保健施設 メデケアタマイ		
管理者氏名	施設長 山田 泰三		
苦情相談受付担当者	支援相談員		
事業所所在地	阪南市箱作2047-3		
連絡先	電話 072(476)1111	FAX 072(476)3587	

(入所)

介護老人保健施設

メデケアタマイのご案内

(令和6年8月1日 現在)

1. 施設の名称等

名称	介護老人保健施設 メデケアタマイ
開設年月日	平成1年11月1日
所在地	阪南市箱作2047-3
電話番号	072-476-1111
FAX	072-476-3587
管理者名	施設長 山田 泰三
入所定員	100人(短期入所療養介護を含む)
介護保険指定番号	大阪府指定第2759580018号

2. 運営の方針

- ① 当施設は、要介護状態の入所者に対し、指定施設サービス計画に基づいて看護、医学的管理の下での介護、及び機能訓練、その他必要な医療、並びに利用中の生活上のお世話等のサービスを提供することにより、療養生活の質の向上、利用者の心身機能の改善と維持向上を図り、入所者の1日も早い居宅における生活への復帰を実現できるよう誠心誠意サービスに努め、入所者の自立を支援します。
- ② 利用者の意思、及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者自らが意欲的な活動ができるよう配慮するとともに、常に利用者の家族との連携に努めるものとします。
- ③ 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保健施設その他の保健医療福祉サービス又は福祉サービス提供者との綿密な連携を図りながらバランスのとれた運営に努めます。
- ④ 明るく家庭的な雰囲気重視し、「ご利用者には満足を、ご家族には安心を」お届けすることを使命と考え、サービスの提供に努めます。
- ⑤ サービスの提供にあたっては親切丁寧を旨とし、利用者、及びその家族との連携を強め、療養上の必要な事項について理解しやすいように指導、又は説明を行うとともに、利用者の同意を得て、実施するように努めます。
- ⑥ 前5項のほか、「大阪府介護老人保健施設の人員、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24年大阪府条例第118号）」に定める内容を遵守し、サービスを実施するものとします。

3. 療養室、設備等

療養室	個室 2室／2人室 5室／4人室 22室 計29室（定員100人）
サービスステーション	各階3か所
食堂	各階3か所
診察室	1室
家族相談室	1室
機能訓練室	1か所
特別浴槽	2か所

※ 療養室は、利用者の心身の状態、部屋の空き状況などを勘案して決定します。

4. 従業者の配置状況

当事業所の従業者は、法令に定める人員配置基準に則り次のとおり配置し、勤務の体制を確保しています。

	配置基準	常勤	非常勤	夜間	業務内容	勤務体制
医師	1	1	2		医療	通常勤務 8時30分～17時10分
看護職	10	10	2	1	医療・看護・介護	早出勤務 7時20分～16時00分 通常勤務 8時30分～17時10分 遅出勤務 10時00分～18時40分 遅出勤務 10時30分～19時10分
介護職	24	21	7	3	介護・日常生活のお世話	夜間勤務 16時30分～9時00分（翌）
支援相談員	1	3			各種相談・援助	通常勤務 8時30分～17時10分
理学療法士等	1	5	2		機能訓練	通常勤務 8時30分～17時10分
管理栄養士	1	1	1		栄養管理・指導	通常勤務 8時30分～17時10分
調理員	5	4	4		食事の提供・調理	早出勤務・遅出勤務・通常勤務に併用
介護支援専門員	1	2			ケアプラン作成	通常勤務 8時30分～17時10分
事務職員	2	4			利用料請求事務他	通常勤務 8時30分～17時10分
その他						

◇介護保険施設サービスの内容について◇

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みにあたりご利用者の介護保険証等を拝見し、要介護認定の内容、有効期限、介護保険負担限度額認定の内容等を確認させていただきます。

2. 施設サービスの概要

当施設が実施する施設サービス事業は、要介護状態と認定された高齢者の方々に当施設に入所していただき、入所者のために作成された施設サービス計画に基づいて、看護、及び医学的管理の下における介護、及び機能訓練、その他必要な医療、並びに日常生活上のお世話を行い、要介護状態の軽減、悪化の防止に努めるとともに、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて入所者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、1日も早い家庭生活への復帰を目指し提供されます。

入所されますと、入所者に関わるあらゆる職種の従業者の協議によって、施設サービス計画が策定されますが、その際、利用者、扶養義務者、ご家族の希望を取り入れ、その計画の内容については十分ご説明し、ご同意をいただくことにいたします。又、家庭生活へ復帰の際には、退所前連携や、退所時指導等の支援も十分行いますのでご安心ください。

3. 提供するサービスの内容

◇施設サービス計画の策定

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば元気に家庭に復帰していただける状態になるか、という目標に対して、医師、理学療法士、看護、介護職、管理栄養士等の従業者が協議して策定し、入所者、及びご家族等にご同意をいただいた施設サービス計画、リハビリテーション計画、栄養管理計画等に基づいて提供されます。

◇医療：

介護老人保健施設は入院治療の比較的必要のない程度の要介護者を対象としていますが、当施設には常勤の医師が入所者の状態に照らして適切な医療を行います。

◇看護、医学的管理の下で行う介護、入所生活上のお世話：

入所者の心身の状態に応じた適切な看護、介護を行います。
食事介助、排泄の自立への支援、おむつの交換、離床、着替え、入浴介助等について施設サービス計画に基づいてキメ細かく実施します。
特に、排泄の自立促進のため入所者の身体能力を最大限に活かし、トイレ誘導により可能な限り脱おむつを目指します。

◇機能訓練：定期的、短期集中リハビリテーション、レクリエーション、クラブ活動等

利用者の心身の状況に応じ機能回復、減退の防止のために行います。
原則としてリハビリテーション計画に基づき機能訓練室（リハビリテーションルーム）において行いますが、施設内での全ての活動（レクリエーション、クラブ活動、食堂での摂食、談話室での団欒等）がリハビリテーション効果を期待したのですが、ボランティアによる生け花、手芸、コーラスなどのクラブ活動も効果的です。

◇栄養管理：医師、管理栄養士、看護師等による栄養管理体制（栄養マネジメント）

入所者の心身の状態の維持、改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。
入所者の状態に適した食事の提供と栄養状態のケアを行います。

◇生活サービス： 当施設入所中、明るく楽しく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう常に利用者の立場にたって運営していきます。

②各種加算料金【上記基本料金に加算されます。すべて1日分/1回分の表示です。】

初期加算(Ⅱ)	31円	入所日から30日以内の加算です。
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	19円	介護職員のうち介護福祉士が60%以上配置されていること。
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	53円	「自宅等」への退所者の割合が30%を超える等の算定要件を満たしている場合。
夜勤職員配置加算	25円	厚生労働大臣が定める夜間における職員配置をしている場合。
短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	265円	入所の日から3月以内の期間で集中的なりハビリテーションを行った場合に加算。
短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)	206円	入所の日から3月以内の期間で集中的なりハビリテーションを行った場合に加算。
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	247円	集中的な認知症改善リハビリテーションを行った場合。(1週に3日を限度)
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)	124円	集中的な認知症改善リハビリテーションを行った場合。(1週に3日を限度)
リハビリテーションマネジメント計画情報加算(Ⅰ)	55円	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理する。
リハビリテーションマネジメント計画情報加算(Ⅱ)	34円	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理する。
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90円	入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うこと。
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110円	入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うこと。
栄養マネジメント強化加算	12円	入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合。
療養食加算	7円	症状により特別な食事を提供させていただいた場合に加算されます。
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3円	入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施する等。
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	14円	評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者に発生がないこと。
外泊時費用	372円	外泊された場合、外泊初日と最終日以外は施設サービス利用料が変わります。(6日が限度です。)
在宅サービスを利用した時の費用	822円	外泊時に介護老人保健施設により提供される在宅サービスを利用した場合。
入所前後訪問指導加算Ⅰ	463円	退所後生活をする居宅において施設サービスの計画及び診療方針を決定した場合。
試行的退所時指導加算	411円	試行的な退所時に退所後の療養上の指導を行った場合。
退所時情報提供加算	514円	退所した居宅において療養を継続する場合、主治医に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合。
入退所前連携加算(Ⅰ)	617円	居宅介護支援事業者と連携し、退所後の居宅サービス等の利用方針を定める等。
入退所前連携加算(Ⅱ)	411円	居宅サービス等に必要な情報を提供し、かつ、居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の調整を行う。
排せつ支援加算(Ⅰ)	11円	排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続している等。
排せつ支援加算(Ⅱ)	16円	排尿・排便の一方が改善するとともに、悪化がない。又はおむつありからなしに改善していること。
排せつ支援加算(Ⅲ)	21円	排尿・排便の一方が改善するとともに、悪化がない。かつはおむつありからなしに改善していること。
自立支援促進加算	309円	継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合。
安全対策体制加算	21円	組織的に安全対策を実施。
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	41円	利用者ごとの心身の状況等を活用した支援。
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	62円	上記に加え、厚生労働省に情報を提出している。
訪問看護指示加算	309円	入所者が選定する訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合に加算。
緊急時治療管理	532円	入所者の病状が重篤となり、救命救急医療が必要となり緊急的な治療管理を行った場合に加算。
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	246円	肺炎や尿路感染症又は带状疱疹について、投薬、検査、注射、処置等を行った場合。
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	493円	所定疾患施設療養費(Ⅰ)と同内容で、医師が感染症対策に関する研修を受講していること。
ターミナルケア加算(死亡日)	1952円	死亡日を含めて、45日を上限として、老人保健施設において行ったターミナルケアを評価したもの。
ターミナルケア加算(死亡日以前2日~3日)	935円	
ターミナルケア加算(死亡日以前4日~30日)	165円	
ターミナルケア加算(死亡日以前31日~45日)	74円	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	206円	認知症で、在宅での対応が困難であるとの医師の判断のもと、緊急に入所することとなった場合で、入所日から起算して7日を限度として加算。
地域連携診療計画情報提供加算	309円	地域連携診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書により提供した場合。
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	基本サービス費と各種加算減算の合計の7.1%	介護職員の処遇改善

(2) その他の費用

①食費 (1日)	1, 660円 (非課税)
内訳 (朝食301円・昼食601円・おやつ157円・夕食601円)	
但し、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が1日にお支払いいただく食費の限度額となります。	
②居住費 (非課税)	多床室 (2・4人部屋) 437円 / 個室1,784円・1,680円 (402号室)
但し、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。	
※ 上記①「食費」②「居住費」は、第1段階から第3段階まで入所者の負担限度額が定められています。認定については市役所にご相談の上、申請が必要です。	
(注) 外泊でご不在の場合も引き続きお部屋を確保していますので居住費は必要です。	
③生活日用品費 (1日)	80円 (非課税) 歯磨粉・モンダミン・ポリデント・石鹸・シャンプー・クリーム・化粧水・おしぼり
④教養娯楽費	実費 クラブ活動や行事等の参加者に実費を頂戴します。
⑤ホーム喫茶利用料	実費 ホーム喫茶参加者に実費を頂戴します。
⑥テレビ使用料	100円/日 (税込)
⑦理美容代 (1回)	1980円 (ベットサイドカット2750円) (税込) 別途【シェービング660円、シャンプー660円(希望時)】
⑧クリーニング代	1袋839円 (税込) 業者委託のため取次ぎします。
⑨その他利用者個人の希望による購入物品代金	実費 (リハビリシューズ、衣類等)
⑩健康管理料	実費 インフルエンザ予防接種費用で本人負担が必要な場合
⑪診断書料	3,300円 (税込)
⑫死後処置料 (希望時)	エンゼルキット代3850円 (税込), 着物代 (希望時) 3000円 (税込)

なお、利用料等のうち、関係法令により定められたもの (施設サービス費や各種加算料) が契約期間中に変更になった場合、関係法令に従い改定以後の料金が適用されます。又、「その他の費用」の額について、経済状況の著しい変化などやむを得ない事情により変更する場合、1か月前に文書により説明し同意を得た上でその額を変更します。

(3) 利用料等のお支払方法 (契約時にお支払方法をお選び下さい。)

毎月10日までに前月分の請求書を発行しますので、その月の25日までにお支払ください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、①現金 ②銀行振込 (口座番号は別途お知らせします。振り込み手数料は利用者のご負担となります。) ③銀行口座 (池田泉州銀行・紀陽銀行) から自動支払いの方法があります。

5. 協力医療機関等

利用者の状態が急変した場合に備えて下記の医療機関にご協力いただき、速やかな処置をお願いすることにしていきますのでご安心ください。病院まで自動車です。歯科診療についてもご希望の方はお申し出ください。

協 力 医 療 機 関			
名 称	医療法人泉南玉井会 玉井病院 ☎（４７１）１６９１		
所在地	阪南市下出４９２	診療科目	整形外科/リハビリテーション科/内科/糖尿病内科 循環器内科/消化器内科/緩和ケア内科/腎臓内科
協 力 歯 科 医 療 機 関			
名 称	ねごろ歯科医院 ☎（４７３）６４８０		
所在地	阪南市鳥取中２０９－６		

6. 病状の急変等による緊急時の対応

- (1) ご利用者に対し施設医師の医学的判断により、対診が必要と認められる場合は、協力医療機関等に診療を依頼することがあります。
- (2) 入所者が当施設での対応が困難な状態になったり、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合、責任を持って他の専門的機関をご紹介しますのでご安心下さい。
- (3) 入所中にご利用者の心身の状態が急変した場合、指定された緊急時連絡先にご連絡します。

7. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合には、施設の管理者、医師、従業者等が連携して応急の処置などに全力を尽くします。
又、家族、関係市町村等に連絡するとともに、国民健康保険団体連合会、大阪府高齢介護室等に報告します。
- (2) 当施設の事故防止委員会において事故の原因を究明し、再発の防止に努めます。
- (3) 当施設の責任により賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行います。

8. 非常災害対策

当施設は、非常災害に備えて必要な設備を設け、実地訓練を実施しています。

- (1) 防災設備/スプリンクラー、消火器、屋内散水栓、自動火災報知器等を装備しています。
- (2) 防災訓練/年2回以上、昼間、夜間を想定した防災、消火、避難、通報、救助等の訓練を消防署の指導の下で実地訓練を実施しています。
- (3) 避難場所/施設内各所、及び全療養室の出入口に案内の掲示があります。

9. 身体拘束の原則禁止

利用者自身、及び他の利用者等の生命、又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体拘束等の行動制限は行いません。但し、自傷他害の恐れがあるなど、緊急やむを得ないものと医師が判断した場合は、施設長・医師が家族、扶養義務者等に説明し、文書による同意を得た上で身体拘束、その他入所者の行動を制限する場合があります。

この場合には医師がその態様、及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記録します。

又、当施設では、身体拘束を必要としない介護方法を従業者間で常に検討します。

10. 虐待防止措置

当施設の入所者等の人権の擁護・虐待の防止の為に次に掲げる必要な措置を講じます。

ア. 虐待防止の専任者の選定 (専任者) 事務部長

イ. 成年後見制度の利用を支援します。

ウ. 従業者に対する虐待防止を啓発する為の研修を実施します。

エ. 虐待通報窓口の周知徹底を図ります。

11. 要望、又は苦情等の申し出

(1) 提供するサービスに対する要望、又は苦情等は、「苦情相談窓口」(受付窓口は事務所)に申し出ることができます。

苦情解決責任者 事務部長 ・ 苦情受付担当者 支援相談員 又看護師長にも直接申し出ることができます。

その他、備え付けの用紙により施設各階に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(2) 関係市町村、国民健康保険団体連合会、大阪府高齢介護室へ申し出ることができます。(別紙の相談窓口一覧表をご参照ください。)

又、毎月1回阪南市から介護相談員を受け入れ相談日を設けています。

(掲示板に毎月の日程を掲示していますのでお確かめください。)

(3) 当施設では、入所者の苦情相談等の内容を総合的に判断し、調整等をしていただくため「第三者委員」(苦情相談委員)を下記のお二人にお願いしています。

◆松井 寿・072(472)1313 ◆鈴木省吾072(464)3113

(4) 当施設では、入所者の要望、苦情を記録し、そのご意見を十分取り入れサービスの改善に努めます。

12. 秘密の保持、個人情報等の保護

(1) 当施設、並びに従業者は、業務上知り得た入所者、及びご家族等の秘密を正当な理由なく第三者に開示、提供致しません。従業者が退職した後も同様です。
又、契約終了後もこの立場は持続します。

(2) 社会福祉法人大泉会の「個人情報保護方針」に基づき、予め文書(別にご提出いただく「個人情報使用同意書」)により同意を得ない限り、サービス担当者会議において個人情報は用いません。但し、次の5項目については法令上介護保険関連事業者が行うべき義務として明記されていることから情報提供します。

① サービス提供困難時の事業者間の連絡、照会

② 居宅介護支援事業所等との連携

③ 入所者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知

④ 入所者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等

⑤ 生命、身体の保護のため必要な場合(災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等)

その他、別紙「個人情報の使用目的」のとおり使用目的を限定しています。

1 3. 入所者に関する記録の管理、及び開示

- (1) 当施設では入所者のサービスに関する記録を作成し、サービスを提供した日から5年間保管、管理します。
- (2) 入所者の記録や情報を管理し、利用者が開示を求めた場合は原則としてこれに応じます。但し、入所者以外の方に対しては入所者の承諾、その他必要と見られる場合限りこれに応じます。

1 4. 施設ご利用にあたってご理解いただきたい事項(留意事項)

- (1) 共同生活の場の信義を守り相互に譲り合いし、けんか口論や中傷誹謗したり、又は扇動するような行為はしないでください。
- (2) 器物は大切にし、故意に破損、又は汚損するような行為はしないでください。
- (3) 火災予防に特に注意し、喫煙については全館禁煙になっています。ご協力ください。
- (4) ご面会は午前9時30分から午後5時までにお願います。午後5時に玄関を施錠しますが、玄関横の呼び出しボタンを押してください。何時でも対応します。
- (5) 多くの方々に安心して療養生活を送っていただくために、利用者が行う「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。
- (6) 入所当日、及び外出時、外泊時に他の診療所等の診療を受けたり、薬の受領については制度上、制約はありますので必ず事前にご相談ください。介護保険施設入所中の施設外での医療行為は、どうしても施設内での対処が困難な場合を除いて施設の責任において行うことになっています。
従って、当施設入所中は医療保険に係る単独での受診、薬の受領はご遠慮ください。受診の必要がある場合は、施設の医師が判断し、受診に必要な文書「診療情報提供書」を作成し、対象者が「老人保健施設に入所中であること。」、「受診の目的」、などを受診先の医療機関に明示することになっています。
介護保険と、医療保険（健康保険）の重複受給を避けるためです。ご注意ください。
- (7) 外出や外泊は、ともすれば寂しく感じがちな療養生活をいやすために、なくてはならない行事であると共に居宅復帰への絶好の練習にもなりますので、ご家族、知人との交流の場を広げ楽しい時間ももてますよう、是非その機会を増やしていただきたいと思えます。
又、洗濯物の交換をお願いしていますが、その際には療養室、サービスステーションにもお立ち寄りください。

1 5. 利用契約(サービス)の解除、終了について

第3条（入所者からの契約解除）、第4条（当施設からの契約解除）に規定する事項に該当した場合、契約が解除となりサービスの利用が終了することになります。

(1) 入所者からの契約解除

入所者、及び扶養義務者は当施設に対し、退所を希望する7日前までに契約解除の意思表示することでサービス利用を解除、終了することができます。

(2) 当施設からの契約解除

当施設は次に掲げる場合に入所利用を解除、終了することができるものとします。

- ① 入所者が要介護認定において自立、又は要支援と認定された場合。
- ② 当施設の入所継続検討会議において、退所して居宅で生活ができると判断された場合
- ③ 入所者の病状、心身の状態が著しく悪化し、当施設での適切なサービスの提供を越えると判断された場合。
- ④ 入所者、扶養義務者が利用料等を2か月分以上滞納し、施設からの督促にもかかわらず14日以内に支払われない場合。
- ⑤ 入所者が当施設、従業者、又は他の入所者に入所継続が困難になる程度の背信行為、又は反社会的行為を行った場合。
- ⑥ 入所者が当施設、従業者、又は他の入所者に生命、身体の安全と健康を確保するという安全配慮義務を施設が負えない程度のハラスメント行為を行った場合。
- ⑦ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により、当施設を利用していただけない事情が発生した場合。

16. 第三者評価の実施状況

当施設は実施していません。

17. 当施設の詳細についてパンフレットを用意しています。ご覧ください。

以上

<別紙>

個人情報の利用目的

介護老人保健施設メデケアタマイ、及びメデケアタマイ居宅サービス事業所では、利用者の尊厳を守り、安全に配慮する経営理念のもと、お預かりしている個人情報について利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

[施設、及び自供所内部での利用目的]

- ・ 当施設、及び事業所が利用者等に提供する介護サービス
- ・ 介護保険事務
- ・ 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

[他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- ・ 当施設、及び事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス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
 - －利用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
 - －検体検査業務の委託・その他の業務委託
- ・ 介護保険事務のうち
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関、又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談、又は届け出等

【上記以外の目的】

[当施設内部での利用に係る利用目的]

- ・ 当施設、及び事業所の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設、及び事業所において行われる学生の実習への協力
 - －当施設、及び事業所において行われる事例研究

[他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- ・ 当施設、及び事業所の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

平成17年4月 1日

社会福祉法人大泉会
理事長 玉井 敬人

サービスに関する苦情等の相談窓口一覧表

(別紙)

【事業者の窓口】 介護老人保健施設 メデケアタマイ の事務所へお申し出 下さい。	所在地 阪南市箱作2047-3 電話 072(476)1111 受付時間 8:30 ~ 17:10 ※施設では時間外も受け付けています。 (FAX) 072(476)3587
【市町村の窓口】 阪南市役所 介護保険課	所在地 阪南市尾崎町35-1 電話 072(471)5678 FAX 072(471)3504 受付時間 8:45 ~ 17:15
【市町村の窓口】 泉南市役所 長寿社会推進課 介護保険係	所在地 泉南市樽井1-1-1 電話 072(483)0001 FAX 072(483)0325 受付時間 8:45 ~ 17:15
【市町村の窓口】 岬町役場 高齢福祉課 高齢介護係	所在地 岬町深日2000-1 電話 072(492)2001 FAX 072(492)5814 受付時間 8:45 ~ 17:15
【公的団体の窓口】 大阪府 国民健康保険 団体連合会	所在地 大阪市中央区常磐町1-3-8 電話 06(6949)5418 受付時間 9:00 ~ 17:00
【大阪府の窓口】 大阪府 福祉部 高齢介護室	所在地 大阪市中央区大手前2-1-22 電話 06(6944)7203 FAX 06(6944)6670 受付時間 9:00 ~ 18:00

・秘密の保持と個人情報の保護について

①ご利用者及び ご家族に関する 秘密の保持につ いて	当施設、及びこの業務に従事する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。 この立場は契約終了後も継続します。
②個人情報の保護 について	当施設は、利用者から予め文書により同意を得ない限りサービス担当者会議において利用者の個人情報は用いません。 ご家族に対しても同様です。 当施設は、利用者、及びご家族に関する個人情報が含まれる記録等については、善良な管理者の注意義務をもって管理するとともに、廃棄する際には第三者への漏洩を防止します。

・緊急時の対応方法と賠償責任について

①サービス提供中、利用者に緊急の事態が発生した場合、ご家族等に連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。
②当施設は、サービスの提供に伴って事業者の責任に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産等を傷つけた場合には、その責任において、利用者に対してその損害を賠償します。

当施設はサービスの開始にあたり契約書、並びに本書面を交付し、利用者、及び扶養義務者、ご家族にサービスの内容、利用料、その他の重要事項について説明を行いました。

事業者	所在地 法人名 代表者名	阪南市下出371-1 社会福祉法人大泉会 理事長 玉井敬人 印	電話072(473)0001 FAX 072(473)3565
	所在地 事業所名 管理者名	阪南市箱作2047-3 介護老人保健施設メデケアタマイ 施設長 山田泰三	電話072(476)1111 FAX 072(476)3587 大阪府指定第2759580018号
	説明者		

【施設入所サービス】重要事項説明日 令和 年 月 日

私は、介護老人保健施設メデケアタマイのサービスを利用するにあたり、サービスの内容、利用料、その他重要事項について説明を受け十分理解しましたので提供開始に同意します。

利用者	住所	_____	電話 ()
	フリガナ	_____	
	氏名		代筆の場合 氏名 () 利用者との続柄 ()
扶養義務者	住所	_____	電話 ()
	フリガナ	_____	
	氏名		※利用者との続柄 ()
代理人	住所	_____	電話 ()
	フリガナ	_____	
	氏名		※利用者との続柄 ()

【契約書第6条3項の請求書・明細書及び領収書の送付先】

〒□□□-□□□□	
住所	_____
	電話 ()
氏名	※利用者との続柄 ()

【契約書第11条3項の緊急時の連絡先、及び第12条3項の事故発生時の連絡先】

住所	_____
	電話 ()
氏名	※利用者との続柄 ()

施設入所サービスに関する
個人情報使用同意書

私、及び私の家族の個人情報については、下記記載の範囲内で使用することに同意します。

なお、情報の内容、量については使用目的の最小範囲内に止めていただき、情報提供の際には関係者以外には決して漏洩することがないように注意してください。

又、個人情報を使用した際には、個人情報を必要とした会議、メンバー、内容等について記録しておいてください。

記

1. 使用する目的

- ① 施設入所サービス計画等の策定にあたり、居宅介護支援事業者、サービスに従事する看護・介護職員・理学療法士等への計画策定に必要な情報の提供、及び情報の収集。
- ② 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、サービス計画に基づき各種サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等における個人情報の提供と 収集。

2. 個人情報の内容 (個人情報とは、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。)

- ① 氏名・住所・健康状態・病歴・家族状況等、事業者がサービスを行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ② 認定調査票・主治医の意見書・介護認定結果通知書他

3. 使用する期間 (契約期間中に要介護認定が更新された場合、使用する期間は自動更新されるものとします。)

令和 年 月 日～令和 年 月 日 (要介護認定等の有効期間終了日)

令和 年 月 日

利用者氏名 _____

代理人氏名 _____ 続柄 _____

介護老人保健施設メデケアマイ 御中

日常生活費・教養娯楽費 同意書

項 目	日用品費	80 円/日	歯磨粉、モンダミン、ポリデント、石鹸 シャンプー、クリーム、化粧水、おしぼり
	教養娯楽費	実費	レクリエーション材料費
	ホーム喫茶利用料	実費	コーヒー、ジュース、たこやき、ケーキ等 の代金
	テレビ使用料	100 円/日	(税込)
	理美容代	1,980/回	(業者委託) (税込)
	クリーニング代	839 円/1 袋	(業者委託) (税込)
	その他利用者個人 の希望による 購入物品の代金	実費	リハビリシューズ、衣類 等

上記の日常生活費・教養娯楽費の支払いについて同意します。

介護老人保健施設 メデケアタマイ 殿

令和 年 月 日

ご利用者様

氏名 _____

ご家族様または代理人

続柄 ()

氏名 _____