

医療法人財団 利定会 大久野病院介護医療院 重要事項説明書

当施設では、貴殿に当施設の介護サービスをご利用いただくにあたり、予め介護保険法に関する厚生省令第41号第6条に則り、次のことをご説明いたします。

1. 事業所の概要

事業者の名称 : 医療法人財団 利定会
事業所の所在地 : 東京都西多摩郡日の出町大久野6416
代表者の氏名 : 理事長 進 藤 晃
電話番号 : 042-597-0873 (代)

2. ご利用施設

施設の名称 : 大久野病院介護医療院
施設の所在地 : 東京都西多摩郡日の出町大久野6416 2階
都知事許可番号 : 13B, 240, 0027
電話番号 : 042-597-0873 (代)
ファクシミリ番号 : 042-597-3339

3. 併設施設

施設の名称 : 大久野病院 (医療保険適用)
施設の所在地 : 東京都西多摩郡日の出町大久野6416
都知事許可番号 : 24, 7045, 8
電話番号 : 042-597-0873 (代)
ファクシミリ番号 : 042-597-3339

施設の名称 : 進藤医院 (クリニック・医療保険適用)
施設の所在地 : 東京都青梅市千ヶ瀬町5丁目610-11
都知事許可番号 : 131, 282, 2500
電話番号 : 0428-78-3111(直通)
ファクシミリ番号 : 0428-78-3110

施設の名称 : 大久野病院 訪問看護ステーション
施設の所在地 : 東京都青梅市千ヶ瀬町5丁目610-11
都知事許可番号 : 136, 7197, 726
電話番号 : 0428-78-3112(直通)
ファクシミリ番号 : 0428-78-3110

施設の名称 : 大久野病院 居宅介護支援事業所
施設の所在地 : 東京都青梅市千ヶ瀬町5丁目610-11
都知事許可番号 : 137, 2400, 752
電話番号 : 0428-78-3113(直通)
ファクシミリ番号 : 0428-78-3110

施設の名称 : 看護小規模多機能型居宅介護 藤の華
施設の所在地 : 東京都青梅市千ヶ瀬町5丁目610-11
都知事許可番号 : 139,280,0148
電話番号 : 0428-78-3244(直通)
ファクシミリ番号 : 0428-78-3254

4. 施設の目的と運営方針

当大久野病院介護医療院は、要介護者である利用者に対し、ケアプラン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、その他のお世話及び機能訓練、その他の必要な医療、日常生活のお世話を行うことにより、利用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支援することを目的とした施設です。

サービスの提供にあたっては、入所者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立つとともに、関係市区町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、地域や家族との結びつきを重視します。

〔大久野病院 基本理念〕

『社会に活かす医療の提供』

大久野病院は、家のようにくつろげる環境の中で、患者様が一日も早く家庭や社会に復帰できるよう安全でかつ安心な医療と看護を提供いたします。

また、近隣の医療機関と連携してセーフティーネットを構築し、社会を円滑に運営できるよう医療体制を整えるとともに、医療を通して社会に活力を与えられるよう全力を尽くします。

5. 施設の概要

病室（介護医療院）

① 定員： 1病棟 58名

② 療養室： 個室（全6室）

- ・設備 トイレ・洗面台・家具調床頭台兼机及び椅子・電動式ベッド
- ・1人当たりの面積 約13.5㎡
- ・差額ベッド代 1日につき 5,500円（消費税込み）

2人部屋（全2室）

- ・設備 洗面台・家具調床頭台兼机及び椅子・電動式ベッド
- ・1人当たりの面積 約8.3㎡
- ・差額ベッド代 なし

特別4人部屋（全2室）

- ・設備 洗面台・家具調床頭台兼机及び椅子・電動式ベッド
- ・1人当たりの面積 約8.3㎡
- ・差額ベッド代 なし

4人部屋（全10室）

- ・設備 洗面台（一部）・家具調床頭台兼机・電動式ベッド
- ・1人当たりの面積 約8.0～9.2㎡

主な施設（病院共通）

- ①リハビリテーション室：理学療法室（全1室）
 ・面積 約304㎡
 ・物理療法室および水治療室併設
 ・和室（昼のお部屋）設置
 作業療法室（全1室）
 ・面積 約108㎡
 ・キッチン併設
 言語聴覚室（個別療法室2室・観察室1室・集団療法室1室）
- ②食堂兼談話室：1室
 ・面積 約73.5㎡ ・給湯設備有り
- ③一般浴室：1室
 ・面積 約25.4㎡
 ※ユニバーサルデザインを採用した左右対称の2つの浴槽を設置し、右方麻痺・左片麻痺の両方に対応しています。
- ④特殊浴室：1室
 ・面積 約30.0㎡
 ・特殊浴槽 各フロア1台
 ※車椅子型の浴槽を採用し、寝たきりの方でも座った状態で入浴することができ、利用者様の尊厳が保たれるよう配慮した作りになっています

6. 職員体制

（2024年3月1日 現在）

従属者の所属	基準人数	就業人数	業務内容
医師	1.2名	2.8名	利用者の医学管理及び指導
看護職員	9.7名	10.4名	利用者の看護
介護職員（介護福祉士）	11.6名	12.4名 (10.0名)	利用者の介護
薬剤師	0.4名	1.0名	利用者の薬剤管理及び指導
理学療法士	1名	1.4名	利用者の理学療法及び指導
作業療法士	1名	1.1名	利用者の作業療法及び指導
言語聴覚士	1名	1.1名	利用者の言語聴覚療法・摂食療法及び指導
鍼灸・マッサージ師	—	—	利用者への鍼灸・マッサージ療法及び指導
放射線技師	—	0.4名	主治医の指示に基づく、レントゲン撮影
臨床検査技師	—	1名	主治医の指示に基づく、利用者の検査
管理栄養士	1名	1名	利用者の栄養管理及び指導
栄養士		—	利用者の栄養管理
調理師	—	9.9名	利用者の毎食時の準備
介護支援専門員（専属）	1名	1.0名	利用者の施設サービス計画の作成等
医療相談員（社会福祉士）	—	1名（1名）	利用者及びご家族等の各種相談援助
その他			

【職員基本勤務時間】

日勤・・・午前9：00～ 午後5：00

夜勤・・・午後5：00～翌午前10：00

7. 貴殿の利用者負担段階および要介護状態区分

●利用者負担段階（第 段階）

①要介護状態区分（要介護 度） 認定の有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

②要介護状態区分（要介護 度） 認定の有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

③要介護状態区分（要介護 度） 認定の有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

④要介護状態区分（要介護 度） 認定の有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

※介護保険被保険者証および介護保険負担限度額認定証を受付に提示して下さい。

※被保険者証等は必ず有効期限の1ヶ月前までに更新手続きを行って下さい。（当院で被保険者証等を管理させていただき利用者様につきましては、当院にて更新手続き等を代行することも可能です。）

8. 介護保険の給付対象となるサービスの概要と利用料

介護サービス費は、施設サービス費（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（「特定診療費」で定められた費用）の合計額です。

利用者には、この介護サービス費の1割または2割または3割をお支払いいただきます。

・提供するサービスの内容

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
ケアプランの作成	担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）が、利用者の状態に合わせて、ケアプランを作成いたします。	施設サービス費の1割または2割または3割をお支払いいただきます ※高額介護サービス費制度 月額44,400円（利用社負担段階に応じて減額制度あり）を超えた部分は、高額介護サービス費として払い戻し手続きがありますので、ケアマネジャーまたは医療相談員、もしくはお住まいの市区町村までお問い合わせ下さい。
医学的管理・看護	利用者の症状に合わせて適切な医療を行います。	
看 護	利用者の症状に合わせて適切な看護を行います。	
栄養マネジメント	利用者の状況に合わせて管理栄養士を中心として、栄養マネジメントを行いません。	
介 護	作成したケアプランに従って、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・施設内での移動の付き添い等の介護を行います。	
入 浴	一般浴槽の他、介助を要する利用者には特殊浴槽で対応いたします。	
排 泄	自立排泄、時間排泄、おむつ使用など、利用者の状況に合わせた対応をいたします。	
リハビリテーション	主治医の指示に基づき、リハビリテーション室等において理学療法・作業療法・言語聴覚療法および摂食療法を行います。	
介護相談	利用者およびその家族から、介護についてのご相談をお受けいたします。	
医療相談およびその他の相談	医療相談員が利用者およびご家族様からの様々なご相談・ご要望に応じております。	

(8) 老人訪問看護指示加算	1 割負担の場合	日額	3 1 4 円
	2 割負担の場合	日額	6 2 7 円
	3 割負担の場合	日額	9 4 1 円
(9) 外泊料	1 割負担の場合	日額	3 7 9 円
	2 割負担の場合	日額	7 5 7 円
	3 割負担の場合	日額 1,	1 3 5 円
(10) 他科受診日	1 割負担の場合	日額	3 7 9 円
	2 割負担の場合	日額	7 5 7 円
	3 割負担の場合	日額 1,	1 3 5 円
(11) 栄養マネジメント強化加算	1 割負担の場合	日額	1 2 円
	2 割負担の場合	日額	2 3 円
	3 割負担の場合	日額	3 5 円
(12) 経口移行加算	1 割負担の場合	月額	3 0 円
	2 割負担の場合	月額	5 9 円
	3 割負担の場合	月額	8 8 円
(13) 経口維持加算 (I)	1 割負担の場合	月額	4 1 8 円
	2 割負担の場合	月額	8 3 6 円
	3 割負担の場合	月額 1,	2 5 4 円
(14) 経口維持加算 (II)	1 割負担の場合	月額	1 0 5 円
	2 割負担の場合	月額	2 0 9 円
	3 割負担の場合	日額	3 1 4 円
(15) 口腔衛生管理加算 (I)	1 割負担の場合	月額	9 4 円
	2 割負担の場合	月額	1 8 8 円
	3 割負担の場合	日額	2 8 2 円
(16) 口腔衛生管理加算 (II)	1 割負担の場合	月額	1 1 5 円
	2 割負担の場合	月額	2 3 0 円
	3 割負担の場合	日額	3 4 5 円
(17) 療養食加算	1 割負担の場合	1 食	1 9 円
	2 割負担の場合	1 食	3 8 円
	3 割負担の場合	1 食	5 7 円
(18) 在宅復帰支援機能加算	1 割負担の場合	日額	1 1 円
	2 割負担の場合	日額	2 1 円
	3 割負担の場合	日額	3 2 円
(19) 認知症行動・ 心理症状緊急対応加算	1 割負担の場合	日額	2 0 9 円
	2 割負担の場合	日額	4 1 8 円
	3 割負担の場合	日額	6 2 7 円

(20) 排泄支援加算 I	1 割負担の場合	月額	1 1 円
	2 割負担の場合	月額	2 1 円
	3 割負担の場合	日額	3 2 円
排泄支援加算 II	1 割負担の場合	月額	1 6 円
	2 割負担の場合	月額	3 2 円
	3 割負担の場合	日額	4 7 円
排泄支援加算 I	1 割負担の場合	月額	2 1 円
	2 割負担の場合	月額	4 2 円
	3 割負担の場合	日額	6 3 円
(21) サービス提供体制強化加算 I	1 割負担の場合	日額	2 3 円
	2 割負担の場合	日額	4 6 円
	3 割負担の場合	日額	6 9 円
サービス提供体制強化加算 II	1 割負担の場合	日額	1 9 円
	2 割負担の場合	日額	3 8 円
	3 割負担の場合	日額	5 7 円
サービス提供体制強化加算 III	1 割負担の場合	日額	7 円
	2 割負担の場合	日額	1 3 円
	3 割負担の場合	日額	1 9 円
(22) 自立支援促進加算	1 割負担の場合	月額	3 1 4 円
	2 割負担の場合	月額	6 2 7 円
	3 割負担の場合	月額	9 4 1 円
(23) 科学的介護推進体制加算 I	1 割負担の場合	月額	4 2 円
	2 割負担の場合	月額	8 4 円
	3 割負担の場合	月額	1 2 6 円
科学的介護推進体制加算 II	1 割負担の場合	月額	6 3 円
	2 割負担の場合	月額	1 2 6 円
	3 割負担の場合	月額	1 8 9 円
(24) 新興感染症等施設療養費加算	1 割負担の場合	日額	2 5 1 円
	2 割負担の場合	日額	5 0 2 円
	3 割負担の場合	日額	7 5 3 円
(25) 安全対策体制加算	1 割負担の場合	日額	2 1 円
	2 割負担の場合	日額	4 2 円
	3 割負担の場合	日額	6 3 円
(26) 緊急時施設診療費 (1) 緊急時治療管理	1 割負担の場合	日額	5 4 2 円
	2 割負担の場合	日額	1,083 円
	3 割負担の場合	日額	1,624 円

(2)特定治療 医科診療報酬点数表に定められた医療行為を行った場合に、介護保険負担割合に応じてご負担いただきます。

(27) 介護職員処遇改善加算Ⅰ～Ⅲ 一定の基準を満たした場合に(1)～(26)の総額に所定の割合にて計算した金額

(28) 特定診療費（リハビリや各種指導等に関わる費用） かかった費用の1.2.3割個々の内訳と金額はお問い合わせください。

※(1)～(5)については、1ヶ月間の合計金額の支払い上限額が44,400円(1年間で446,400円)の場合、それを超える額につきましては、市区町村にて手続き後返還されます。(利用者負担に応じて減額措置あり)詳細につきましては、当院ケアマネジャーまたは医療相談員、もしくはお住まいの市区町村までお問い合わせください。

※(1)につきましては、当施設の施設基準が変更となった場合、施設利用料も変更となります。

※(9)につきましては、1ヶ月間で通算6日間までを限度とし、その間は(1)を徴収しません。(出発された日と帰院された日は6日間に含まれません)

※(10)につきましては、他科受診は1ヶ月間で4日間を限度とし、その間は(1)の施設利用料につきましては、徴収しません。(5回目以降は(1)の料金で算定されます。)

②その他の料金

- (1) 居住費 従来型個室 1,700円 多床部屋 430円
(利用者負担に応じて減額制度あり…下記参照のこと)
- (2) 食費 日額 1,445円 (利用者負担に応じて減額制度あり…下記参照のこと)
- (3) 室料 個室 日額 5,500円 (消費税込み)
- (4) その他、理容美容料金、日用生活品等につきましては、実費を別途ご請求いたします。

※(1)及び(2)につきましては、利用者負担段階に応じて減額制度がありますので、当院ケアマネジャーまたは医療相談員、もしくはお住まいの市区町村までお問い合わせください。

※(1)～(4)の詳細につきましては、次項「介護保険給付外サービス」の表をご参照ください。

※ その他、規定外料金については、利用者にご相談のうえ、実費を別途ご請求いたします。

※参照

利用者負担段階	居住費（従来型個室利用の場合）	食費
第1段階	0円（550円）	300円
第2段階	430円（550円）	390円
第3段階	430円（1,370円）	650円
	430円（1,370円）	1,360円
第4段階	430円（1,700円）	1,445円

9. 介護保険の給付対象とならないサービスの概要と利用料

介護保険の給付対象とならないサービスについては、費用の実費をお支払いいただきます。

介護保険給付外サービス

サービスの種類	内容	自己負担額
居住費	当施設では、利用者をご利用になる光熱水費の実費分を徴収させていただきます。	従来型個室利用の場合… 1日あたり1,640円 多床部屋利用の場合… 1日あたり370円 (利用者負担段階に応じて減額制度あり)
食事	朝食(午前7時30分)・昼食(午後12時)・夕食(午後6時)に、管理栄養士による適時適温給食を提供します。	1日あたり1,445円 (利用者負担段階に応じて額制度あり)
衣類・寝具・日用品	当施設では、利用者またはご家族等による衣類等の洗濯が困難な場合、ご希望により病衣や下着の貸与および日用品を提供をします。	別紙1に基づき「介護医療院入院セット申込書兼承諾書」をよりお申込みいただいたうえ、実費をご負担いただきます。
特別な居室	利用者のご希望に応じて個室をご用意しております。詳細につきましては、「5. 施設の概要」をご参照ください。	別紙2に基づき、「個室利用申込書」をご提示のうえ、差額室料を、お支払いいただきます。
日用品費の管理	当施設では、利用者からお預かりしている日用品費を管理し、日用品等の購入などにかかった費用を日用品費から精算させていただきます。また毎月、各利用者の利用明細書を発行いたします。残高が少なくなっている場合には、補充をお願いいたします。	別紙3に基づき管理費は無料とし、日用品購入代金等の実費をご負担いただきます。
歯科受診	主治医の指示または利用者及びご家族様からのご希望により、毎週行われる歯科医院の往診時に、受診することができます。	実費もしくは外来一部負担金をご負担いただきます。
レクリエーション行事	当施設では、季節等に応じて様々なレクリエーション行事を行っております。なお、参加されるか否かは任意です。	実費をご負担いただきます。
日用品等の購入代行	利用者が必要もしくはご希望される日用品等の購入の代行をさせていただきます。	別紙4に基づき、実費をご負担いただきます。
理容・美容	株式会社シルバーサポート(移動美容室)に依頼し、実施しています。ご希望の方は、病棟スタッフにお問い合わせください。	別紙5に基づき、実費をご負担いただきます。
クリーニングの代行	利用者のご希望される、所持品のクリーニングの代行をいたします。	別紙6に基づき、実費をご負担いただきます。
他医療機関等への受診時における医療費の支払い代行	主治医の指示または利用者およびご家族様からのご希望により、他医療機関等への外来受診を希望され、ご家族様による利用者の移送ができない場合には、当院の職員が移送および同行し、また医療費のお支払いの代行をさせていただきます。	実費もしくは外来一部負担金をご負担いただきます。

10. 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介護保険給付サービスに含まれておりますが、手術等の急性期治療のための医療、精神病院での医療等につきましては、当院の医療保険適応病棟、もしくは他の医療機関等にて医療保険により治療をお受けいただき、別途自己負担をしていただくこととなります。

11. 利用料金のお支払方法

前記8の料金・費用につきましては、毎月月末で締めさせていただき、精算させていただきます。翌月の10日前後に請求書を利用者保護者様宛にご送付いたしますので、月末までに銀行振込み、郵便振込もしくは当院受付窓口にてお支払いください。なお、ご退院等の場合は窓口でのご精算とさせていただきます。

〔振込先〕

1. りそな銀行 五日市出張所 普通預金 (口座番号) 3601558
医療法人財団 利定会 (としさだかい) 大久野病院

2. 郵便局 (記号) 10160 (番号) 58826741
医療法人財団 利定会 (としさだかい) 大久野病院

12. 支払い遅延に対する措置

上記方法による支払いが無く、さらに2ヶ月以上遅延し、その支払い督促を行ったにもかかわらず、90日以内にお支払いが無い場合は、利用者保護者の責任においてお支払いいただきます。(契約書第13条参照)

13. 施設を退院していただく場合

契約期間中であっても、ご利用者にご退院いただくことがあります。(契約書第17条～第19条参照)

14. 苦情・相談等について

当施設のサービスについてご不明な点や疑問、苦情等がございましたら、当施設相談窓口（地域連携課）までお気軽にご相談ください。また当施設内の各部所に設置してあります『ご意見箱』での受付も行っておりますのでご利用ください。外部公的機関は下記の通りです。

●当院窓口

担当者	小田 薫子（地域連携課）
連絡先	TEL 042-597-0873 FAX 042-597-3339
受付時間	9:00～17:00（土日祝はお休みをいただいております）

●公的機関窓口①（介護保険制度に関する相談）

機関名	東京都保健福祉局高齢社会対策部介護保険課
連絡先	TEL 03-5320-4597（介護保険制度相談専用電話）
受付時間	月曜日～金曜日 9:00～12:00、13:00～16:30（土日祝は休業）
相談方法	介護保険制度に関する相談を、原則電話にて受付けています

●公的機関窓口②（苦情相談）

機関名	東京都国民健康保険団体連合会
連絡先	TEL 03-6238-0177（介護保険苦情相談専用電話）
受付時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00（土日祝は休業）
相談方法	電話にて受け付けの他、苦情申立により事業所調査、指導助言を行っています

15. 事故発生時の対策

事故発生時の対応	別途定める「事故発生時マニュアル」に則り、対応を行います。
報告・連絡体制	事故発生時には、関係者に速やかに連絡すると共に、担当公的機関への報告を行います。

16. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「医療法人財団利定会 大久野病院 消防計画」に則り、対応を行います。
近隣との協力関係	消防団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「医療法人財団利定会 大久野病院 消防計画」に則り、年1回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー・避難階段・自動火災報知器・誘導等・ガス漏れ報知器 防火扉・シャッター・屋内消火器・非常通報装置・漏電火災報知機・非常用電源 カーテン、布団等は、防災性能があるものを使用しております。
消防計画等の届出機関	東京消防庁秋川消防署

17. 事業継続計画の策定

策定目的	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護サービスの提供を継続的に実施するため、および非常時の体制で早期の通常業務再開を図るために計画(業務継続計画)を策定します。
研修および訓練	従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに必要な研修と訓練を定期的実施します。
計画の見直し	定期的計画の見直しを行い、必要に応じて計画の変更を行います。

18. 虐待防止のための措置

担当者の選定	虐待防止の担当者を選定します。(医療事故防止委員会スーパーバイザーが担当します)
委員会の開催	虐待防止の対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果を従業者に周知します。
虐待防止の指針	虐待防止のための指針を策定します。
研修の実施	従業者に対して虐待を防止するための研修会を定期的開催します。
虐待の発見と通報	サービス提供中に従業者または擁護者(現に用語している家族、親族、同居人等)による虐待を受けている利用者を発見した場合は速やかに市区町村に通報します。

19. 身体拘束の措置

身体拘束の最小化	事業者は利用者に対して原則として身体拘束を行いません。ただし自傷行為等の恐れがある場合等利用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ときは利用者やその家族に対して身体拘束の内容・目的・理由・拘束の時間等を説明して同意を得た上で必要最低限の範囲内で行うことがあります。 その場合、以下の3項目に留意して必要最低限の範囲内で実施いたします。
① 緊急性	直ちに身体拘束を行わなければ利用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
② 非代替性	身体拘束以外に利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことを防止することができない場合
③ 一時性	利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが無くなった場合にはただちに身体拘束を解除する

20. 利用者の禁止行為(ハラスメント)

ハラスメントの禁止	利用者は従業者に対して以下の行為をすることを禁止します。
身体的暴力	身体的な力を使って危害を及ぼす行為
精神的暴力	人の威厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶める行為
セクシャルハラスメント	意に沿わない性的誘い掛け、好意的態度の要求等の性的嫌がらせ行為

2 1. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

<p>外出・外泊</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外出、外泊を希望される場合は、必ず事前に主治医の許可を得て、行き先と帰院日時を予め職員にお申し出になり、所定のお手続きをおとりください。 ・外泊につきましては、1ヶ月に6日までを原則とします。
<p>所持品及び現金等の 持ち込み・管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・所持品等は必要最低限なものとし、貴重品や多額な現金等はお持ち込みにならないよう、お願いいたします。また、療養上必要な日常生活用品以外の電化製品・音響製品・家具類等・ペット類のお持ち込み、及び危険物のお持ち込みはご遠慮ください。ただし、病院長が許可する場合がありますので、当院スタッフまでお問い合わせください。 ・所持品には全てに、必ずお名前をお書きください。 ・テレビ・ラジオの持ち込みは可能です。ただし、ご利用の際はイヤホンをご使用ください。 ・ライター、刃物等の危険物の持ち込みは一切ご遠慮願います。 ・携帯電話の持ち込みは原則としてできません。使用を希望される方は、主治医の許可制となっておりますので、スタッフまでお問い合わせください。 ・利用者の持ち込まれる所持品等につきましては、当施設では確認を行いますが、紛失等につきましては一切の管理責任を負えませんので、予めご了承ください。
<p>居室・設備・器具の利用</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
<p>迷惑行為等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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、お願いいたします。
<p>飲酒・喫煙</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の飲酒及び喫煙につきましては、一切禁止いたします。 ・ご家族様等のご面会の方が喫煙される場合は、決められた場所をお願いいたします。飲酒につきましては、一切禁止いたします。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自家用車を持ち込んでのご入院はご遠慮願います。 ・施設内での利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の宗教活動等の行為は、一切禁止いたします。 ・利用者の安全確保のために、防犯・防災上のご協力をお願いすることがあります。 ・施設内での火気の使用は一切禁止いたします。 ・当施設では、利用者及びご家族様等からのお心付けは一切ご遠慮申し上げております。

私は、本書面に基づいて、施設の職員から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

西暦_____年_____月_____日

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(署名代行者)

私は、下記の理由により、上記利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行いたしました。

代行理由 _____

住所 _____

氏名 _____ 印

(利用者保護者：家族)

住所 _____

氏名 _____ 印

(別紙1)

『入院セット』について

当院では取り扱い業者による、患者さまへ下記の通り『入院セット』サービスを行なっております。ご希望される方は「入院セット利用申込書兼承諾書」をご提出ください。なお、サービスに関する質問等がございましたら、取り扱い業者又は当院スタッフまでお問い合わせください。

記

費用 : 入院セット (1日当たり)
2,310円 (消費税込み)
内容 : 『入院セット利用申込書兼承諾書』をご覧ください。

※なお、入院セットの衣類はご入院中に貸与されるものです。ご退院時にお持ち帰りはできません。

取扱業者 : 東京リネンサービス株式会社
(東京都板橋区徳丸2-28-18 TEL: 03-3936-5118)

以 上

(別紙2)

特別な居室について

当院では、特別な居室として個室をご用意しております。ご利用を希望される方は「個室利用申込書」をご提出ください。居室の詳細及び費用につきましては下記の通りです。なお、当院の都合によりご利用いただく場合は、利用料の発生はありません。

記

〔個室〕

- 広さ : 1人当たり 約13.5平方メートル
- 設備 : 専用トイレ・鏡付き洗面台・小机およびイス・電動ベッド
鍵付き収納、照明器具
- 部屋数 : 計6室
- 利用料金 : 1日につき 5,500円(消費税込み)

以 上

(別紙3)

日用品費管理および各種代行サービス

当施設では、利用者の日用品費の管理、および日用品等の代金を支払うサービス、医療費を支払うサービス、行政サービスを受けるための手続き等の代行サービスを行います。また、費用等につきましては。下記のようにさせていただきます

記

1. 基本料金（保管料） : 無料
 ただし、保管は当施設内の金庫とさせていただきます。

2. 金銭出納のための事務代行手数料
 - ① 税、社会保険料、公共料金等を支払う手続き : 無料
 - ② 医療費を支払う手続き : 無料
 - ③ 福祉サービスおよび行政サービスの利用料を支払う手続き : 無料
 - ④ 日用品等の代金を支払う手続き
 - ・当施設の職員が外部に購入を行かない場合（通信販売を含む。） : 無料
 - ・当施設の職員が外部に購入へ行く場合 : 無料
 - ⑤ その他、特別に依頼する事項 : 利用者のご相談のうえ、事務代行手数料を決定させていただきます。

3. 支払方法
 ご利用毎に請求をさせていただきます。なお、事務代行手数料のお支払いは、お預かりする日用品費から徴収させていただきます。

4. 残高確認表の発行
 毎月の請求書に同封して、お預かりする日用品費の残高確認表を毎月発行いたします。残高が少なくなっているようでしたら、補充をお願いいたします。

以 上

(別紙4)

日用品等の購入代行サービスについて

当施設では、利用者のご希望により日用品等の購入代行サービスを行っております。なお、費用は実費を徴収させていただきます。

記

[当施設より提供するもの、もしくは当施設に直接届けていただけるものの場合]

費用 : ご希望がありました日用品につきまして、料金確認の上、実費をお支払いいただきます。

事務代行手数料 : 無料

以 上

(別紙5)

理容・美容について

当院では、患者さまの希望により外部業者による利用および美容のサービスを行なっています。希望される方は各病棟のスタッフまでお声掛け下さい。なお、費用等の詳細は下記の通りです。

記

[専門業者に依頼する場合]

依頼業者 : 株式会社シルバーサポート

(東京都小平市小川西町3-28-5 電話:042-348-7760)

日時 : 毎月第3木曜日および土曜日 午前9:00~午後5:00

場所 : 各病室もしくは本館3階デイルーム

利用料金 : ・カットのみ ※歩行および車椅子レベルの方
3,210円(消費税込み)

・カットのみ ※ベッド上の方
3,815円(消費税込み)

・カラーおよびカット
7,625円(消費税込み)

・パーマおよびカット
8,230円(消費税込み)

・この他のメニューも用意しております。

※利用される際は1階受付に備え付けの申込書をご提出ください。

また、他のメニューを希望する場合も上記業者、入退院受付までお問い合わせください。

以上

(別紙6)

クリーニングの代行サービスについて

当施設では、利用者がお持ち込みになった衣類等のクリーニングのサービスを代行させていただきます。なお、費用につきまして、以下のようにさせていただきます。

記

洗濯業者 : 東京リネンサービス株式会社
(東京都板橋区徳丸2-28-18 TEL: 03-3936-5118)
集配日 : 毎週火・金曜日
費用 : 以下の料金に基づき、実費をお支払いいただきます。

●通常クリーニングの場合(消費税込み)

①くつ下	1足につき	220円
②衣類(コート類を除く)	1つにつき	440円
③衣類(コート類)	1つにつき	880円
④寝具・クッション等	1つにつき	1,100円
⑤その他	1つにつき	実費(業者に料金を確認の上、実費をお支払いいただきます。)

●ドライクリーニングの場合(消費税込み)

①衣類(コート類を除く)	1つにつき	660円
②衣類(コート類)	1つにつき	1,100円
③その他	1つにつき	実費(業者に料金を確認の上、実費をお支払いいただきます。)

- ※ 上記の品目がないものにつきましては、業者に料金を確認の上、実費をお支払いいただきます。
- ※ 仕上がり等に関するお問い合わせにつきましては、当院は一切責任を負いません。

以 上

『入院セット』利用申込書兼承諾書

私は、大久野病院への入院に際し、『入院セット』の説明を受け、貴院より提供される下記の『入院セット』の使用を申し込みます。

種類	ご利用品目	備考
衣類 寝具	<ul style="list-style-type: none"> ・ オシボリタオル・フェイスタオル・バスタオル・Tシャツ ・ 前開きTシャツ・肌着・チェック病衣（上下・長着） ・ ウェーブニット（上下式）・拘縮対応寝巻 ・ スクエアニット（リハビリウェア）・パンツ（3種類） ・ 靴下（2種類）・ダウンベスト・ひざ掛け ・ レッグウォーマー・カーディガン・ガウン・体位交換クッション 	
日用品	<ul style="list-style-type: none"> ・ ボディソープ・リンスインシャンプー・ヘアブラシ ・ スタイリングウォーター・ティッシュ・ウェットティッシュ ・ ウェットキーピング 2種類・モンダミン・歯磨き粉・入れ歯ケース ・ 入れ歯洗浄剤・くるりーなブラシ・吸引くるりーなブラシ ・ モアブラシ・歯ブラシ・保湿剤ベビーオイル・コップ ・ ボディクリーム・綿棒・イヤホン・単3乾電池・単4乾電池 	※セットをお申し込みのご利用者様は、こちらの日用品をご利用いただけます

※ご請求は、「ご利用日数」×「セットの日額」となります（入院日、退院日を含みます）。

※ご記入頂いた個人情報は、請求及び管理業務以外には使用致しません。また、同意を得た利用目的の範囲あるいは、法令・規範の範囲を超える取扱を行わないよう、適切に管理致します。

※利用者様の身体状況の変化に伴い、使用品目の変更を行う場合があります。

以上

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____

保証人氏名 _____ 印

個室利用申込書

- 「特別な居室（差額ベッド）」入室における、十分な説明を行いました。

説 明 日 西暦_____年_____月_____日

施設側説明者の氏名 _____(部署名) _____(氏名) _____印

説明受けた方の氏名 _____印 (続柄)

私は、「特別な居室について（差額ベッド）」の説明を十分受け、より良好な入院環境を希望いたしますので、下記に記載する「特別な居室（差額ベッド）」に入室することを申し込みます。

入室希望種別 1. 個 室 （室料：1日 5,500円・消費税込み）の利用を希望します。

入室希望期間 1. 西暦_____年_____月_____日から西暦_____年_____月_____日まで

2. 西暦_____年_____月_____日から退院まで

※ご希望期間の番号に○を付け日付をご記入ください。

申 込 日 西暦_____年_____月_____日

利用者氏名 _____

申込者（利用者保護者）

住 所 _____

氏名 _____印 (続柄)

電話番号 _____() _____

ご注意

1. 申込時の内容に変更があった場合には、改めて本申込書を作成いたします。
2. 何らかの事由により特別な居室（差額ベッド）の入室を希望しなくなった場合には、申込者よりその旨を施設側に申し出いたします。
3. 申し込み内容の確認として、本申込書を2部作成し、内1部を申込者が保管いたします。
4. 本申込書については、申し出により、いつでもご提示いたします。

患者様の個人情報の保護について

当院では、患者さまに安心して医療を受けて頂くために、安全な医療をご提供するとともに、患者さまの個人情報の取り扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。

★個人情報の利用目的について

当院では、患者様の個人情報を別記（次頁）の目的で利用させて頂くことがございます。これら以外の目的で患者様の個人情報を利用させて頂く必要が生じた場合には、改めて患者さまからの同意を頂くこととしておりますので、ご安心ください。

★個人情報の開示・訂正・利用停止等について

当院では、患者様の個人情報の開示・訂正・利用停止等につきまして、「個人情報の保護に関する法律（2015年法律第57号）」の規定に則り『大久野病院個人情報保護規定』を作成し、その規定に従って運営しております。

※手続等の詳細のほか、個人情報保護に関するご不明な点につきましては、医療相談室及び院内スタッフまでお気軽にお問い合わせください。

医療法人財団利定会
大久野病院
理事長 進藤 晃

私は、上記の説明を受け同意いたします。

西暦 年 月 日

患者氏名 _____

患者保護者氏名 _____

(別記)

大久野病院における個人情報の利用目的

○医療提供

- ・ 当院での医療サービスの提供
- ・ 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ・ 他の医療機関からの紹介への回答
- ・ 患者さまの診療のための、外部の医師等への意見および助言を求める場合
- ・ 検体検査業務の委託、その他の業務委託
- ・ ご家族等への病状説明
- ・ その他、患者さまへの医療提供に関する利用

○診療報酬請求のための事務

- ・ 当院での医療、介護、労災保険及び公費負担医療等に関する事務およびその委託
- ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ・ 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・ 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、及び照会への回答
- ・ その他、医療、介護、労災保険及び公費負担医療に関する診療費請求のための利用

○当院の管理運営事務

- ・ 会計及び経理
- ・ 医療事故等の報告
- ・ 当該患者さまへの医療、介護サービスの向上
- ・ 入退院等の病棟管理(患者さまへのネームバンドの着用、ベッドネーム、リハビリテーションスケジュール管理のための患者さま名の掲載など)
- ・ その他、当院の管理運営業務に関する利用

○企業等から委託を受けて行う、健康診断等における企業等への結果の通知

○医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出等

○医療、介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料

○当院内において行われる、医療及び福祉実習への協力

○医療の質の向上を目的とした症例研究および学会発表等

○外部監査機関への情報提供

○その他

1. 上記のうち、個人情報の利用を同意しがたいものがある場合には、その旨をお申し出ください。
2. お申し出がないものについては、同意して頂けたものとして取扱いさせていただきます。
3. これらのお申し出は、いつでも撤回および変更等を行うことが可能です。