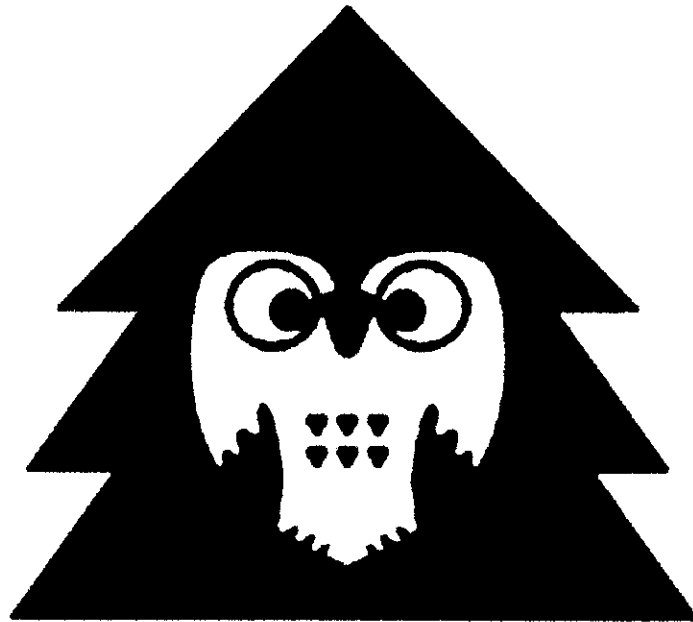


介護老人保健施設ケアポートと溪和

重要事項説明書



医療法人 豊山会

<別紙1> 重要事項説明書（施設サービス）

介護老人保健施設ケアポート溪和のご案内

（2024年11月1日現在）

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設名称	介護老人保健施設ケアポート溪和
開設年月日	平成7年11月1日
介護保険指定番号	大分県 4452880000号
施設種類	介護老人保健施設
施設所在地	大分県玖珠郡九重町大字町田5481番地3
電話番号	0973-78-8000
FAX番号	0973-78-8188
管理者名	施設長(医師) 栗林 良子

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び生活機能訓練その他必要な医療並びに日常生活の世話を行なうことを目的とする施設です。また、当施設では利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）や通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）、訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）、訪問介護といったサービスを提供し、在宅ケアの支援や利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る支援を併せ持った施設です。

この目的に沿って、当施設では、利用者の自立を支援し在宅生活への復帰を目指し、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[介護老人保健施設ケアポート溪和の運営方針]

1. 利用者の自立支援を基本に、個人の尊厳や生き方に対する自信・誇りを尊重し、その人らしさを活かせるサービスを提供します。
2. ボランティア活動や実習・研修等の積極的な受け入れを行い、地域の人々とのふれあい・交流に努めます。
3. 保健・医療・福祉の総合的なサービスが提供されるよう関係機関・団体などとの連携に努めます。
4. 家族との連携を保ち、継続して在宅介護が可能になるよう家族介護を支援します。
5. 職員の人間性の向上とサービスの技術と資質等を高めるための職員研修に努めます。

(3) 居室・入所定員等の概要

施設では以下の居室・設備をご用意しています。

個室への入所をご希望される場合は、その旨お申し出ください。但し、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。

- ・療養室：個室(1人部屋) 4室 2人部屋 5室 4人部屋 22室
- ・その他：食堂、機能訓練室(平行棒・筋力向上トレーニング機器等設置)、家庭復帰室
上記を含め指定基準を遵守し、設置が義務づけられている設備を備えています。
- ・居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を判断します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

(4) 定員

入所定員 102名

(5) 施設の職員体制

医師	1.0 2人以上	(常勤換算)
看護職員	1 0人以上	(常勤換算)
介護職員	2 4人以上	(常勤換算)
支援相談員	1.0 2人以上	(常勤換算)
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1.0 2人以上	(常勤換算)
管理栄養士	1人以上	(常勤換算)
介護支援専門員	1.0 2人以上	(常勤換算)

2. サービス内容

(1) サービスの基本

当施設でのサービスは、利用者の能力に応じた日常生活を継続して営むことができるように、また1日でも早く自立して家庭での生活が営むことができるように、在宅復帰を目指した施設サービス計画に基づいて提供します。この計画は、利用者に関わる全ての職種の職員が協議して作成しますが、その際、利用者・家族等の希望を十分取り入れて計画します。この計画の内容については同意を頂くようになります。当施設に入所中も明る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立ったサービス提供を行います。

(2) サービス内容

① 施設サービス計画の立案

② 担当者会議等による施設サービス計画の見直し

③ 食事の提供(食事は原則として食堂でおとりいただきます)

朝食8:00～ 昼食12:00～ 夕食18:00～

④ 入浴(一般浴槽にて対応いたします。また、介助の必要な方はシャワーチェア等により入浴介助いたします。入所利用者は、週に最低2回ご利用いただきます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。

⑤ 医学的管理・看護

当施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師、看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして医療、看護を行います。

⑥ 介護

⑦ リハビリテーション

週 3 回のリハビリを実施。原則としてリハビリテーション室(機能訓練室)や居室にて行いますが、施設内でのすべての活動がリハビリテーション効果を期待したものとなっています。

⑧ 相談援助サービス

⑨ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理などのサービスを提供します。

⑩ 理美容サービス(原則 月に1回実施します)

⑪ 行政手続き代行(要介護認定更新手続等)

⑫ ターミナルケア(看取り)サービス

⑬ 日常生活の活性化を図るための活動

これらのサービスの中には利用者の方から基本料金とは別に使用料をいただくこともありますのでご了承ください。

3. 通常の送迎の実施区域

玖珠町九重町内 (道路状況によっては対応できないこともあります)

入退所に関わる送迎対応は原則、家族にお願い致しております。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には速やかに対応をお願いするようにしています。なお、緊急の場合には、緊急時の連絡先にご記入いただいた連絡先に連絡します。

① 協力医療機関

・名称：溪和ファミリークリニック 住所：玖珠郡九重町大字町田字瀧ノ尻 910 番地 1

・名称：矢原医院 住所：玖珠郡九重町大字右田1028番地11

・名称：小中病院 住所：玖珠郡玖珠町大字塚脇123番地

② 協力歯科医療機関

・名称：井上歯科 住所：玖珠郡九重町大字右田737番地3

5. 施設利用に際しての留意事項

① 介護保険被保険者証

ご利用のお申し込みの際し、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。

② 面会(事前に電話等にてお申し出ください)

受付時間は9時から17時

電話番号 0973-78-8000

面会時間は9時30分から11時、13時から16時までの間とします。但し、特別な事情がある場合は事前のお申し出によって時間外に行なうことができます。

③ 外出・外泊

事前に電話等にてお申し出を頂き、必ず許可を得てください。

尚、外泊は最長7日までとなっています。

④ 他科受診

入所中に必要な日常的な医療は、施設医師を含めた職員が担当することになっていますが、病状によっては施設医師の指示のもと他科受診することになっています。入所中の医療機関受診は施設医師の指示が必要となりますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

⑤ 飲食の持ち込み

施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。飲食などの持ち込みは原則ご遠慮いただいておりますが、持ち込みを希望される場合は、当施設支援相談員にご相談願います。

⑥ 飲酒・喫煙

医師の指導のもとに行なって頂きます。飲酒は許可が必要です。喫煙は定められた場所で行います。ライター等は必ず職員へ預けてください。

⑦ 火気の取り扱い

火気の施設内への持ち込みは禁止です。

⑧ 設備・備品の利用

故意に破損したりまたは許可なく施設外に持ち出したり処分したりしないようお願いします。

⑨ 所持品・備品などの持ち込み

必ず氏名を記入し各自で管理をお願いします。(自己管理が難しい所持品・備品につきましては家族へ引き取りをお願いする場合があります。)

⑩ 金銭・貴重品の管理

家族の方が管理してください。利用者が管理をする場合、紛失等の事故があっても施設での責任は負いません。

⑪ ペットの持ち込み

原則として禁止します。

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送って頂くために、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。

7. 事故発生時の対応

当施設では日頃より事故の未然防止に努めていますが、万一事故が発生した場合は速やかに家族及び必要な関係機関等に連絡を行うとともに必要な対応を行います。また、施設サービスの提供により利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償などの措置を速やかに行うようにいたします。(損害賠償がなされない場合)事業所は自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下に該当する場合には事業所は損害賠償責任を免れます。

1. 利用者及びその家族が、契約締結に際し、その心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行なった事に起因して損害が発生した場合

2. 利用者及びその家族が、サービスの実施に当たって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行なった事に起因して損害が発生した場合
3. 利用者の急激な体調の変化等、事業所が実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合
4. 利用者が事業所もしくは職員の指示等に反して行った行為に起因して損害が発生した場合

8. 非常災害対策

- ・ 防災設備 防災無線、スプリンクラー、消火器、自動火災報知設備、垂壁等
- ・ 防火管理者は施設職員に対して防火教育、消防訓練を実施する
 - ① 防火教育及び基本訓練(消火・通報・避難)・・・年2回以上
 - ② 非常災害用設備の使用方法的徹底
 - ③ その他、夜間を想定した訓練等、必要な訓練及び災害防止策についても、必要に応じて対処する体制をとる

9. 要望及び苦情等の相談

当施設では「ご要望・苦情等の相談窓口」を設け、支援相談員、介護支援専門員、苦情処理委員会等が受付担当者となっていますので、ご相談ください。

- ・電話 0973-78-8000
- ・FAX 0973-78-8188
- ・受付時間 月曜～日曜日 9:00～17:00

要望や苦情などは受付担当者にお寄せいただければ速やかに対応いたします。

受付に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、投函にてお申し出いただくこともできます。

10. 公的機関における苦情申し出先

1. 九重町健康福祉課

所在地：大分県玖珠郡九重町大字後野上8-1

電話：0973-76-3821

(土曜日・日曜日・祭日を除く)

2. 大分県国民健康保険連合会

所在地：大分県大分市大手町2-3-12

電話：097-534-8470

(土曜日・日曜日・祭日を除く)

(入所) 第4段階(基準単価) 世帯に課税者がいる者・市町村民税本人課税者

要介護度	居室	サービス費	食材料費	居住費	夜勤職員 配置加算	短期集中リハビリ リテーション 加算	1日合計	30日合計
1	多床室	871	1,600	437	24	注1)	2,932	87,960
	個室	788	1,600	1,728	24	注1)	4,140	124,200
2	多床室	947	1,600	437	24	注1)	3,008	90,240
	個室	863	1,600	1,728	24	注1)	4,215	126,450
3	多床室	1,014	1,600	437	24	注1)	3,075	92,250
	個室	928	1,600	1,728	24	注1)	4,280	128,400
4	多床室	1,072	1,600	437	24	注1)	3,133	93,990
	個室	985	1,600	1,728	24	注1)	4,337	130,110
5	多床室	1,125	1,600	437	24	注1)	3,186	95,580
	個室	1,040	1,600	1,728	24	注1)	4,392	131,760

(入所) 第3段階①(世帯全員が市町村民税非課税かつ本人の年金収入等120万円以下)

要介護度	居室	サービス費	食材料費	居住費	夜勤職員 配置加算	短期集中リハビリ リテーション 加算	1日合計	30日合計
1	多床室	871	650	430	24	注1)	1,975	59,250
	個室	788	650	1,370	24	注1)	2,832	84,960
2	多床室	947	650	430	24	注1)	2,051	61,530
	個室	863	650	1,370	24	注1)	2,907	87,210
3	多床室	1,014	650	430	24	注1)	2,118	63,540
	個室	928	650	1,370	24	注1)	2,972	89,160
4	多床室	1,072	650	430	24	注1)	2,176	65,280
	個室	985	650	1,370	24	注1)	3,029	90,870
5	多床室	1,125	650	430	24	注1)	2,229	66,870
	個室	1,040	650	1,370	24	注1)	3,084	92,520

(入所) 第3段階②(世帯全員が市町村民税非課税かつ本人の年金収入等120万円超)

要介護度	居室	サービス費	食材料費	居住費	夜勤職員 配置加算	短期集中リハビリ リテーション 加算	1日合計	30日合計
1	多床室	871	1,360	430	24	注1)	2,685	80,550
	個室	788	1,360	1,370	24	注1)	3,542	106,260
2	多床室	947	1,360	430	24	注1)	2,761	82,830
	個室	863	1,360	1,370	24	注1)	3,617	108,510
3	多床室	1,014	1,360	430	24	注1)	2,828	84,840
	個室	928	1,360	1,370	24	注1)	3,682	110,460
4	多床室	1,072	1,360	430	24	注1)	2,886	86,580
	個室	985	1,360	1,370	24	注1)	3,739	112,170
5	多床室	1,125	1,360	430	24	注1)	2,939	88,170
	個室	1,040	1,360	1,370	24	注1)	3,794	113,820

(入所) 第2段階(世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額+合計所得が80万円以下)

要介護度	居室	サービス費	食材料費	居住費	夜勤職員 配置加算	短期集中リハビリ リテーション 加算	1日合計	30日合計
1	多床室	871	390	430	24	注1)	1,715	51,450
	個室	788	390	550	24	注1)	1,752	52,560
2	多床室	947	390	430	24	注1)	1,791	53,730
	個室	863	390	550	24	注1)	1,827	54,810
3	多床室	1,014	390	430	24	注1)	1,858	55,740
	個室	928	390	550	24	注1)	1,892	56,760
4	多床室	1,072	390	430	24	注1)	1,916	57,480
	個室	985	390	550	24	注1)	1,949	58,470
5	多床室	1,125	390	430	24	注1)	1,969	59,070
	個室	1,040	390	550	24	注1)	2,004	60,120

(入所) 第1段階 (生活保護等)

要介護度	居室	サービス費	食材料費	居住費	夜勤職員 配置加算	短期集中リハビ リテーション 加算	1日合計	30日合計
1	多床室	871	300	0	24	注1)	公費本人負担有無 により、金額異なる	
	個室	788	300	550	24	注1)		
2	多床室	947	300	0	24	注1)		
	個室	863	300	550	24	注1)		
3	多床室	1,014	300	0	24	注1)		
	個室	928	300	550	24	注1)		
4	多床室	1,072	300	0	24	注1)		
	個室	985	300	550	24	注1)		
5	多床室	1,125	300	0	24	注1)		
	個室	1,040	300	550	24	注1)		

(料金表) 2割負担

(入所) 第4段階 (基準単価)

要介護度	居室	サービス費	食材料費	居住費	夜勤職員 配置加算	短期集中リハビ リテーション 加算	1日合計	30日合計
1	多床室	1,742	1,600	437	48	注1)	3,827	114,810
	個室	1,576	1,600	1,728	48	注1)	4,952	148,560
2	多床室	1,894	1,600	437	48	注1)	3,979	119,370
	個室	1,726	1,600	1,728	48	注1)	5,102	153,060
3	多床室	2,028	1,600	437	48	注1)	4,113	123,390
	個室	1,856	1,600	1,728	48	注1)	5,232	156,960
4	多床室	2,144	1,600	437	48	注1)	4,229	126,870
	個室	1,970	1,600	1,728	48	注1)	5,346	160,380
5	多床室	2,250	1,600	437	48	注1)	4,335	130,050
	個室	2,080	1,600	1,728	48	注1)	5,456	163,680

(料金表) 3割負担

(入所) 第4段階 (基準単価)

要介護度	居室	サービス費	食材料費	居住費	夜勤職員 配置加算	短期集中リハビ リテーション 加算	1日合計	30日合計
1	多床室	2,613	1,600	437	72	注1)	4,722	141,660
	個室	2,364	1,600	1,728	72	注1)	5,764	172,920
2	多床室	2,841	1,600	437	72	注1)	4,950	148,500
	個室	2,589	1,600	1,728	72	注1)	5,989	179,670
3	多床室	3,042	1,600	437	72	注1)	5,151	154,530
	個室	2,784	1,600	1,728	72	注1)	6,184	185,520
4	多床室	3,216	1,600	437	72	注1)	5,325	159,750
	個室	2,955	1,600	1,728	72	注1)	6,355	190,650
5	多床室	3,375	1,600	437	72	注1)	5,484	164,520
	個室	3,120	1,600	1,728	72	注1)	6,520	195,600

(2024年4月1日現在)

入所その他の加算 (対象の方のみの算定) 1単位10円	1割負担	2割負担	3割負担
<input type="checkbox"/> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ	51	102	153
<input type="checkbox"/> 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	450	900	1350
<input type="checkbox"/> 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	480	960	1440
<input type="checkbox"/> 初期加算(Ⅰ) (1日) 30日間	60	120	180
<input type="checkbox"/> 初期加算(Ⅱ) (1日) 30日間	30	60	90
<input type="checkbox"/> 療養食加算 (1食)	6	12	18
<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算 (1日)	11	22	33
<input type="checkbox"/> 再入所時栄養連携加算	200	400	600
<input type="checkbox"/> 退所時栄養情報連携加算(月に1回)	70	140	210
<input type="checkbox"/> 経口維持加算(Ⅰ)(月に1回)	400	800	1200
<input type="checkbox"/> 経口維持加算(Ⅱ)(月に1回)	100	200	300
<input type="checkbox"/> 経口移行加算 (1日) (180日以内)	28	56	84
<input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ) (1日)注)1	258	516	774
<input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ) (1日)注)1	200	400	600
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ) (1日)	240	480	720
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ) (1日)	120	240	360
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算 (1日)	120	240	360
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (1日)7回まで	200	400	600
<input type="checkbox"/> 外泊時費用	362	724	1086
<input type="checkbox"/> 外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)	800	1600	2400
<input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算(Ⅰ) (月に1回)	90	180	270
<input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算(Ⅱ) (月に1回)	110	220	330
<input type="checkbox"/> 緊急時施設療養費(緊急時治療管理)	518	1036	1554
<input type="checkbox"/> 所定疾患施設療養費(Ⅰ) 1日1回7日を限度	239	478	717
<input type="checkbox"/> 所定疾患施設療養費(Ⅱ) 1日1回10日を限度	480	960	1440
<input type="checkbox"/> 排泄支援加算(Ⅰ)(月に1回)	10	20	30
<input type="checkbox"/> 排泄支援加算(Ⅱ)(月に1回)	15	30	45
<input type="checkbox"/> 排泄支援加算(Ⅲ)(月に1回)	20	40	60
<input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) (月に1回)	3	6	9
<input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) (月に1回)	13	26	39
<input type="checkbox"/> 入退所前連携加算(Ⅰ)	600	1200	1800
<input type="checkbox"/> 入退所前連携加算(Ⅱ)	400	800	1200
<input type="checkbox"/> 退所時情報提供加算(Ⅰ)	500	1000	1500
<input type="checkbox"/> 退所時情報提供加算(Ⅱ)	250	500	750
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示加算	300	600	900
<input type="checkbox"/> 試行的退所時指導加算	400	800	1200
<input type="checkbox"/> かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ	140	280	420
<input type="checkbox"/> かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ	70	140	210
<input type="checkbox"/> かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	240	480	720
<input type="checkbox"/> かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	100	200	300
<input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 (31~45日前)	72	144	216
<input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 (4~30日前)	160	320	480
<input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 (2~3日前)	910	1820	2730
<input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 (死亡日)	1900	3800	5700
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	44	66
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	36	54
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	12	18
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	6	9
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	8	12
<input type="checkbox"/> 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150	300	450
<input type="checkbox"/> 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120	240	360
<input type="checkbox"/> 自立支援促進加算 (月に1回)	300	600	900

注)1 入所日より起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合

(令和6年4月1日現在)

入所その他の加算 (対象の方のみの算定) 1単位10円	1割負担	2割負担	3割負担
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ) (月に1回)	53	106	159
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ) (月に1回)	33	66	99
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) (月に1回)	40	80	120
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) (月に1回)	60	120	180
<input type="checkbox"/> 協力医療機関連携加算 (月に1回)	100	200	300
<input type="checkbox"/> 緊急時治療管理 (1日)	518	1036	1554
<input type="checkbox"/> 安全対策体制加算 (入所中1回)	20	40	60
<input type="checkbox"/> 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) (月に1回)	10	20	30
<input type="checkbox"/> 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) (月に1回)	5	10	15
<input type="checkbox"/> 新興感染症等施設療養費 1月1回5日を限度	240	480	720
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) (月に1回)	100	200	300
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (月に1回)	10	20	30

(令和6年4月1日現在)

<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	3.9%
<input type="checkbox"/> 介護職員特定処遇改善加算 (Ⅱ)	1.7%
<input type="checkbox"/> 介護職員等ベースアップ等支援加算	0.8%

(令和6年6月1日以降)

<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	7.5%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	7.1%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	5.4%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	4.4%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)	6.7%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)	6.5%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)	6.3%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)	6.1%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)	5.7%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)	5.3%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)	5.2%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)	4.6%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)	4.8%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10)	4.4%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11)	3.6%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12)	4.0%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13)	3.1%
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14)	2.3%

療養にかかわる覚書

当施設は介護老人保健施設であり、利用者の安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上をめざし総合的に援助を行います。その為にご利用者の皆さま方個々に応じた医療・看護・介護・リハビリテーションを実施します。高齢者は様々な疾患の既往症をお持ちであることが多いですが、病気を発症してもはっきりとした症状が出るのが少なかったり、急に病状が変化することがあります。病状によっては病院の治療が必要となることもあり、その際に施設から本人・家族に説明のうえ病院への転院調整をさせていただきます。

1. 特別な事情がない限り、症状によって受診先は矢原医院もしくは協力医療機関小中病院、になります。

特別な事情がある場合の受診・転院先の希望がありますか。

病院名（ ）

理由（ ）

2. 当施設では、利用者への提供薬剤の内容を年齢や体調を総合的に評価して、適宜変更させていただきます。特に高齢者は多剤併用による副作用が多く、薬の種類を積極的に減らしています。

3. 終末期のご希望はありますか。

1) 延命治療を希望 具体的内容（ ）

2) 延命治療は行わない

4. 利用者が要介護認定において自立（非該当）または要支援と認定された場合、入所利用は終了となります。

利用者の様々なリスクについての説明書

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、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

《高齢者の特徴に関して》

- 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。
- 老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性がります。
- 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。
- 高齢者の皮膚は薄く、わずかな外力・摩擦で表皮剥離を生じることがあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 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ます。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患、誤嚥や誤飲、窒息により急変・急死される場合もあります。
- 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。
- 高齢者は代謝能力の低下に伴い、薬に対して敏感で副作用を起こしやすいと考えられるため、必要に応じて薬を減らすことがあります。
- 居室やベッドの位置など、ご希望に添えない事があります。また、施設が必要と判断した場合には至急転室して頂き、感染対策として無理なお願いをすることもございます。ご協力をお願いします。
- 時間帯によって（特に19時～翌朝7時）は対応する職員の勤務体制により、個別の対応までにお時間を要する場合があります。
- 徘徊による離脱の可能性がります。

これらのことは、一部ご自宅でも起こりうることでありますので、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

映像解析カメラシステム（みまもり CUBE）の使用説明書及び同意書

介護老人保健施設ケアポート溪和は、利用者の安全と事故予防、事故発生時の早期発見を行うことを目的として映像解析カメラシステム（みまもり CUBE）を居室内、または共有スペースに設置し使用を行います。行動の制限など身体的拘束の用途には使用しません。使用については下記の内容で運用を行います。

記

【カメラの使用目的】

利用者の安全と事故予防、事故発生時の早期発見を行うことを目的に使用します。

【カメラ及びモニターの使用方法】

- ① 設置場所 カメラ：居室内、または共有スペース
モニター：2階各スタッフコーナー 及び スマートフォン
- ② 確認方法 2階各スタッフコーナー 及び スマートフォンにて確認
- ③ 使用時間 24時間 365日
- ④ 保存期間 7日間を限度とし、順次上書きされます。

なお、音声記録は保存されません。また、音声は聴取できない設定で使用します。

【映像の利用制限】

- ① 映像の利用は、安全上の使用目的の範囲で行います。
- ② 画像から知り得た情報の使用等については、当法人の個人情報保護方針に基づき重要事項説明書別紙6のとおり定め、適切に取り扱います。

個人情報の利用目的
(2024年4月1日現在)

介護老人保健施設ケアポート浜和では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的及び情報開示を以下のとおり定めます。

1. 利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

[介護老人保健施設内部での利用目的]

- ・当施設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
 - ①入退所等の管理
 - ②会計・経理
 - ③事故等の報告
 - ④当該利用者の介護・医療サービスの向上
 - ⑤説明・同意、諸記録の保存・交付等において同意の意思表示の確認をおこなう場合
 - ⑥緊急事態発生時等、Eメール等の電磁的方法を活用し情報提供する場合

[他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ①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
 - ②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
 - ③検体検査業務の委託その他の業務委託
 - ④家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - ①保険事務の委託
 - ②審査支払機関へのレセプトの提出
 - ③審査支払機関または保険者からの照会への回答
 - ④損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出等

2. 上記以外の利用目的

[当施設の内部での利用に係る利用目的]

・当施設の管理運営業務のうち

①医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

②当施設において行なわれる学生の実習への協力

③当施設において行なわれる事例研究

④居室入口及び室内における氏名の掲示並びに施設内及び広報誌等における写真の掲載

[他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

・当施設の管理運営業務のうち

①外部監査機関への情報提供

②広報誌等における写真の掲載

3. 会議や多職種連携における ICT の活用について

運営基準や加算の要件などにおいて実施が求められる各種会議等について、感染防止や多職種連携促進の観点から、ICT(テレビ電話)等を活用しての実施を行う場合。

4. その他の活用について

①当法人のホームページへの写真掲載

②このえケーブルテレビへの取材・放送 合同新聞その他各新聞の取材・掲載

5. 情報開示について

閲覧可能な記録情報等 — 介護記録、カルテ、ケアプラン、各種検査記録等、その他の介護・福祉サービスを提供する過程で記録された一切の書面

☆閲覧請求できる方 — 利用者のプライバシー保護に配慮し、原則的に閲覧が可能な方は利用者本人のみとなります。法定代理人、親族の方など、本人以外の方の閲覧については受付窓口へお問い合わせください。利用者の承諾、またはその他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

注意事項 対象となる情報の開示が、利用者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがある場合や第三者の利益を害する場合は、申請に応じられないことがあります。また、原則として電話での閲覧請求はお受けできません。

本書面(別紙1、2、3、4、5、6)の内容を証するため、本書を2通作成し、契約書、当施設が記名捺印のうえ各1通を保有するものとします。

____年 ____月 ____日

介護老人保健施設サービスの提供に際し、本書面にに基づき別紙(重要事項説明書)1、2、3、4、5、6の説明を行いました。

介護老人保健施設 ケアポート溪和 支援相談員 _____ ㊟

私は、本書面に基づいて上記職員から別紙1、2、3、4、5、6の説明を受け、十分に理解し、介護老人保健施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者 _____ ㊟

代筆者 _____ ㊟

身元引受人 _____ ㊟

(本人との続柄 _____)

介護老人保健施設ケアポート溪和
施設長 栗林 良子 殿

介護保険外サービス利用料同意書

1 日用品費 1日150円（税込）

日常生活上における身の回りの環境面と身体清拭、清潔保持等に関する必要な費用であり、施設で用意するものをご希望により、ご利用いただく場合にお支払いいただきます。

希望します

希望しません

2 電気料 1日50円（税込） テレビ、電気毛布、電気アンカ等の電気製品をご使用の場合は、器具1つにつき1日50円（税込）お支払いいただきます。

3 理美容代（実費）理美容をご利用された場合、実費にてお支払いいただきます。

4 健康管理費（実費）予防接種に係る費用で、予防接種を希望された場合にお支払いいただきます。

5 クリーニング代（実費）クリーニングをお申込みされた場合、実費にてお支払いいただきます。

6 私物洗濯代 私物の洗濯を施設に希望される場合にお支払いいただきます。

洗濯代 150円（税込） 、 乾燥代 250円（税込）

毛布洗濯・乾燥代 800円（税込）

7 文書料 文書の発行を施設に希望される場合にお支払いいただきます。

死亡診断書料 3,300円（税込）

他文書等（実費）

8 口腔ケアに必要な物品費 施設スタッフにより口腔内の清潔保持等に口腔ケア物品が必要と認められるご利用者に対し、ご希望を確認の上、提供した場合にお支払いいただきます。

抗菌コマきり（実費）

舌ブラシ（実費）

義歯ブラシ（実費）

9 ターミナルケアに必要な物品費

エンゼルセット（実費）

浴衣代（実費）

10 学習療法費（実費） 学習療法を希望され、サービスを提供した場合、実費にてお支払いいただきます。

11 オムツパット代（実費）

施設利用時に使用するオムツパット代は、サービス費の中に含まれています。それ以外で使用された場合、実費にてお支払いいただきます。

12 その他の費用 その他の利用料が発生すべきサービス等を提供した場合は、その都度利用者又はその家族に説明し、同意を得たものにより料金をお支払いいただきます。

.....
介護老人保健施設のサービスを利用するにあたり、利用者負担に関して、担当者よりその内容について説明を受けました。その内容を十分に理解し、これらのサービスを利用した場合にその対価としてここに示してある貴施設が定める料金を支払うことについて同意いたします。

年 月 日

利用者氏名 _____ (印)

利用者ご家族氏名 _____ (印)