

# 介護老人保健施設 高砂白寿苑入所利用

## 重要事項説明書

(令和6年4月1日現在)

### 1. 施設の概要

#### (1)施設の名称等

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| 施設名      | 社会医療法人社団 順心会 介護老人保健施設 高砂白寿苑 |
| 開設年月日    | 平成16年 8月 1日                 |
| 所在地      | 〒671-0123 兵庫県高砂市北浜町西浜773-1  |
| 電話番号     | 079-247-9811                |
| FAX      | 079-247-9815                |
| 施設長名     | 堀尾 英範                       |
| 介護保険指定番号 | 2852180039                  |

#### (2)建物概要・主な設備

|      |  |                    |
|------|--|--------------------|
| 建 物  | 建物構造   | 鉄筋コンクリート造 4階建      |
|      | 敷地面積   | 3798.55㎡           |
|      | 延床面積   | 4224.14㎡           |
| 定 員  | 入所定員   | 100名(うち認知症専門棟 50名) |
|      | 通所リハビリテーション  | 40名(予防給付を含む)       |
| 居 室  | 4人部屋   | 2階・3階 各6室/計12室     |
|      | 2人部屋   | 2階・3階 各4室/計8室      |
|      | 個室   | 2階・3階 各18室/計36室    |
| 浴 室  | 一般浴槽・特殊浴槽  | 1階～3階 (各フロア毎に設置)   |
| 主な設備 | 食堂・デイルーム・機能訓練室・診察室・相談室・家族介護教室・会議室・厨房・サービスステーション・洗面所・トイレ *全館冷暖房完備 |                    |

### 2. 事業の目的と運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | <p>介護老人保健施設は、病状が安定期にある方に対し、施設サービス計画書に基づいて、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療や日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻る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。</p> <p>したがって、長期にご利用いただく施設ではなく、入所期間は原則6ヶ月とし、3ヶ月毎に入所継続の可否を検討します。</p> <p>在宅復帰の場合には、療養環境の調整などの退所時の支援も行いますので、安心して退所していただけます。</p> |
| 運営の方針 | <p>介護が必要な方に対し、家庭的な雰囲気のもと、各専門職が協同して利用者一人一人の状態に合わせたケアサービスを提供し、利用者の自立と家庭復帰を支援します。</p>   |

### 3. 施設の職員体制等（勤務者は上記人員以上を配置しています。）

| 職 種     | 業 務   | 人 員       |
|---------|---|-----------|
| 施設長     | 施設職員の管理・指導を行う。                                      | 1名(下記と兼務) |
| 医師      | 利用者の日常的な医学的管理・対応を行う。                                | 1名以上      |
| 看護職員    | 医師の指示に基づく診療補助行為、利用者の施設サービス計画に基づく看護を行う。              | 10名以上     |
| 介護職員    | 利用者の施設サービス計画に基づく日常生活全般の介護を行う。                       | 24名以上     |
| 理学療法士等  | リハビリテーションプログラムの作成、機能訓練の実施・指導を行う。                    | 1名以上      |
| 管理栄養士   | 栄養管理・指導、栄養マネジメント等の栄養状態の管理を行う。                       | 1名以上      |
| 介護支援専門員 | 施設サービス計画の原案作成、サービス担当者会議の開催、要介護認定更新申請手続き代行、相談援助等を行う。 | 1名以上      |
| 支援相談員   | 入所者の受け入れ、利用者および家族からの相談への対応、市町村・各関係機関との連携を図る等を行う。    | 1名以上      |
| 薬剤師     | 医師の指示に基づく調剤、薬剤管理等を行う。                               | 0.34名以上   |
| 事務長     | 事務業務の統括を行う。   | 1名        |
| 事務員     | 各種事務処理を行う。  | 1名以上      |

### 4. 施設サービスの内容

#### (1) 介護保険給付対象サービス

| 種 類         | 内 容  |
|-------------|--|
| 施設サービス計画の作成 | ① 介護老人保健施設でのサービスは、施設サービス計画書に基づき、可能な限り、在宅復帰を目指して提供されます。<br>② この計画は、利用者に関するあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご本人と家族のご希望を十分取り入れ、内容について同意を得て立案・交付をさせていただきます。   |
| 健康管理（医療・看護） | ① 介護老人保健施設は、病院での医療の必要がない方が入所対象ですが、医師・看護師が常勤していますので、利用者の身体状況に応じた適切な医療・看護を行います。<br>② 入所者の処方・処置および受診の必要性の判断については、施設医の判断に基づいて行います。<br>③ 緊急時・心身状態の急変時等、施設医が必要と判断した場合には、主治医あるいは協力医療機関等に速やかに引き継ぎます。 |
| 栄養管理        | ① 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と身体状態に配慮した食事を提供します。<br>② 利用者ごとの栄養状態・食形態に配慮した栄養ケア計画を作成し、定期的に評価を行い、必要に応じて見直しを行います。   |
| 機能訓練        | ① 専門スタッフ(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下防止に努めます。<br>② 3 か月毎に個別リハビリテーション実施計画書の評価を行い、必要に応じて見直しを行います。<br>③ 身体状況に応じた福祉用具を調整します。   |
| 食 事（治療食含む）  | ① 食事時間:朝食 7時30分～ 昼食 12時～ 夕食 18時～<br>② 食事は、原則としてデイルームでおとりいただきます。  |
| 口腔ケア        | 利用者の摂食嚥下状態を把握し、誤嚥防止に配慮した口腔ケアや訓練を行います。  |

|            |  |
|------------|--|
| 入浴         | ①週2回の入浴または清拭を行います。<br>②身体状況に合わせて一般浴または特浴で入浴していただきます。                                 |
| 排泄         | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                       |
| 離床・着替え・整容等 | ①身体機能維持のためにもできる限り離床に配慮します。<br>②身の回りのお手伝いをします。<br>③シーツ交換は、定期では週1回実施します。その他、必要時に実施します。 |
| レクリエーション   | ①各フロア毎に行っています。<br>②内容は週間サービス計画書を参照してください。  |
| 相談および援助    | ①入所者とそのご家族からのご相談に応じます。<br>②行政手続き代行(介護保険申請など)を行います。<br>③市町村、事業者等との連絡調整を行います。          |

## (2)介護保険給付対象外サービス

| 種類    | 内容  |
|-------|---|
| 日用品費  | ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉、バスタオル、タオル、おしぼり、シャンプー等の施設内で利用していただく日用品です。    |
| 理美容   | ①訪問は、各フロア一月1回(基本的には第1週目の月・火)です。<br>②美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。 |
| 歯科    | 歯科医・歯科衛生士の出張による歯科受診サービスをご利用いただけます。                              |
| 衣類リース | 衣類リースもしくは私服を選択して頂きます。   |
| その他   | 電話代金、新聞購読料、各種診断書等ご要望のサービスは、別途実費費用が必要です。                         |

## 5. 利用料金

介護保険のサービス費は、「単位」で表示されます。人件費や物価などに地域差があるため、地域によって割増があります。高砂市は1単位10.14円になります。

利用者負担の割合は全体の1割から3割で、9割から7割は介護保険により支払われます。

### (1)基本サービス費

在宅復帰・在宅療養支援機能により、在宅強化型・基本型・その他と基本サービス費が異なります。

#### 【基本型】

| 介護区分        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5  |
|-------------|------|------|------|------|-------|
| 多床室/日(単位)   | 793  | 843  | 908  | 961  | 1,012 |
| 従来型個室/日(単位) | 717  | 763  | 828  | 883  | 932   |

#### 【在宅強化型】

| 介護区分        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3  | 要介護4  | 要介護5  |
|-------------|------|------|-------|-------|-------|
| 多床室/日(単位)   | 871  | 947  | 1,014 | 1,072 | 1,125 |
| 従来型個室/日(単位) | 788  | 863  | 928   | 985   | 1,040 |

#### 【その他】

| 介護区分        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-------------|------|------|------|------|------|
| 多床室/日(単位)   | 777  | 826  | 889  | 941  | 991  |
| 従来型個室/日(単位) | 703  | 748  | 812  | 865  | 913  |

## (2) その他の料金

| 種 類    | 内 容  |
|--------|--|
| 日用品費   | 施設内にて使用していただく日用品(ティッシュペーパー、歯ブラシ、タオル類等)。210円/日  |
| 電気代    | ご持参の電気製品(テレビ等)を使用する場合の電気代。 10円/日   |
| 衣類リース費 | 肌着・下着・靴下・リハビリウェア等。 620円/日  |
| 理美容代   | 実 費 カット(ブロー、顔そり含む) 2,000円/回  |
| その他    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・インフルエンザ予防接種費、歯科受診費、電話代金等は実費いただきます。</li> <li>・他施設に提出する情報提供書を作成した場合、診断書料5,000円(税抜)と検査(血液検査、レントゲン等)に関わる費用は実費いただきます。</li> <li>・入所者が当該施設内で死亡した場合、死後処置費 2,000円(税抜)、死亡診断書 5,000円(税抜き)がかかります。寝巻を使用した場合は、別途、寝巻代 1,600円(税抜)が必要。</li> </ul> |

## (3) 居住費及び食費

低所得の方の施設利用が困難とならないように、申請により居住費・食費は下表の負担限度額までの自己負担となります(1日あたり)。各市町村への申請と有効期間ごとの更新が必要となります。

| 利用者負担<br>段階 | 居住費等の負担限<br>度額 |           | 食費     | 負担限度額内容   |
|-------------|----------------|-----------|--------|---|
|             | 多床室            | 従来型個<br>室 |        |   |
| 第1段階        | 0円             | 490円      | 300円   | 世帯全員が市民税非課税である老齢福祉年金受給者・生活保護受給者                 |
| 第2段階        | 370円           | 490円      | 390円   | 世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円以下の方        |
| 第3段階①       | 370円           | 1,310円    | 650円   | 世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円超、120万円以下の方 |
| 第3段階②       | 370円           | 1,310円    | 1,360円 | 世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円超の方        |

※その他、預貯金などの資産に関する要件があります。

※「介護保険負担限度額認定証」が発行されましたら、事務所受付へご提示ください。

※令和6年8月より、基準費用額(居住費)が1日当たり60円分増額となります。

利用者負担第1段階の多床室利用者については、負担限度額は据え置きとなります。

(4) 加算

科学的介護情報システム LIFE(ライフ)について

科学的介護情報システム(LIFF)とは

エビデンス(根拠)に基づくデータ収集や分析を行い、それらをLIFEへ提出し、蓄積されたデータからフィードバックを受け、利用者ごとの計画に基づくケアの改善・評価を行う事。

【基本型・在宅強化型共通】

| 加算項目                 | 加算費用  | 内 容  |
|----------------------|---|--|
| 初期加算                 | (Ⅰ)60単位/日<br>(Ⅱ)30単位/日                            | (Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれかに適合する介護老人保健施設で、急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後 30 日以内に退院し、施設に入所した場合に算定。ただし初期加算(Ⅱ)を算定している場合は、算定しない。<br>・施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関と定期的に情報共有を行っている。<br>・空床情報について、施設のウェブサイト定期的に公表し、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に情報共有を行っていること。<br>(Ⅱ)入所日から起算して30日以内の期間についての加算。                               |
| 夜勤職員配置加算             | 24単位/日  | 夜勤者が 2 名を超え、入所者数20名毎に1名、その端数を増す毎に1名以上の夜勤人員を配置している場合。   |
| 外泊時費用                | 362単位/日   | 1ヶ月に 6 日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位として算定。ただし、外泊の初日と最終日は除く。   |
| 外泊時費用(在宅サービスを利用する場合) | 800単位/日   | 当該入所者が、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、1ヶ月に 6 日を限度として所定単位数に代えて1日につき800単位として算定。ただし、外泊の初日と最終日は除く。  |
| 短期集中リハビリテーション実施加算    | (Ⅰ)258単位/日<br>(Ⅱ)200単位/日<br>(入所後3か月以内)            | (Ⅰ)医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が入所後3ヶ月以内の期間に集中的なリハビリテーションを行った場合であって、かつ、原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行い、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直していること。<br>(Ⅱ)医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が入所後3ヶ月以内の期間に集中的なリハビリテーションを行った場合。  |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | (Ⅰ)240単位/日<br>(Ⅱ)120単位/日<br>(入所後3ヶ月以内に限り、3日/週を限度) | 認知症であると医師が判断した者で、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対し、医師又は医師の指示を受けた理学療法士又は言語聴覚士が集中的なリハビリテーションを個別に行った場合。<br>(Ⅰ)次に掲げる基準に適合する介護老人保健施設において、1日につき所定単位数を加算する。<br>① リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。<br>② リハビリテーションを行うに当たり、入所者が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。<br>③ 入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、当 |

|               |  |  |
|---------------|--|--|
|               |  | <p>該訪問により把握した生活環境を踏まえたリハビリテーション計画を作成していること。</p> <p>(II)認知症短期集中リハビリテーション( I )の①及び②に該当するものであること。</p>   |
| 認知症ケア加算       | 76単位/日<br>(認知症専門棟のみ)                                   | 認知症の方で認知症専門棟における処遇が適当であると医師が認めたと入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合。   |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120単位/日<br>(認知症専門棟のみ)                                  | 若年性認知症入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合。   |
| ターミナルケア加算     | (1)72単位/日<br>(2)160単位/日<br>(3)910単位/日<br>(4)1,900 単位/日 | <p>医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した場合に、入所者又は家族の同意を得て、ターミナルケアに係る計画を作成し、医師、看護師、介護職員等が共同し家族の求め等に応じ随時説明を行い、ターミナルケアを行った場合。</p> <p>(1)死亡日 45 日前～31 日前<br/>(2)死亡日 30 日前～4 日前<br/>(3)死亡日前々日、前日<br/>(4)死亡日</p>  |
| 栄養マネジメント強化加算  | 11 単位/日  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士を 50 名につき 1 名以上配置すること</li> <li>・低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察(ミールラウンド)を週 3 回以上行い、入所者ごとの食事の調整等を実施すること</li> <li>・栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること</li> <li>・入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</li> </ul> <p>(LIFE への情報提供とフィードバック情報を踏まえた PDCA サイクルの実施)</p> |
| 再入所時栄養連携加算    | 200単位/回  | 介護保険施設入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、施設入所時と大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の栄養士と連携して、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に、1回限り算定。   |
| 経口移行加算        | 28単位/日<br>(経口移行計画が作成された日から起算して180日以内を限度)               | <p>医師の指示に基づき、他職種が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者に経口移行計画を作成し、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理を行った場合。</p> <p>* 180日を超えた場合でも、経口摂取が一部可能な者で医師の指示に基づき、継続して経口による食事摂取を進めるための栄養管理が必要とされる場合は、引き続き加算を算定。</p>   |
| 経口維持加算        | ( I )400 単位/月<br>(II)100 単位/月                          | ( I )摂食機能障害や誤嚥を有する入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成している場合であって、   |

|                |  |   |
|----------------|--|---|
|                |  | <p>医師又は歯科医師の指示に基づき管理栄養士等が栄養管理を行った場合、1月につき算定。</p> <p>(Ⅱ)経口維持加算(Ⅰ)の食事の観察及び会議等に、人員配置以外の医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、経口維持加算(Ⅰ)に加えて、1月につき算定。</p>   |
| 口腔衛生管理加算       | (Ⅰ)90単位/月<br>(Ⅱ)110単位/月  | <p>(Ⅰ)口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されており、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を年2回以上実施すること。</p> <p>(Ⅱ)加算(Ⅰ)に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、必要な情報を活用していること。</p> <p>(LIFE への情報提供とフィードバック情報を踏まえたPDCA サイクルの実施)</p>   |
| 療養食加算          | 6単位/1食   | <p>食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されており、入所者の年齢・心身の状況によって適切な栄養量および内容の食事の提供を行った場合。</p>   |
| 退所時栄養情報連携加算    | 70単位/回<br>(1月に1回を限度)   | <p>・厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者を対象とする。</p> <p>・管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供を行った場合。</p>  |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算 | (Ⅰ)イ140単位/回<br>(Ⅰ)ロ 70単位/回<br>(Ⅱ) 240単位/回<br>(Ⅲ) 100単位/回<br>(入所者1につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算) | <p>(Ⅰ)イ (1)医師又は薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する研修を受講すること。</p> <p>(2)入所後1ヶ月以内に、かかりつけ医に、状況に応じて処方の内容を変更する可能性があることについて説明し、合意を得ていること。</p> <p>(3)入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、施設の医師と入所者の主治医が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行うこと。</p> <p>(4)入所中に当該入所者の処方内容に変更があった場合、医師・薬剤師・看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、多職種で確認を行うこと。</p> <p>(5)退所時又は退所後1ヶ月以内にかかりつけ医に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。</p> <p>(Ⅰ)ロ ・かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イの要件(1)、(4)、(5)に掲げる基準のいずれにも適合していること。</p> <p>・入所前に6種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行うこと。</p> <p>(Ⅱ)・加算(Ⅰ)イ又はロを算定していること。</p> <p>・入所者の服薬状況等を厚生労働省に提出し、処方に当たって、必要な情報を活用していること。</p> <p>(Ⅲ)・加算(Ⅱ)を算定していること。</p> <p>・退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少していること。</p> <p>(LIFE への情報提供とフィードバック情報を踏まえたPDCA サイクルの実施)</p> |

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| 緊急時施設療養費        | 518単位/日<br>(1回/月、連続する3日を限度)                             | ・緊急時治療管理(1日につき)<br>入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行った場合。  |
| 所定疾患施設療養費       | (Ⅰ)239単位/日<br>(Ⅱ)480単位/日                                | (Ⅰ)肺炎・尿路感染症・带状疱疹・蜂窩織炎、慢性心不全の増悪の治療として投薬・検査・注射・処置等を行った場合。(1月に1回7日を限度)<br>(Ⅱ)(Ⅰ)に加え、医師が感染症対策に関する研修を受講していること。(1月に1回10日を限度)  |
| 協力医療機関連携加算      | (Ⅰ)100単位/月<br>(令和6年度)<br>50単位/月<br>(令和7年度～)<br>(Ⅱ)5単位/月 | ・協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催していること。<br>(Ⅰ)下記の(1)～(3)の要件を満たす場合<br>(1)入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。<br>(2)診療の求めがあった場合、診療を行う体制を常時確保していること。<br>(3)入所者の病状の急変が生じた場合等において、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。<br>(Ⅱ)それ以外の場合  |
| 高齢者施設等感染症対策向上加算 | (Ⅰ)10単位/月<br>(Ⅱ)5単位/月                                   | (Ⅰ)・感染症法に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。<br>・協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。<br>・診療報酬における感染症対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。<br>(Ⅱ)・診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。 |
| 新興感染症等施設療養費     | 240単位/日<br>(1回/月、連続する5日を限度)                             | 入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合。   |
| 排せつ支援加算         | (Ⅰ)10単位/月<br>(Ⅱ)15単位/月<br>(Ⅲ)20単位/月                     | (Ⅰ)・排せつ介護を要する入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて入所時に評価し、少なくとも3月に一回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出すること。<br>・医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、支援計画を作成し、支援を継続して実施していること。<br>・少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。<br>(Ⅱ)・加算(Ⅰ)の算定要件を満たし、要介護状態の軽減が見込まれる者について、排尿・排便の状態の一方が改善もしくは、いずれにも悪化がない、又はおむつ使用ありから使用なしに改善していること。   |



|                  |                          |  |
|------------------|--------------------------|--|
|                  |                          | <p>・又は施設入所時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。</p> <p>(Ⅲ)・加算(Ⅰ)の算定要件を満たし、要介護状態の軽減が見込まれる者について、排尿・排便の状態の一方が改善もしくは、いずれにも悪化がない。</p> <p>・又は施設入所時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。</p> <p>・かつ、オムツ使用ありから使用なしに改善していること。</p> <p>(LIFE への情報提供とフィードバック情報を踏まえたPDCA サイクルの実施)</p>  |
| 褥瘡マネジメント<br>加算   | (Ⅰ)3単位/月<br>(Ⅱ)13単位/月    | <p>(Ⅰ)・入所者ごとに、施設入所時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡のリスクについて、施設入所時に評価するとともに、3月に1回は、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報等を活用していること。</p> <p>・褥瘡が発生するリスクがあるとされる入所者ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他職種の者が共同して、褥瘡ケア計画を作成していること。</p> <p>・褥瘡管理を実施するとともに、入所者ごとの内容や状態を定期的に記録していること。</p> <p>・3月に1回は、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。</p> <p>(Ⅱ) 加算(Ⅰ)の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等に褥瘡が認められた入所者等について、褥瘡が治癒したこと、又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生がないこと。</p> <p>(LIFE への情報提供とフィードバック情報を踏まえたPDCA サイクルの実施)</p> |
| 認知症専門ケア<br>加算    | (Ⅰ)3単位/日<br>(Ⅱ)4単位/日     | <p>(Ⅰ)認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入所者の1/2以上で、認知症介護実践リーダー研修終了者を配置し、職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的開催している場合。</p> <p>(Ⅱ)Ⅰの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修終了者を配置し、介護・看護職員ごと研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定している場合。</p>   |
| 認知症チームケア<br>推進加算 | (Ⅰ)150単位/月<br>(Ⅱ)120単位/月 | <p>(Ⅰ)</p> <p>(1) 事業所又は施設における利用者総数のうち、日常生活に注意を必要とする認知症の利用者の占める割合が2分の1以上。</p> <p>(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は、認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ複数の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる。</p> <p>(3) 個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づき値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している。</p> <p>(4) 認知症のケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知</p>  |

|                        |  |   |
|------------------------|--|---|
|                        |  | <p>症の行動・心理症状の有無及び程度について定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っている。</p> <p>(II)</p> <p>・(I)の(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合すること。</p> <p>・認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる。</p>  |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算       | 200単位/日<br>(入所した日から7日を限度)                    | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、介護保健施設サービスを行った場合。   |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 | (I)53単位/月<br>(II)33単位/月                      | <p>(I)</p> <p>(1)入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報をLIFEに提出している。必要に応じてリハビリ計画の内容を見直す等、リハビリの実施に当たって、当該情報その他必要な情報を活用している。</p> <p>(2)口腔衛生管理加算(II)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。</p> <p>(3)リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。必要に応じてLIFEに提出した情報を活用していること。</p> <p>(4)共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。</p> <p>(II)</p> <p>(I)の(1)、(3)及び(4)の掲げる基準に適合すること。</p> <p>(LIFEへの情報提供とフィードバック情報を踏まえたPDCAサイクルの実施)</p> |
| 入所前後訪問指導加算             | (I)450単位/日<br>(II)480単位/日<br>(入所中1回を限度)      | <p>(I)入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内または入所後7日以内に退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合。</p> <p>(II)入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内または入所後7日以内に退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合。</p>   |
| 試行的退所時指導加算             | 400単位/回                                      | 入所期間が1ヶ月を超える入所者が試行的に退所する場合において、当該入所者及びその家族等に対して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              | (I)500単位/回<br>(II)250単位/回<br>(入所者1人につき1回を限度) | <p>(I)居宅へ退所する入所者に対して、退所後の主治の医師に対して入所者を紹介する場合、入所者の同意を得て、当該入所者の診療情報、心身の状況、生活歴を示す情報を提供した場合。</p> <p>(II)医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合。</p>  |
| 入退所前連携加算               | (I)600単位<br>(II)400単位                        | (I)①入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、居宅介護支援事業所と連携し、入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス等  |

|             |                            |  |
|-------------|----------------------------|--|
|             | (入所者1人につき1回を限度)            | <p>の利用方針を定めること。</p> <p>②入所期間が1ヶ月を超え、入所者が退所し、居宅サービス等を利用する場合、退所に先立って利用を希望する居宅介護支援事業所に対し、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて居宅サービス等に必要な情報を提供し、かつ、当該居宅介護支援事業所と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関して調整を行うこと。</p> <p>(Ⅱ) 入退所前連携加算(Ⅰ)の②の要件を満たすこと。</p>  |
| 訪問看護指示加算    | 300単位/回<br>(入所者1人につき1回を限度) | 退所時に当施設の医師が診察に基づき、指定訪問看護が必要であることを認め、退所者が選定する指定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。  |
| 自立支援推進加算    | 300単位/月                    | <p>①医師が入所者ごとに、自立支援のために必要な医学的評価を入所時に行い、少なくとも6月に1回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画などの策定等に参加していること。</p> <p>②①の医学的評価の結果、特に自立支援が必要とされた者ごとに、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。</p> <p>③①の医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画をみなおしていること。</p> <p>④①の医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用していること。</p> <p>(LIFEへの情報提供とフィードバック情報を踏まえたPDCAサイクルの実施)</p>   |
| 科学的介護推進体制加算 | (Ⅰ)40単位/月<br>(Ⅱ)60単位/月     | <p>・入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報(科学的介護推進体制加算(Ⅱ)では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報)を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、必要な情報を活用していること。</p> <p>(LIFEへの情報提供とフィードバック情報を踏まえたPDCAサイクルの実施)</p>   |
| 生産性向上推進体制加算 | (Ⅰ)100単位/月<br>(Ⅱ)10単位/月    | <p>(Ⅰ)・(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。</p> <p>・見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。</p> <p>・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。</p> <p>(Ⅱ)・入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。</p> <p>・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。</p> <p>・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。</p> |
| 安全対策体制加算    | 20単位<br>(入所時に1回)           | 外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。  |

|                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| サービス提供<br>体制強化加算              | (Ⅰ) 22単位/日<br>(Ⅱ) 18単位/日<br>(Ⅲ) 6単位/日               | (Ⅰ) 介護職員の内 介護福祉士が80%以上<br>もしくは勤続10年以上 介護福祉士25%以上<br>(Ⅱ) 介護職員の内 介護福祉士が60%以上<br>(Ⅲ) 介護職員の内 介護福祉士50%以上<br>もしくは常勤職員75%以上、もしくは勤続7年以上30%以上  |
| 介護職員処遇<br>改善加算                | *介護老人保健施設のサービス別加算率<br>(Ⅰ)3.9%<br>(Ⅱ)2.9%<br>(Ⅲ)1.6% | 介護職員処遇改善加算は、H23年度まで実施されていた介護職員処遇改善交付金による賃金改善の効果を継続する観点から、介護職員処遇改善交付金を介護報酬に移行し、介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てる事を目的とした加算。<br>介護サービス事業所により、(Ⅰ)～(Ⅲ)に区分されます。  |
| 介護職員等特定<br>処遇改善加算             | (加算Ⅰ)2.1%<br>(加算Ⅱ)1.7%                              | 処遇改善加算に加え、介護福祉士を取得している者を基本条件とし資格取得年数により相当額を支給する加算<br>利用単位数×加算率  |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算              | 加算率<br>0.8%   | 令和4年10月1日より、介護職員の処遇改善を目的に、収入の3%程度を引き上げるために創設された加算<br>利用単位数×加算率  |
| 介護職員等処遇<br>改善加算<br>(令和6年6月施行) | (Ⅰ)7.5%<br>(Ⅱ)7.1%<br>(Ⅲ)5.4%<br>(Ⅳ)4.4%            | 介護職員の処遇を改善するための賃金改善や資質の向上等の取組を行う事業所に認められる加算です。<br>令和6年6月より、介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算が介護職員等処遇改善加算へと新加算として一本化されます。<br>(Ⅰ)新加算(Ⅱ)に加え、以下の要件を満たすこと。<br>・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置している<br>(Ⅱ)新加算(Ⅲ)に加え、以下の要件を満たすこと。<br>・改善後の賃金年額440万円以上が1人以上<br>・職場環境の更なる改善、見える化<br>(Ⅲ)新加算(Ⅳ)に加え、以下の要件を満たすこと。<br>・資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備<br>(Ⅳ)・新加算(Ⅳ)の1/2(4.4%)以上を月額賃金で配分<br>・職場環境の改善(職場環境等要件)<br>・賃金体系等の整備及び研修の実施等<br>利用単位数×加算率 |

【基本型のみ】

| 加算項目                  | 加算費用   | 内 容                                      |
|-----------------------|--------|--|
| 在宅復帰在宅療養<br>支援機能加算(Ⅰ) | 51単位/日 | 在宅復帰・在宅療養支援等指標に基づき、一定の要件を満たした場合、算定できる加算。 |

【在宅強化型のみ】

| 加算項目                  | 加算費用   | 内 容                                      |
|-----------------------|--------|--|
| 在宅復帰在宅療養<br>支援機能加算(Ⅱ) | 51単位/日 | 在宅復帰・在宅療養支援等指標に基づき、一定の要件を満たした場合、算定できる加算。 |

## 6. 支払い方法

|      |   |
|------|---|
| 受付時間 | ① 月～土曜日 9時00分～17時30分<br>② 毎月10日から25日の間に1階事務所受付にて現金でお支払い下さい。 |
| 休業日  | 日曜日及び祝祭日、年末年始(12月30日～1月3日)                                  |

請求書兼領収書を発行いたします。月途中で退所される場合は、上記の受付時間帯に当日精算していただくか、翌月25日までにお支払い下さい。

## 7. その他（各市町村に申請の必要なサービス）

以下のサービス(高額介護サービス費、食事・居住費の負担額の減額、高額医療・高額介護合算制度)については、各市町村の介護保険課への申請が必要です。なお、各制度の詳細は各市町村の介護保険課にご確認ください。

### (1) 食事・居住費の負担限度額について

低所得の人の施設利用が困難とならないように、申請により居住費・食費は負担限度額までの自己負担となります。詳細は介護保険課にお問い合わせください。

### (2) 高額介護サービス費について

介護保険を同じ月に利用したサービスの1割の利用者負担の合計額が、高額になり、一定額を超えた場合、申請により限度額を超えた部分が「高額介護サービス費」として後から支給されます。

### (3) 高額医療・高額介護合算制度の限度額について

介護保険と医療保険の両方の利用者負担が年間で合算し高額になった場合は、限度額を超えた分が支給される高額医療・高額介護合算制度があります。

## 8. 協力医療機関・協力歯科医療機関

当施設では利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応できるように以下の医療機関に協力をお願いしています。

| 名称        | 所在地              | 電話番号         |
|-----------|------------------|--------------|
| 順心病院      | 加古川市別府町別府 865-1  | 079-437-3555 |
| 船原歯科クリニック | 加古川市加古川町備後 111-1 | 079-426-7620 |

## 9. 緊急時の対応方法

当施設は利用者に対し、施設医師の医学的判断により受診が必要と認める場合には、協力医療機関等の医療機関での診察を依頼することがあります。

また、当施設における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態、または専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門機関を紹介します。（\*かかりつけ医があれば随時ご相談ください。）

入所利用中に利用者の心身状況が急変した場合、救急車を要請することがあります。指定の緊急時の連絡先に速やかに連絡します。

## 10. 施設利用にあたっての留意事項

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 利用開始前の確認事項                          | ご利用にあたり介護保険証等を確認させていただきます。   |
| 利用中の確認事項                            | ① 介護保険証、医療保険証、介護保険負担限度額認定証等は施設ではコピーを預かります。<br>② 各保険証の更新時には、必ず新しいものを施設にご提示ください。   |
| 緊急連絡                                | 緊急の場合には「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。  |
| 面 会                                 | ① 朝9時から夜8時までです。<br>② 窓口にて面会票にご記入の上、面会者の名札を付けていただくようお願いします。<br><b>※現在は、感染症対策にて制限がございますので、確認をお願いいたします。</b>   |
| 金銭・貴重品の管理                           | 御自宅で保管して下さい。紛失の場合には責任を負えません。   |
| サービス担当者会議出席の依頼                      | ① ご利用中、利用者個々のサービス担当者会議を定期的に行い、ご利用者の状況、状態に合わせてケア計画の見直しを行います。概ね、3ヶ月に1度の見直しとなり、利用の継続可否を決定します。<br>② 事前に日程のご案内をしますので、会議までに出欠の返信をお願いいたします。   |
| 施設外の医療機関における保健医療について（医療機関受診）        | ① 介護保健施設では施設医の判断に拠らない施設外の保険医療機関での受診および処方箋の交付、薬局の利用は受けられません。（老健入所期間中は医療保険の利用範囲が制限されます）<br>② 入所中に施設提供の範囲を超えて外部の保険医療機関での受診を希望される場合には、必ず施設医の判断と許可が必要です。（内容によりご意向に添えない場合もあります）<br>③ 受診時は、医療機関宛の書類を事務所でお渡ししますので、事務所にお声かけください。<br>④ 受診時は、医療保険証も忘れずにご持参ください。 |
| 医療機関への入院                            | ① 当施設では、何らかの事情で入院加療が必要となった場合、病院への入院となった時点で退所となります。<br>② 入院治療後、入所可能な状態となった場合でも、退院と同時の入所の確約はできませんので、ご理解下さいようお願いいたします。<br>再入所を希望される場合は、支援相談員にその旨を申し出てください。<br>③ 再入所の場合でも、再度、利用申込書・情報提供書・契約書・同意書の提出をお願いいたします。  |
| 外出・外泊<br><b>※現在は、感染症対策にて制限があります</b> | ① 社会復帰、家庭復帰を目的として、体調の整っている時は、施設外に出かけられることをお勧めします。事前に各階のサービスステーションにご連絡ください。外出・外泊届を提出の上、職員の許可を得てください。<br>② 施設の入りは、原則朝9時～夜8時の間をお願いいたします。<br>③ 外泊中に介護保険適用の居宅サービス利用はできません。<br>（車いすやベッドなどが必要な場合は、事前にご相談ください。）  |
| 居室利用(居室変更)およびフロアの変更                 | ① 介護・療養上の都合や、やむを得ない事情が発生した場合には、居室変更をする場合があります。その際、居室料金に変更がある場合はご連絡いたしますので、ご協力をお願いいたします。<br>② 居室変更のご要望がありましたら、支援相談員にお申し出ください。その場合、検討対象とさせていただきますが、ご要望に添えないことがあります。<br>③ 入所後に身体状況や認知症状の状態の変化が見られ、フロアの変更が必要と  |

|   |   |
|---|---|
|   | 判断した場合は、入所フロアの変更をする場合があります。その際はご連絡いたしますので、ご協力をお願いいたします。   |
| 洗濯  | ①週2回入浴していただきますので、洗濯は、ご家族で最低週1回はお引き取りをお願いいたします。着替えが足りなくなった場合は、着替えが届くまでの間、リース服を使用していただきます。(リース服を使用した期間はリース代が発生しますので、ご注意ください。)<br>②ご都合や事情により洗濯が無理な場合は、衣類リースサービスをご利用ください。(リース契約はいつでもできますので、事務所にお声かけください。) |
| 所持品・備品等の持ち込み                                      | ①本人及び他利用者の療養に差し支える物については、持ち込みを遠慮していただく場合があります。<br>②なお、私物にはすべてお名前をお書き下さい。  |
| 食品等の持ち込み<br>(家人面会時の差し入れ)<br>※現在は感染症対策にてお断りしております。 | ①生ものの持ち込みは固くお断りいたします。<br>②おやつに関しては、施設の栄養管理に支障のないようにご配慮ください。状態によっては制限させていただくことがあります。<br>③残った食べ物は持ち帰っていただくようお願いいたします。<br>衛生面および安全面の管理上、置いて帰られた食べ物に関しては、処分させていただきますので、ご理解・ご了承ください。                       |
| 飲酒・喫煙   | 苑内での飲酒・喫煙は禁止です。   |
| ペットの持ち込み  | 衛生管理上ペットの持ち込みはご遠慮下さい。   |
| 迷惑行為等   | 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。  |
| 宗教・政治活動・営利行為                                      | 高砂白寿苑では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止です。   |
| 記録の開示   | 利用者および契約者等(利用者の代理人を含む)が記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。謄写については実費をいただきます。  |

## 11. 要望または苦情について

サービスについて、要望、ご不明な点や疑問、苦情などございましたら、当施設の相談員までお気軽にご相談ください。その他、1F 廊下に備え付けている「ご意見箱」での受付もいたしておりますのでご利用下さい。顧客満足委員会で検討し、回答および改善いたします。

|                                 |                    |              |              |
|---------------------------------|--------------------|--------------|--------------|
| 当施設の<br>苦情・相談窓口<br>(8:30~17:30) | 苦情等対応責任者           | 堀尾 英範(施設長)   |              |
|                                 | 相談窓口担当者            | 三木 省吾(支援相談員) | 藤谷 亮介(支援相談員) |
|                                 | 電話番号               | 079-247-9811 |              |
|                                 | *1階に専用用紙と「ご意見箱」を設置 |              |              |
| 他の苦情・相談窓口                       | 高砂市介護保険課           | 電話番号         | 079-443-9063 |
|                                 | 姫路市介護保険課           | 電話番号         | 079-221-2445 |
|                                 | 加古川市介護保険課          | 電話番号         | 079-427-9123 |
|                                 | 兵庫県国保連合会           | 電話番号         | 078-332-5617 |

## 12. 非常災害時の対策

|             |  |
|-------------|--|
| 防災設備        | 避難階段・避難口・療養室等の内装等の防火材使用  |
| 消防設備        | 屋内消火栓・自動火災警報設備・スプリンクラー・非常警報装置漏電火災報知機<br>非常警報設備・避難器具非常電源設備・防火水・誘導灯及び誘導標識・耐火カー<br>テン使用 |
| 防災訓練        | 避難訓練2回/年 通報訓練2回/年 消火訓練1回/年実施   |
| 業務継続計画(BCP) | 令和6年4月1日より運用開始   |

## 13. 事故発生時の対策

利用者に対するサービス提供にあたって事故が発生した場合には、別に定める当施設のマニュアルに沿って対応いたします。また、1ヶ月に1回、安全管理委員会を開催し事故発生予防に努めています。

## 14. 身体拘束について

介護老人保健施設は、リハビリ施設であり、地震や火災発生などの緊急避難事態が生じない限り、原則として身体拘束はしません。転倒事故等の防止には全職員努力しておりますが、防ぎきれない転倒事故等があります。ご理解、ご協力の程よろしくお願いたします。ただし、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。

## 15. 感染予防対策

感染症が発生または万延しないように、感染症および食中毒の防止マニュアルに沿って対応いたします。また、1ヶ月に1回、感染・褥瘡・排泄管理委員会を開催し、感染予防に努めています。

## 16. 個人情報の利用目的

介護老人保健施設「高砂白寿苑」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、利用目的を以下のとおり定めます。

|                     |   |
|---------------------|---|
| 介護老人保健施設内部での利用目的    | <ol style="list-style-type: none"> <li>当施設が利用者等に提供する介護サービス</li> <li>介護保険事務</li> <li>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             <ol style="list-style-type: none"> <li>入退所等の管理</li> <li>会計・経理</li> <li>事故等の報告</li> <li>当該利用者の介護・医療サービスの向上</li> </ol> </li> </ol>   |
| 他の事業者等への情報提供を伴う利用目的 | <ol style="list-style-type: none"> <li>当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち             <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>検体検査業務の委託その他の業務委託</li> <li>家族等への心身の状況説明</li> </ol> </li> <li>介護保険事務のうち             <ol style="list-style-type: none"> <li>保険事務の委託</li> <li>審査支払機関へのレセプトの提出</li> <li>審査支払機関又は保険者からの照会への回答</li> </ol> </li> <li>損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等</li> </ol> |
| 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<br>・医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料<br>・当施設において行われる学生の実習への協力<br>・当施設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 | 当施設の管理運営業務のうち<br>・外部監査機関への情報提供  |



介護老人保健施設 高砂白寿苑 入所療養介護  
利用同意書

介護老人保健施設高砂白寿苑を入所利用するにあたり、本書面に基づいて、担当者から重要事項の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

(重要事項説明者； )

令和 年 月 日

事業者 住所 高砂市北浜町西浜 773-1  
事業所名 社会医療法人社団順心会  
介護老人保健施設高砂白寿苑  
代表者 堀尾英範 印

契約者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

連絡先 \_\_\_\_\_

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※ 契約者と同一人である場合には、利用者欄記載の必要はございません

署名代行者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

連帯保証人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

連絡先 \_\_\_\_\_

「連帯保証人は、事業所に対し、利用者が本契約上負担する一切の債務を連帯して保証する。」

【本重要事項に定める緊急連絡先①②】

① 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

連絡先 携帯； \_\_\_\_\_ 自宅； \_\_\_\_\_

② 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

連絡先 携帯； \_\_\_\_\_ 自宅； \_\_\_\_\_