

# 介護老人保健施設 高砂白寿苑

## 短期入所療養介護サービス(ショートステイ) 重要事項説明書

(令和8年1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、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サービスを提供することで、利用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、利用者の方が在宅生活を1日でも長く継続できるようにサービスを提供し、在宅生活を支援することを目的としています。</p> <p>また、家族が病気や冠婚葬祭など、何らかの理由で自宅での介護ができない場合や、身体的精神的な負担から休養が必要になった場合にも利用できます。</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、利用者の自立と在宅生活の継続を支援します。</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      | 日常的な医学的対応を行う。                                    | 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、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   |
|--------------------------------------|---|
| 短期入所療養介護サービス計画の作成(一定期間以上サービスを利用する場合) | ① 利用者の日常生活の状況および意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)に沿ってサービスを提供します。<br>② 入所期間が4日以上となる場合は、「短期入所療養介護サービス計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。<br>③ 短期入所療養介護サービス計画を作成した場合には、その写しを交付します。 |
| 健康管理<br>(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 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                                 | 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。   |
| 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 身体状況に応じた福祉用具を調整します。  |
| 食 事<br>(治療食を含む)                      | 時間：朝食7時30分～ 昼食12時～ 夕食18時～<br>＊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 利用日数に応じて、週1～2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   | 各フロアー毎に行っています。   |
| 相談および援助    | ①利用者とそのご家族からのご相談に応じます。<br>②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、タオル等の施設内で利用している日用品です。                |
| 理美容   | ①訪問は各フロアー月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る場合があります。                       |
| 衣類リース | ショートステイ中は、施設取次の衣類リースでお過ごしいただく事もできます。                           |
| その他   | 電話代金、新聞購読料等ご要望によるサービスは別途実費費用の負担が必要です。                          |

## 5. 利用料金

介護保険サービス費は、「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)   | 830  | 880  | 944  | 997  | 1,052 |
| 従来型個室/日(単位) | 753  | 801  | 864  | 918  | 971   |

#### 【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)   | 902  | 979  | 1,044 | 1,102 | 1,161 |
| 従来型個室/日(単位) | 819  | 893  | 958   | 1,017 | 1,074 |

#### 【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)   | 813  | 863  | 925  | 977  | 1,031 |
| 従来型個室/日(単位) | 738  | 784  | 848  | 901  | 953   |

## (2)その他の料金

| 種 類    | 内 容  |
|--------|--|
| 日用品費   | 施設内で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    | ご持参の電化製品(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。 690円/日                    |
| 理美容代   | 実 費 カット(顔そり・ブロー込み) 2,000円/回                  |
| その他    | 歯科受診費、電話代金等は実費                               |

## (3)居住費及び食費

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<br>負担段階 | 居住費等の負担限度額 |        | 食費     | 負担限度額内容   |
|-------------|------------|--------|--------|---|
|             | 多床室        | 従来型個室  |        |   |
| 第1段階        | 0          | 550円   | 300円   | 老齢福祉年金受給者・生活保護受給者                               |
| 第2段階        | 430円       | 550円   | 600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<br>①   | 430円       | 1,370円 | 1,000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<br>②   | 430円       | 1,370円 | 1,300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。

## (4)加算【基本型・在宅強化型共通】

| 加算項目            | 加算費用                 | 内 容  |
|-----------------|----------------------|--|
| 夜勤職員配置<br>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。   |
| 個別リハビリテーション実施加算 | 240単位/実施日            | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別にリハビリテーションを行った場合。   |
| 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入所者。  |
| 認知症専門ケア<br>加算   | (Ⅰ)3単位/日<br>(Ⅱ)4単位/日 | (Ⅰ)利用者総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状もしくは行動が認められる介護を必要とする認知症の物の占める割合が2分の1以上。<br>認知症介護に係る専門的な研修を修了しているものを所定定数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。<br>(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、研修を実施または実施を予定していること。 |

|                  |                            |   |
|------------------|----------------------------|---|
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200単位/日<br>*7日を上限          | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅生活が困難であり、緊急にショートステイを利用することが適当であると判断した者に対し、ショートステイサービスを行った場合。  |
| 緊急短期入所受入加算       | 90単位/日<br>*7日を上限           | 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていないショートステイを緊急に行った場合。(やむを得ない事情がある場合は14日を限度)  |
| 若年性認知症利用者受入加算    | 120単位/日                    | 若年性認知症の方を受け入れ、ショートステイサービスを行った場合。  |
| 重度療養管理加算         | 120単位/日                    | 要介護4又は要介護5の利用者で、以下に示す状態にある者に対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合。<br>①常時頻回の喀痰吸引を実施している状態<br>②呼吸障害等により、人工呼吸器を使用している状態<br>③中心静脈注射を実施している状態<br>④人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態<br>⑤重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態<br>⑥膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態<br>⑦経鼻胃管や胃瘻等の経管栄養が行われている状態<br>⑧褥瘡に対する治療を実施している状態<br>⑨気管切開が行われている状態 |
| 送迎加算(片道)         | 184円/回(片道)                 | 利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行う事が必要と認められる利用者に対して、居宅から施設までの送迎を行った場合。  |
| 総合医学管理加算         | 275単位/日<br>(利用中10日を限度)     | 治療管理を目的とし、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、指定短期入所療養介護を行った場合。<br>(治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行い、内容等の診療録に記載し、かかりつけ医に対し、必要な情報の提供を行うこと。)  |
| 療養食加算            | 8単位/1食                     | 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。  |
| 口腔連携強化加算         | 50単位/回<br>(1月に1回に限り)       | ・事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て、歯科医療機関および介護支援専門員に対し、評価結果を情報提供した場合。   |
| 緊急時施設療養費         | 518単位/日<br>*月に1回、連続する3日を限度 | (1)緊急時治療管理(1日につき)<br>利用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。  |

|                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| 生産性向上推進<br>体制加算               | (Ⅰ)100単位/月<br>(Ⅱ)10単位/月                                  | (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。<br>・見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。<br>・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。<br>(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。<br>・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。                                |
| 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、<br>もしくは勤続7年以上30%以上  |
| 介護職員処遇改<br>善加算                | * 介護老人保健施設<br>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。<br>※支給限度額管理の対象外です。  |
| 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相当額を支給する加算。<br>利用単位数×加算率(区分支給限度額対象外)  |
| 介護職員等ベー<br>スアップ等支援加<br>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(区分支給限度額対象外)   |
| 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 |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | (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(区分支給限度額対象外) |
|--|--|---|

#### 【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。 |

#### 【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。 |

## 6. 支払い方法

月末に1か月の利用料金を計算し、翌月10日以降に利用料金の案内書をお渡しします。ご利用料金をご確認の上、料金案内書をお渡しした次の利用日にお支払い下さい。料金精算時には請求書兼領収書を発行いたします。その他のお支払方法については、ご利用時にご相談ください。

## 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

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 |

## 9. 緊急時の対応方法

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

## 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<br>※現在は感染症対策にて制限があります。                        | 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>※感染症対策にて制限がございますので、ご確認をお願い致します。   |
| 事務所の受付時間  | ① 受付時間は、月～土曜日 9時00分～17時30分 です。<br>② 休業日は、日曜日及び祝祭日、年末年始(12月30日～1月3日) です。   |
| 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致します。<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。                       |
| 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。  |
| 衣 服   | ① ショートステイ利用日数に応じて週1～2 回入浴していただきますので、着替えはショートステイ中必要な枚数をご準備下さい。着替えが足りなくなった場合は、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、ご了承ください。)<br>② ご都合や事情によりご希望がある場合は、衣類リースサービスをご利用いただけます。(リース契約はいつでもできますので、ご相談ください。) |
| 飲酒・喫煙   | 苑内での飲酒・喫煙は禁止です。   |
| 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。  |
| 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。   |
| 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. 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。

## 12. 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 |              |              |  |
| その他の<br>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 |  |

## 13. 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・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(BCP) | 令和6年4月1日より運用開始  |

## 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まん延しないように、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    | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 当施設が利用者等に提供する介護サービス</li> <li>2. 介護保険事務</li> <li>3. 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>①入退所等の管理</li> <li>②会計・経理</li> <li>③事故等の報告</li> <li>④当該利用者の介護・医療サービスの向上</li> </ul> </li> </ul>  |
| 他の事業者等への情報提供を伴う利用目的 | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>③検体検査業務の委託その他の業務委託</li> <li>④家族等への心身の状況説明</li> </ul> </li> <li>2. 介護保険事務のうち <ul style="list-style-type: none"> <li>①保険事務の委託</li> <li>②審査支払機関へのレセプトの提出</li> <li>③審査支払機関又は保険者からの照会への回答</li> </ul> </li> <li>3. 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> </ul> |
| 当施設の内部での利用に係る利用目的   | <ul style="list-style-type: none"> <li>当施設の管理運営業務のうち <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料</li> <li>・当施設において行われる学生の実習への協力</li> <li>・当施設において行われる事例研究</li> </ul> </li> </ul>   |
| 他の事業者等への情報提供に係る利用目的 | <ul style="list-style-type: none"> <li>当施設の管理運営業務のうち <ul style="list-style-type: none"> <li>・外部監査機関への情報提供</li> </ul> </li> </ul>  |

# 介護老人保健施設 高砂白寿苑 短期入所療養介護 利用同意書

介護老人保健施設高砂白寿苑を短期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

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； \_\_\_\_\_