

「介護老人保健施設トラス」短期入所療養重要事項説明書

当施設は介護保険の許可を受けています。
(介護保険事業所番号 第0455180034号)

当施設はご利用者に対して介護老人保健施設サービス（短期入所療養介護）を提供致します。施設の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意頂きたいことを次の通りご説明致します。

なお、本重要事項説明書及び同意書は利用者が介護老人保健施設短期入所療養介護利用同意書を提出したときから効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は新たに同意を得ることとします。また、利用者は、扶養者の変更の他、本重要事項説明書の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとします。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 一般財団法人 周行会
- (2) 法人所在地 宮城県仙台市青葉区上杉2丁目3番17号
- (3) 電話番号 022-221-5566
- (4) 代表者氏名 理事長 佐藤 俊哉

2. 利用施設

- (1) 施設名称 一般財団法人 周行会 介護老人保健施設トラス
- (2) 施設所在地 宮城県仙台市青葉区上杉2丁目3番17号
- (3) 電話番号 022-221-5567
- FAX 番号 022-715-9255
- (4) 管理者 施設長 遠藤 信也
- (5) 施設の目的 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や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護老人保健施設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、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、また、利用者が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。
- (6) 施設の運営方針 精神的な自立、身体的な自立、社会的な自立といった三位一体の自立を目標に施設サービス計画をたて、スタッフ一同が一体となったリハビリの提供に努め、介護保険制度における在宅支援施設としての核となるサービスを提供します。
- (7) 開設年月日 平成9年5月30日
- (8) 入所定員 63人（短期入所療養介護を含む）

3. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上8階・地下1階

<専用部分> 入所施設 6・7階

事務室 7階

(2) 建物の延べ床面積 7985.4㎡

(3) 併設事業

長期入所療養介護

(4) 主な施設設備等の概要

当施設では以下の施設・設備等をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など4人部屋以外の居室への入居をご希望される場合または、空床の利用のためやむを得ずご理解を頂いた上ご利用の場合、居室の種類により差額料金をご負担頂きます。

(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。)

居室・設備の種類	室数	備考
1人部屋(個室)	8室	トイレ付き1室
2人部屋	6室	
3人部屋	1室	
4人部屋	10室	
合計	25室	
食堂	2室	
機能訓練室	1室	[主な設置機器] 低周波、平行棒、マイクロ波
浴室	2室	機械浴・特殊浴槽

4. 施設の職員体制

当施設では、ご利用者に対して介護老人保健施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	夜間	業務内容
医師(施設長) 他Dr	1		(1)	ご利用者の病状に応じて適切な診療を行い、また従事する職員等を管理・指導を行う。
介護職員	21		3	ご利用者の病状・心身の状況等に応じて介護を行う。
看護職員	8		1	ご利用者の病状・心身の状況等に応じて看護を行う。
介護支援専門員	1			短期入所療養介護サービス計画の作成・管理。また、ご利用者の心身の状況に応じて施設サービスを利用できるように各市町村、各事業所との連絡調整等を行う。
支援相談員	1			ご利用者またはその家族等の相談に適切に応じ、必要な助言その他援助を行う。
理学療法士	2.5			リハビリテーション実施計画の作成・管理・実施。ご利用者の機能訓練を行う。
作業療法士	3			リハビリテーション実施計画の作成・管理・実施。ご利用者の機能訓練を行う。

言語聴覚士	1			リハビリテーション実施計画の作成・管理・実施。 ご利用者の機能訓練を行う。
アクティブディレクター		1		音楽を利用した脳活性化プログラムを行う。
管理栄養士	1			栄養ケア計画を作成。ご利用者の栄養管理を行う。
薬剤師	0.5	(併設病院と兼務)		ご利用者の薬剤管理を行う。
事務員	2.5	1		請求書作成等の事務を行う。

<勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
医師（施設長） 内科佐藤病院医師 当直医	月～金 8：30～17：30 1名 施設長不在時並びに緊急時 夜間帯
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早番： 7：00～16：00 2名 日勤： 8：30～17：30 2名 遅番： 10：30～19：30 3名 夜勤： 17：00～ 9：00 3名
看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤： 8：30～17：30 4名 夜勤： 17：00～ 9：00 1名
介護支援専門員	月～金曜日 8：30～17：30 1名 土曜日 8：30～12：30
支援相談員	月～金曜日 8：30～17：30 1名 土曜日 8：30～12：30
理学療法士	月～日曜日 8：30～17：30 2.5名
作業療法士	月～日曜日 8：30～17：30 3名
言語聴覚士	月～日曜日 8：30～17：30 1名
アクティブディレクター	月～金曜日 8：30～17：30 1名
管理栄養士	月～金曜日 8：30～17：30 1名 土曜日 8：30～12：30
薬剤師（併設病院兼務）	月～金曜日 8：30～17：30 1名 土曜日 8：30～12：30
事務員・その他	月～土曜日 8：30～17：30 2.5名 土曜日 8：30～12：30

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して次のサービスを提供いたします。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割または8割、7割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①短期入所療養介護サービス計画の立案

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、ご自宅での生活をより長く継続して過ごしていただけるか、居宅サービス計画書に基づき、短期入所療養介護サービス計画を作成し提供されます。この計画は、利用者に関わ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、扶養者の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただき、交付いたします。

②食事（食事時間） 朝食：7：15～ 昼食：11：45～ 夕食：17：45～

当施設では、管理栄養士が献立を立て、栄養のバランス、身体状況、嗜好を考慮したお食事を提供しています。

③入浴（入浴時間） 9：00～11：30 / 13：30～16：30

入浴又は清拭を週2回以上行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④介護

短期入所療養介護サービス計画に基づき実施します。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て支援いたします。退所時の支援も行います。

⑤機能訓練

理学・作業療法士により、ご利用者の心身等の状況に応じて評価を実施し、日常生活を送るのに必要な機能の維持・回復又はその減退を防止するための日常生活動作を主にしたリハビリテーションを実施します。施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。実施にあたっては、リハビリテーション実施計画を作成、説明し、同意を頂いた上で行います。

⑥医学的管理・看護

介護老人保健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、医師や看護職員が、常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療、看護を行います。

⑦その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

<サービス利用料金（1日当り）>

料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。

【基本型】 一般部屋（二人部屋は特別室料加算有）

1 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	850円	900円	965円	1,018円	1,074円
サービス提供体制強化加算（1日）	23円	23円	23円	23円	23円

2 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	1,699円	1,800円	1,929円	2,036円	2,147円
サービス提供体制強化加算（1日）	45円	45円	45円	45円	45円

3 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	2,548円	2,699円	2,893円	3,054円	3,220円
サービス提供体制強化加算（1日）	68円	68円	68円	68円	68円

+

居住費（1日）	720円	720円	720円	720円	720円
食費（1日）	1,950円	1,950円	1,950円	1,950円	1,950円

【基本型】 個室部屋（特別室料加算有）

1 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	773円	821円	885円	939円	992円
サービス提供体制強化加算（1日）	23円	23円	23円	23円	23円

2 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	1,545円	1,641円	1,769円	1,878円	1,984円
サービス提供体制強化加算（1日）	45円	45円	45円	45円	45円

3 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	2,317円	2,462円	2,653円	2,816円	2,976円
サービス提供体制強化加算（1日）	68円	68円	68円	68円	68円

+

居住費（1日）	2,060円	2,060円	2,060円	2,060円	2,060円
食費（1日）	1,950円	1,950円	1,950円	1,950円	1,950円

上記料金には、地域加算（仙台市は「6級地加算×10.27」）が加算されております。

【在宅強化型】一般部屋（二人部屋は特別室料加算有り）

1 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	979円	1,058	1,125円	1,185円	1,245円
サービス提供体制強化加算（1日）	23円	23円	23円	23円	23円

2 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	1,958円	2,116円	2,249円	2,369円	2,490円
サービス提供体制強化加算（1日）	45円	45円	45円	45円	45円

3 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	2,937円	3,174円	3,374円	3,553円	3,735円
サービス提供体制強化加算（1日）	68円	68円	68円	68円	68円

+

居住費（1日）	720円	720円	720円	720円	720円
食費（1日）	1,950円	1,950円	1,950円	1,950円	1,950円

【在宅強化型】個室部屋（特別室料加算有）

1 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	894円	970円	1,037円	1,097円	1,156円
サービス提供体制強化加算（1日）	23円	23円	23円	23円	23円

2 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	1,787円	1,939円	2,073円	2,194円	2,311円
サービス提供体制強化加算（1日）	45円	45円	45円	45円	45円

3 割負担

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額（1日）	2,681円	2,909円	3,109円	3,291円	3,466円
サービス提供体制強化加算（1日）	68円	68円	68円	68円	68円

+

居住費（1日）	2,060円	2,060円	2,060円	2,060円	2,060円
食費（1日）	1,950円	1,950円	1,950円	1,950円	1,950円

上記料金には、地域加算（仙台市は「6級地加算×10.27」）、

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）51単位が加算されております。

<加算>

加算の種類	加算の該当条件	基本 単位数	自己負担分 (1割/2割/3割)
夜勤職員配置加算	入所者の数が 20 またはその端数を増すごとに 1 以上の数の夜勤を行う介護・看護職員を 2 名を超えて配置していること。	24 単位 (日)	25 円 (1割) 50 円 (2割) 74 円 (3割)
緊急短期入所 受入加算	利用者の状態や家族の事情等により、短期入所療養介護を受ける必要があると認められ、居宅サービス計画において計画を行うこととなっていない場合。	90 単位 (日)	93 円 (1割) 185 円 (2割) 278 円 (3割)
個別リハビリテーシ ョン実施加算	医師の指示を受けた理学・作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーションを行った場合。	240 単位 (日)	247 円 (1割) 493 円 (2割) 740 円 (3割)
重度療養管理加算	厚生労働大臣が定める状態の要介護 4 又は 5 の利用者に対して計画的な医学的管理の下、療養上必要な処置を行った場合。	120 単位 (日)	124 円 (1割) 247 円 (2割) 370 円 (3割)
認知症行動・心理症 状緊急対応加算	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、緊急入所することが適当であると判断した方に対し、介護保険サービスを行った場合、入所日から換算して 7 日を限度。	200 単位 (日)	206 円 (1割) 411 円 (2割) 617 円 (3割)
療養食加算	医師の発行する食事箋に基づき、ご利用者の年齢、心身状況によって適切な内容の療養食を提供した場合。	8 単位 (1食)	9 円 (1割) 17 円 (2割) 25 円 (3割)
緊急時治療管理 加算	ご利用者の病状が重篤になり、救命救急医療が必要になった場合に緊急的な治療管理として、投薬・注射・検査・処置を行った場合。(3日を限度)	518 単位 (日)	532 円 (1割) 1,064 円 (2割) 1,596 円 (3割)
サービス提供体制 強化加算 (I)	介護福祉士の配置割合が要件を満たす場合。 介護職員総数のうち介護福祉士が 80%以上	22 単位 (日)	23 円 (1割) 45 円 (2割) 68 円 (3割)
介護職員 処遇改善加算 (I)	介護職員の処遇改善に係るものであり国の定める要件を満たしている場合。	所定単位数×75/1000	

- ①自己負担額（1日）と自己負担額（滞在日数分）は、料金を実際に算出する方法と計算順序が異なります。
- ②施設サービス利用の場合は1割の利用者負担の他に、食費・居住費全額自己負担がありますが、市町村長の証明がある場合は、所得に応じて下記内容で減額扱いもあります。（1ヶ月あたり）

限度負担額一覧表

	食費	居室タイプ	
		個室	多床室(2床部屋以上)
利用者負担第1段階	300円	550円	0円
利用者負担第2段階	600円		430円
利用者負担第3段階 ①	1,000円	1,370円	
②	1,300円		

※介護負担減額認定証をお持ちの方のみ上記の一部負担になります。申請、認定に関しては市町村窓口へお問い合わせください。

③高額介護サービス費（自己負担の上限額）

サービスを利用する際に支払う1割の利用者負担が高額になる場合、利用者負担に4段階の上限を設定し、負担が重くならないようにする制度がありますので、詳細は、お住まいの市町村窓口にお問い合わせ下さい。（1カ月あたり）

・利用者負担第1段階	15,000円
・利用者負担第2段階	15,000円
・利用者負担第3段階	24,600円
・利用者負担第4段階	44,400円

④償還払い

ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。償還払いとなる場合、保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

- ⑤介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。
- ⑥経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2カ月前までにご説明します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、ご利用者のご希望による選択（任意）により実施し、ご利用料金の全額がご利用者のご負担になりますので、別紙-1の「サービス利用申込み確認書」にてご確認させていただきます。

<サービスの概要と利用料金>

①特別室利用料

(1日あたり)

2人部屋	2,200円(消費税込み)	
個室B	3,550円(消費税込み)	
個室C	4,800円(消費税込み)	トイレ付き

- ②レンタルタオル代 施設で契約した業者に委託できます。その際、各個人ごとに使用した枚数ごとに請求となります。また、希望しない場合は各自で準備願います。

バスタオルレンタル代	1枚33円(消費税込み)
フェイスタオルレンタル代	1枚22円(消費税込み)

- ③私物洗濯代(私物洗濯サービス費) 料金:1ネットあたり440円(消費税込み)

ご家族での衣類洗濯の対応が困難な場合、施設で契約している業者に委託できます。

- ④趣味活動材料費(趣味活動時の材料費) 料金:材料代等の実費(参加者のみ)

ご利用者の希望により、当施設で実施する趣味活動(籐工芸、編み物等)に参加していただくことができます。その他、季節に応じた行事があります。

(主な季節行事)

月	行事	月	行事
1月	お正月	7月	夏まつり
3月	ひなまつり	9月	敬老会
5月	バスドライブ	12月	クリスマス

- ⑤その他

項目	料金	備考
電気使用料 (1日あたり)	55円(消費税込み)	個人所有電化製品の電気使用料(テレビ、携帯電話充電器等)

(3) 利用料金のお支払い方法

ご利用料金は、利用毎あるいは、1カ月複数回利用の場合は月毎に計算し、ご利用者及び扶養者が指定する送付先に対し、ご請求いたしますので、請求書到着日より7日間以内に以下(①～③)のいずれかの方法でお支払い下さい。(1カ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。) お支払いをいただきますと、ご利用者及び扶養者が指定する送付先に対して、領収書を送付します。

① 窓口での現金支払い (7階事務室)

受付時間:平日(月～金曜日) 9:00～17:00

※日曜・祝祭日・お盆(8/15,16)・年末年始(12/30～1/3)はお休みをいただいております。

② 口座振替 振替日:27日(土・日・祝日の場合は翌営業日 ※金融機関の営業日となります。)

依頼書が必要になりますのでお声掛けください。

③ 振込み

<振込み先> ※振込み手数料はご負担願います。

銀行名 北日本銀行 二日町支店 普通預金 2525811

名義 一般財団法人周行会 介護老人保健施設トラスト 理事長 佐藤俊哉

6. 短期入所療養介護入所者に係る往診及び通院(他科受診)について

- (1) 比較的安定している病状に対する医療については施設で対応致します。また、短期入所療養介護をご利用中は通院等認められません。受診の予約等のご利用期間を避けてお願い致します。
- (2) 但し、生命に関わる緊急時においては、当施設医師による受診を受けて頂き、対応致します。
- (3) その他緊急時にはご家族へご連絡し、かかりつけ医受診をお願い致します。また、その時点でご利用は終了になります。

(4) 当施設で通常行えない医療行為については保険請求が認められております。

具体的取扱いには次の表の通りです。

(算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」)

項 目	小 項 目	併設保険 医療機関	その他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療	×	○
特掲診療料			
指導管理等	寝たきり老人退院時共同指導料	×	○
	診療情報提供料 (B)	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診療	×	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
投薬	抗癌性腫瘍剤	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法		×	×
処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療		○	○

(注) 厚生労働大臣が定めるものは、老人特掲診療料の施設基準等（平成12年3月厚生省告示第79号）第十二及び別表第三により規定されているものです。

7. 歯科受診について

(1) 歯科受診については、保険請求が認められております。歯科のご予約や受診時の付添いについてはご家族様対応をお願いします。

8. 緊急時の対応

- (1) 当施設は、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る場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- (2) 当施設は、ご利用者に対し、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、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
- (3) 前項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、ご利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

9. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供等により事故が発生した場合、ご利用者に対し必要な措置を講じます。
- (2) 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- (3) 前項のほか、当施設はご利用者又は扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。また、必要に応じて主治医、居宅介護支援事業者、行政機関等へも連絡・報告をいたします。
- (4) 施設内に委員会（事故防止委員会）を設置し、未然防止、再発防止に日々努めます。
- (5) 最大限転倒等事故を防ぐよう努めますが、状況等により防ぎきれない場合もございます。

10. 損害賠償について

当施設において、当施設の責任によりご利用者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償致します。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、当施設の損害賠償責任を減じる場合があります。

11. 苦情や相談の対応について

当施設では、ご利用者及び扶養者からの苦情や相談に適切に対応する体制を整備し、苦情・相談受付担当者、苦情・相談解決責任者、苦情・相談対応委員会及び第三者委員を置きご利用者及び扶養者からの苦情や相談に対応します。

- (1) 苦情・相談受付担当者 支援相談員兼介護支援専門員 西内 宣仁
- (2) 苦情・相談解決責任者 施設長 遠藤 信也
電話番号 022-221-5567
- (3) 苦情・相談対応委員会

全職種より代表の職員（10名）と次の第三者委員にて構成されています。

氏 名	連 絡 先
荒 中 (弁護士)	022-265-5077
熊谷 真人 (税理士)	022-264-0952

(4) 苦情解決の方法

- ①受付事務室が窓口となり、直接、電話、書面等により随時受付をいたします。
又、第三者委員へ直接申し出る事もできます。
- ②施設内数カ所に投書箱を設置しておりますので、投書箱への投函でも受付ます。
- ③苦情・相談受付担当者が苦情・相談を受付後、苦情・相談解決責任者及び第三者委員へ報告し、内容を確認した後、申し出人に対して受付けた旨を通知致します。
- ④苦情・相談解決責任者が苦情・相談対応委員会を召集致します。メンバーは、介護支援専門員、支援相談員、介護職員、看護職員、事務員等の全職種から代表された職員10名によって構成され、苦情・相談に対して誠意を持って話し合い、適切に解決ができるように努めます。又、苦情・相談申し出人は、第三者委員の助言や立会いを求める事ができます。

- (5) その他の相談・苦情受付窓口としては、下記の窓口があります。

①市町村の相談・苦情受付窓口 仙台市青葉区役所介護保険課介護保険係 TEL (代表) 022-225-7211	②国民健康保険団体連合会の苦情受付窓口 宮城県国民健康保険団体連合会 TEL (代表) 022-222-7070
---	--

1 2. 記録

- (1) 当施設は、ご利用者の介護保健施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間は保管します。
- (2) 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、ご利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

1 3. 身体の拘束等

当施設は、原則としてご利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、医師をはじめ、看護師、介護士、介護支援専門員等により構成される身体拘束廃止委員会を招集し、会議の上、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為をご家族の同意をいただいた上で行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録および記録に記載することとします。

1 4. 虐待の防止等

当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施する。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

1 5. 秘密の保持

- (1) 当施設とその職員は、業務上知り得たご利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の事項についての情報提供については、当施設は、ご利用者及び扶養者から、予め文書（別紙「個人情報使用同意書」）により同意を得た上で行うこととします。
 - ①介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- (2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

1 6. 施設利用にあたっての留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、次の事項をお守り下さい。

- (1) 面会
職員に申し出た上、面会簿に記入しご面会下さい。（面会時間）8：30～20：00
- (2) 外出
外出をされる場合は事前に「行き先」と「帰宅時間」を職員にお申し出下さい。
外出届けをご記入いただきます。
- (3) 喫煙・携帯電話の使用について
建物及び敷地内とも全面禁煙となっております。携帯電話は、他のご利用者やご面会者の迷惑となりますので、マナーモードに切り替えの上、ご使用の際には施設外でお願い致します。また、ご利用者に携帯電話あるいは、それに類する通信機器の持ち込みはご相談ください。

(4) 居室・設備・備品の利用

本来の用法に従いご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂くことがあります。故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者のご負担により原状に復して頂くか、又は相当の代価をお支払頂く場合があります。

又、ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、居室内に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

(5) 所持品・備品等の持ち込み

自由ですが、必要最小限にお願いします。

(6) 金銭・貴重品の管理

金銭については定額をお預かりしますが、貴重品についての持ち込みはご遠慮下さい。無断で金銭を所持されており、万が一紛失された場合においては責任を負いかねますのでご了承ください。尚、お預かりした定額金は預かり書を発行し管理いたします。

(7) 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、営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動を行うことはできません。

(8) その他

当施設についての詳細は、パンフレットをご用意しておりますので、ご覧下さい。

17. 災害対策

(1) 非常災害設備

警報設備/消火器/非常口/担架/スプリンクラー/煙探知器/防火扉/災害用備蓄

(2) 災害予防

防火管理者1名/火気責任者各室

(3) 訓練

消防計画に基づき年2回消防訓練を実施します。*青葉消防署立会の場合もある

18. サービス利用をやめる場合

(1) 当施設からの解除

当施設は、ご利用者に対し、次に掲げる場合には、入所利用を解除、終了することができます。

①利用者が要介護認定において、自立と認定された場合。

②ご利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護保健施設サービスの提供を超える判断された場合。

③ご利用者及び扶養者がサービス利用料金を2カ月間以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合。

④ご利用者及び扶養者が、入所時に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、又は不実の告知を行い、その結果入所を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

⑤ご利用者が当施設、当施設の職員又は他のご利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。

⑥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、当施設を利用させることができない場合。

(2) ご利用者からの解除

ご利用者及び扶養者は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、入所利用を解除・終了することができます。また、次に掲げる場合には、即時に解除、終了することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- ②施設又は施設の職員が正当な理由なく介護保健施設サービスを実施しない場合。
- ③施設又は施設の職員が守秘義務に違反した場合。
- ④施設又は施設の職員が故意又は過失により、ご利用者の身体、財物、信用等を傷つけ、著しい不信行為、その他、利用を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑤他の利用者が、ご利用者の身体、財物、信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において施設が適切な対応をとらない場合。

介護老人保健施設短期入所療養介護 利用同意書

介護老人保健施設トラスの短期入所療養介護を利用するにあたり、介護老人保健施設トラス短期入所療養介護重要事項説明書を受領し、担当者による説明を受け、これらの内容に関して、十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

【説明者】

職 名 支援相談員 氏 名 _____ 印

介護老人保健施設トラス
管理者 遠藤 信也 殿

【利用者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

【身元引受人】

住 所 _____

ふりがな

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

電話番号 _____

【請求書及び領収書の送付先、利用料支払義務者】 ※自筆でのご記入をお願いします。

ふりがな 氏 名	(続柄 _____) 印
住 所	〒 _____
電話番号	

【利用料支払義務連帯保証人】 ※自筆でのご記入をお願いします。

ふりがな 氏 名	(続柄 _____) 印
住 所	〒 _____
電話番号	

サービス利用申込み確認書

利用者氏名： _____ ㊞

家族氏名： _____ ㊞

以下のサービスにつきまして、ご利用のお申込みの有無をご記入下さいますようお願いいたします。

費用項目	使用品目	単価 (消費税込み)	月額 (消費税込み)	申込みの有無								
タオル代	内訳 バスタオルレンタル代 フェイスタオルレンタル代	1枚33円 (消費税込み) 1枚22円 (消費税込み)	使用枚数ごとの負担となります。	有・無								
趣味活動材料費	趣味活動 (藤細工・編み物等) 等への参加時、材料をご提供いたします。(参加者のみ)	材料代実費	1,000~1,500円程度/30日 ※詳細な金額等は実施時に再度確認させていただきます。	有・無								
特別な室料	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">1・個室 B</td> <td style="width: 10%;">3,550円/日</td> </tr> <tr> <td>2・個室 C</td> <td>4,800円/日</td> </tr> <tr> <td>3・2人部屋</td> <td>2,200円/日</td> </tr> <tr> <td>4・4人部屋</td> <td>0円/日</td> </tr> </table>	1・個室 B	3,550円/日	2・個室 C	4,800円/日	3・2人部屋	2,200円/日	4・4人部屋	0円/日	希望する部屋をご指定下さい。 _____		
1・個室 B	3,550円/日											
2・個室 C	4,800円/日											
3・2人部屋	2,200円/日											
4・4人部屋	0円/日											

※ タオルにつきましては、入浴時に使用いたしますので個人で持ち込まれる物については自宅で洗濯をお願いし、翌入浴日の前日までに施設にお持ちいただくこととなります。私物の洗濯につきましては、ご家族様の責任となりますのでご承知おき下さい。ご家族様での洗濯が困難な場合は、上記金額で業者に委託することも出来ますので、入所時にお申込願います。

タオルを各自で準備される場合の枚数は下記の通りです。

各自洗濯の場合 バスタオル 3枚 フェイスタオル 6枚

(また、ご家族様が洗濯する場合は、週2回 面会いただくこととなります。)

※ 私物全てには、必ず名前を書き入れて下さい。

※ 私物等の使用回数により、破損等が生じた場合はご家族様に補充をお願い致します。

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- ① 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の介護保険サービスを円滑に実施することを目的に、居宅介護支援事業者、介護保険関係施設等に対して情報を提供する場合。
- ② 事業者が、入所者の状態によって医療機関へ円滑な対応ができるよう情報を提供する場合。

2. 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容

「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、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。

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護保険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

令和 年 月 日

介護老人保健施設トラスト
施設長 遠藤 信也 殿

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

上記代理人（代理人を選定した場合） 住 所 _____
氏 名 _____ 印

利用者家族代表 住 所 _____
氏 名 _____ 印