

介護老人保健施設山県グリーンポート 短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護利用契約書

(契約の目的)

第1条 医療法人社団友愛会 介護老人保健施設山県グリーンポート(以下「当施設」という。)は、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者(以下単に「利用者」という。)に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるように、一定の期間、短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護を提供し、一方、利用者及び家族若しくは連帯保証人は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

(適用期間)

第2条 本契約は、利用者が介護老人保健施設山県グリーンポート短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護利用同意書を当施設に提出したのち、令和 年 月 日 以降から効力を有します。但し、連帯保証人に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約、「別紙1 重要事項説明書」、「別紙2 利用料金一覧表」、「別紙3 個人情報利用目的」、「別紙4 国が定める利用者負担限度額段階(第1～3段階)に該当する利用者等の負担額」、及び「別紙5 入所時リスク説明書」については、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。

但し、「別紙2利用料金一覧表」については、改定の都度文書にてご案内し同意を得ることとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び家族若しくは連帯保証人は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画及び介護予防サービス計画にかかわらず、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び連帯保証人は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者及び介護予防サービス計画作成者に連絡するものとします。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者及び家族若しくは連帯保証人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護・要支援認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画及び介護予防サービス計画が作成されている場合には、その計画で定められた当該利用日数を満了した場合
- ③ 利用者の病状・心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護の提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者及び家族若しくは連帯保証人が、本契約に定める利用料金を2か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、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、当施設を利用することができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び家族若しくは連帯保証人は、連帯して、当施設に対し、本契約に基づく短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護の対価として、別紙2の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

- 2 当施設は、利用者及び家族若しくは連帯保証人が指定する者に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月15日までに発行し、所定の方法により交付します。利用者及び家族若しくは連帯保証人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の27日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いのうえ双方合意した方法によりますが、特に指定がない場合は原則として、金融機関口座自動引落としとします。
- 3 当施設は、利用者及び家族若しくは連帯保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び家族若しくは連帯保証人の指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。
- 4 前項までに定める利用料金の支払いを連帯保証人が負うべき場合、上限額は20万円とする。

(記録)

第6条 当施設は、利用者の短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護の提供に関する記録を作成し、記録と診療録を利用終了後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、家族又は連帯保証人若しくはその他の者(利用者の代理人を含みます。)に対しては、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。

(身体の拘束等)

第7条 当施設は、原則として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、施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を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に記載することとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第8条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者及び家族若しくは連帯保証人に関する個人情報の利用目的を別紙3のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター(介護予防支援事業所)等との連携

- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
 - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
 - ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合(災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等)
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(虐待防止に関する事項)

第9条 事業所(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次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について全従業者に周知徹底を図る
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施(年2回)
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに、これを市町村に通報するものとします。

(事故発生時の対応)

第10条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、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、当該利用者の主治医、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2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者及び家族若しくは連帯保証人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。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 利用者及び家族若しくは連帯保証人は、当施設の提供する短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護に対しての要望又は苦情等について、介護支援専門員・支援相談員に申し出ることができ、又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第12条 短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護の提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び家族若しくは連帯保証人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(家族及び連帯保証人)

第13条 当施設は利用者に対し、確実な保証能力のある家族及び連帯保証人を1名たてるものとします。家族及び連帯保証人は当施設に対し、そのサービスに係わる一切の債務を利用者と連帯して履行する責任、及び第12条に定める賠償責任を負うものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第14条 この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は家族若しくは連帯保証人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

2 詳細・利用料金は、「別紙1 重要事項説明書」、「別紙2 利用料金一覧表」、「別紙3 個人情報利用目的」、「別紙4 国が定める利用者負担限度額段階(第1～3段階)に該当する利用者等の負担額」、及び「別紙5 入所時リスク説明書」にて定めるものとします。

本契約書、別紙1、別紙2、別紙3、別紙4、及び
別紙5の説明者

令和 年 月 日

職 名 _____

氏 名 _____

介護老人保健施設山県グリーンポート
重要事項説明書
(令和7年4月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ◇施設名……………介護老人保健施設 山県グリーンポート
- ◇開設年月日……………平成16年8月3日
- ◇所在地……………岐阜県山県市大門773番地
- ◇電話番号……………(0581)36-2800
- ◇ファックス番号……………(0581)36-2122
- ◇介護保険指定番号……介護老人保健施設(2150880017号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

■ ～短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護運営規程

第2条:施設の目的より～

当事業は、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

■ ～運営規程 第3条:運営の方針より～

当施設は、短期入所療養介護計画及び介護予防短期入所療養介護計画に基づいて、医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要とされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、利用者の身体機能の維持向上を目指すとともに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努める。

- 2 当施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
- 3 当施設は、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努める。
- 4 当施設は、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努める。
- 5 サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。
- 6 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者等の個人情報については、別に定める個人情報の利用目的以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。

(3) 施設の職員体制

職 種	人数	業 務 内 容
医 師	1人	利用者の診察、健康管理に関する業務
薬剤師	1人	利用者の調剤に関する業務
看護職員	10人以上	看護、診察の補助、保健衛生管理、介護
介護職員	34人以上	利用者の日常生活の介護
支援相談員	3人以上	入退所に関する相談、市町村との連携、ボランティアとの連携・調整、苦情処理等
理学療法士	5人以上 (うち、訪問リハビリと兼務)	機能回復に必要な訓練及び指導、リハビリテーション実施計画書の作成等
作業療法士		
言語聴覚士		
管理栄養士	1人以上	栄養ケアマネジメント、嗜好調査
介護支援専門員	1人以上	施設内で提供するサービス計画の作成、入退所に関する相談、苦情処理等
事務員	1人以上	保険請求事務、総務会計、施設管理業務

(4) 設備・備品等

居室設備の種類	室 数	備 品 等
特別室 (ツイン)	1室	洗面、テーブル、肘掛椅子、収納棚、テレビ、冷蔵庫、電話、トイレ、浴室
特別室 (個 室)	8室	洗面、肘掛椅子、収納棚、テレビ、冷蔵庫、電話、トイレ
個 室	30室	洗面、収納棚
多床室(2人部屋)	30室	洗面、収納棚
相談室	1室	
機能訓練室	1室	パワーリハビリテーション機器、昇降式平行棒、ハイロウテーブル、メドマー、作業療法用具、等
喫茶・売店	1室	
浴 室	4室	一般浴室(歩行浴)、特殊浴室 1,2(車椅子・ストレッチャー)、個別浴室
診察室	1室	歯科診療
レクリエーションルーム	1室	カラオケ、遊具一式
食堂・談話	7室	1階通所用、2・3階2人部屋用、個室1・2・3、特別室用

※利用者の心身の状況等により、居室を変更する場合があります。

(5) 入所定員:100名(ショートステイ含む)

デイケア(通所リハビリ)定員:35名

(6) 短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護サービス提供地域

サービス提供地域	山県市、岐阜市長良川以北、 関市武芸川町
----------	-------------------------

2. サービス内容

① 短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護計画の立案

② 食 事

- ・食事は、原則として離床して食堂でおとりいただきます

朝 食 8時00分～

昼 食 12時00分～

おやつ 15時00分～

夕 食 18時00分～

③ 入 浴

- ・一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。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

④ 医学的管理・看護

- ・病状にあわせた医療・看護を提供します

⑤ 介 護

- ・食事、入浴、排泄、離床、着替え、整容、シーツ交換(週1回を原則)、退所時の支援等

⑥ リハビリテーション

- ・リハビリテーション実施計画書の作成、状況に合わせた機能訓練・日常生活動作訓練及び指導等

⑦ レクリエーション、クラブ活動、季節の催し、地域等からの慰問

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

⑩ 利用者が選定する特別な食事の提供

⑪ 送 迎

原則として、土日祝日以外は施設車による送迎サービスを実施しております。ご希望の方はご相談下さい

⑫ 理美容サービス

- ・原則月1回、希望者に実費にて外部の理美容業者が施設内にて実施します

⑬ 行政手続代行

⑭ 喫茶コーナー(月～金曜日 13 時 00 分～14 時 00 分)・売店コーナー

⑮ 移動販売(第2・4水曜日＝菓子等、第1・3水曜日＝パン)

※以上のサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますのでお問い合わせ下さい。

3. 利用料金

「別紙2利用料金一覧表」に記載

※日用品費の内訳

バスタオル・おしぼり・タオル・石鹸・ボディソープ・シャンプー・ティッシュペーパー、ペーパータオル等

※教養娯楽費の内訳

新聞・雑誌・レクリエーション費・年行事(花見、端午の節句、七夕、夏祭り、敬老会、クリスマス会、節分、桃の節句等)・月行事(誕生日会等)、クラブ活動等

日用品費、教養娯楽費については、利用者又は家族等の自由な選択に基づき提供した場合の料金となります

4. 支払い方法

お支払い方法は原則として、金融機関口座自動引落としと致します。
毎月15日までに、前月分の請求書を発行します、その月の27日(土日の場合は翌営業日)頃に利用者及び連帯保証人が指定した金融機関口座より自動引き落とし致します。

契約時に金融機関指定用紙の預金口座振替依頼書(金融機関口座自動引落とし申込書)に記入して頂きます。

5. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、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。

・協力医療機関

名 称 岩砂病院・岩砂マタニティ	名 称 岐北厚生病院
住 所 岐阜市八代1丁目7番地1	住 所 山県市高富1187番地の3

・協力歯科医療機関

名 称 朝日大学PDI岐阜歯科診療所
住 所 岐阜市都通5の15

◆緊急時の連絡先

緊急の場合には、利用者及び連帯保証人が指定する連絡先に連絡します。

6. 施設利用に当たっての留意事項

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。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。

・・面会・・・・・・・・・・

◆面会時間 9時00分～19時00分

来設者は必ずその都度職員に届け出るとともに、玄関面会簿に氏名等をご記入してください。

やむを得ない理由で飲食物(利用者への差し入れ)を持ち込まれた際には必ずフロア職員に声をかけてください。

・・飲酒・喫煙・・・・・・・・

◆原則として禁止します。

・・火気の手扱い・・・・・・・・・・

◆一切禁止とします。

・・設備・備品の利用・・・・・・・・

◆皆様に快適にお使いいただけるよう大切にお取扱い下さい。破損などを発見した時は速やかに職員にご連絡ください。

・・所持品・備品等の持ち込み・・・・・・・・

◆必要最低限でお願い致します。

持ち込み物品・下着を含む衣類等の全てには、油性ペンでわかりやすいところにフルネームでお名前の記入をお願い致します。なお、テレビ等の電気製品の持ち込みにつきましては、電気使用料がかかります。その際は、使用中止の申し出があるまで継続することとします。

・・金銭・貴重品の管理・・・・・・・・

◆当施設では、金銭・貴重品・携帯電話・タブレット等(電子機器)の管理は行いません。紛失・破損・故障等に関しては、一切の責任は負いませんので、全て自己責任でお願いします。

・・ペットの持ち込み及び飼育・・・・・・・・

◆一切禁止とします。

・・ハラスメントについて・・・・・・・・

◆利用者またはその家族等が、事業者やサービス従事者に対して次の事由に該当した場合は、事業者は文章で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。

(1) パワーハラスメント(身体的・精神的暴力)、セクシャルハラスメント(性的ないやがらせ)などの行為

① パワーハラスメントの例

- ・物を投げつける、たたく、ひっかく、つねる
- ・威圧的な態度で文句を言い続ける、理不尽な要求をする
- ・怒鳴るなど

② セクシャルハラスメントの例

- ・必要もなくサービス従事者の体に触る
- ・卑猥な言動を繰り返す
- ・わいせつな写真等を見せるなど

③ その他

- ・サービス従事者の自宅の住所や電話番号を何度も聞く
- ・ストーカー行為など

(2) サービス利用中に、同意なくサービス従事者を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

7. 非常災害対策

防災設備……スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知器、非常放送、
非常電源、非常用照明、誘導灯
防災訓練……年2回 春・秋に実施

8. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活をおく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」は禁止します。

利用者同士の金銭・物品の受け渡し、物品購入の依頼及び貸し借り等は、トラブルの原因となりますので固く禁止させていただきます。

のどに詰まる等の危険性や糖尿病・腎臓病などの病気による禁止食品、またはアレルギーなど、摂取が禁止されている食品がある利用者がいることをご理解ください。

9. 身体の拘束等

当施設は「身体拘束廃止委員会」を設置し、原則として利用者に対し身体拘束をいたしません。

但し、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、次の手続きによるものとします。

- ①身体拘束が必要であると判断せざるを得ない事例が発生した場合には、担当職員は速やかに上司に報告し、施設医師・看護介護部長と協議します。
- ②身体拘束の必要性があると判断された場合は、利用者や家族に対して医師等が身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を出来る限り詳細に説明し同意をいただきます。
- ③「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除します。
- ④ 身体拘束に関する記録(その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由等)をする。
- ⑤ 身体拘束解除後、その経過及び現状を家族に報告します。

10. 要望及び苦情等の相談

施設には支援相談の専門員として支援相談員・介護支援専門員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。

苦情・相談への対応は次の通りです。

○苦情・受付相談窓口

- ① 各階に常時設置の「ご意見箱」に文書で投函
- ② 山県グリーンポート事務室内の支援相談員・介護支援専門員に直接申し出る
開設時間 月曜日～土曜日 8時30分～17時00分
電 話 0581-36-2800 FAX 0581-36-2122

○外部相談窓口

山県市健康介護課	電 話 0581-22-6838
岐阜市介護保険課	電 話 058-214-2093
関市高齢福祉課	電 話 0575-23-8993
もとす広域連合介護保険課	電 話 058-320-2220
岐阜県国民健康保険団体連合会	電 話 058-275-9826

○処理手順

- ① 検討会の開催＝事実確認を行い、施設長、統括部長、看護・介護責任者、苦情

受付対応者（必要に応じては、対象職員）と協議します。

- ② 苦情の返答＝検討した結果を施設長名で速やかに返答します。
- ③ 改善の実施＝改善を速やかに実施し、改善状況を確認します。
（損害を賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。）
- ④ 解決困難な場合＝保険者に連絡し、助言・指導を得て改善を行います。また、解決できない場合には、保険者と協議し、国保連合会への報告及び指導をいただきます。
- ⑤ 再発防止＝同様の苦情、事故が起こらないように苦情対応報告書に記録し、職員に周知するとともに「苦情対応手順」に則り再発防止に努め、サービスの向上に努めます。

11. 損害賠償

当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償致します。ただし、その損害の発生について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は、事業者の損害賠償を減じる場合があります。なお、その損害の発生について、次の場合は損害賠償の責は負えません。

- ① 介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する『身体拘束の原則禁止』により、基本的介護サービスを行いますが、法律を遵守することにより転倒等の事故が起こった場合。
- ② 法定の勤務体制中であり当施設に故意過失がない場合。
- ③ 利用者に故意又は過失が認められる場合。

12. 書類提示

介護保険関係書類、健康保険関係書類等の提示をお願いします。

13. 虐待の防止のための措置

利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ③ その他虐待防止のために必要な措置（委員会の開催、指針整備等）

2 事業所はサービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

14. その他

当施設についての詳細は、パンフレットをご覧ください。また、ホームページでもご覧いただけます。

当施設についてのお問い合わせは、遠慮無くお申し出ください。

<運営母体・関連施設>

- ・法人名 医療法人社団 友愛会
- ・施設名 ・岩砂病院・岩砂マタニティ(内科・婦人科・小児科・リハビリテーション科・放射線科・産科)

- ・岐阜市地域包括支援センター長良
- ・岩砂訪問看護ステーション
- ・岩砂介護保険支援センター長良
- ・岩砂訪問介護センター長良
- ・岐阜市地域包括支援センター岩野田
- ・You&Iの森 いわのだ
 - 小規模多機能型居宅介護 とまり木
 - 住宅型有料老人ホーム にこの木
- ・You&Iの森 ながら
 - 福光グリーンホーム(グループホーム)
 - 小規模多機能型居宅介護 ひとい木
- ・所在地 岐阜市八代1丁目7番地1
- ・代表者名 理事長 岩 砂 智 丈
- ・電話番号 058-231-2631 / FAX番号 058-294-1480
- ・U R L <https://yuuaikai-gifu.or.jp>

友愛会における介護サービスの提供に必要な 個人情報の利用目的

■ 施設・事業所内での利用

1. 利用者に提供する介護サービス
2. 介護保険事務
3. 入退所等の管理
4. 会計・経理
5. 介護事故・緊急時等の報告
6. 利用者への介護・医療サービスの向上

■ 他の介護事業所等への情報提供を伴う利用

1. 他の病院、診療所、薬局及びその他の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、行政等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
2. その他の業務委託
3. 家族等への心身の状況説明
4. 保険事務の委託
5. 審査支払機関へのレセプトの提出
6. 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
7. 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

■ その他の利用

1. 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 2. 外部監査機関・評価機関等への情報提供
 3. 施設内において行われる学生等の実習への協力
 4. 学会・学術誌等への発表・報告
- なお、特定の利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名・生年月日・住所等を消去し匿名化いたします。匿名化が困難な場合については、本人の同意を得ます。

<補足事項>

- 上記のうち、個人情報の利用について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当者までお申し出ください。
- お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
- これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。

国が定める利用者負担限度額段階(第1～3段階) に該当する利用者等の負担額

- ◆ 利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。
- ◆ 利用者が「利用者負担」の、どの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、利用者ご本人(あるいは代理人の方)が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくことになります。(「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります)
- ◆ 利用者負担第1・第2・第3段階に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第1・第2・第3段階にある次のような方です。
 - 【利用者負担第1段階】
生活保護を受けておられる方か、本人及び世帯全員(世帯分離をしている配偶者を含む)が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方
 - 【利用者負担第2段階】
本人及び世帯全員(世帯分離をしている配偶者を含む)が市町村民税非課税で課税年金収入額と非課税年金(遺族年金・障害年金)収入額合計所得年金額が80万円以下かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下
 - 【利用者負担第3段階①】
本人及び世帯全員(世帯分離をしている配偶者を含む)が市町村民税非課税で課税年金収入額と非課税年金(遺族年金・障害年金)収入額合計所得年金額が80万円超120万円以下かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下
 - 【利用者負担第3段階②】
本人及び世帯全員(世帯分離をしている配偶者を含む)が市町村民税非課税で課税年金収入額と非課税年金(遺族年金・障害年金)収入額合計所得年金額が120万円超かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下
- ◆ 利用者負担第4段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第3段階」の利用料負担となります。
- ◆ その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

負担額一覧表(1日当りの利用料)

単位:円

利用者負担	食 費		居住費(滞在費)	
	個 室	多床室	個 室	多床室
第1段階	300	300	550	0
第2段階	600	600	550	430
第3段階①	1,000	1,000	1,370	430
第3段階②	1,300	1,300	1,370	430
第4段階(標準費用)	2,050	2,050	1,740	470

入所時説明書

説明者 _____

当施設では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下さい。

《高齢者の特徴に関して》 ※ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。

- ☐ 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あります。
- ☐ 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、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ☐ 健常者では通常感染しない状態であっても、高齢者は免疫力の低下により疥癬等の感染性皮膚疾患にかかりやすく、悪化しやすい可能性があります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲や少しの圧迫であっても、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。
- ☐ 高齢者は、加齢に伴い肺や気管支等の呼吸器官の機能が低下するため、風邪症状から肺炎等に状態が重症化する危険性があります。
- ☐ 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、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。
- ☐ 日本人が生涯、癌に罹る確率は男性60%、女性40% (国立がん研究センター推計) であり、今後癌を発症する可能性もあります。
- ☐ 認知症は記憶障害や知的機能の低下といった基本症状の他に、心理・行動障害(周辺症状)が出現する場合があります。徘徊や昼夜逆転、攻撃的行為、せん妄等の行動障害を起こす可能性があります。

《医学的管理・服薬管理に関して》

- ☐ 当施設ご利用(入所)中は、必要に応じて当施設の医師が検査・投薬・処置等を行います。入所時に薬をご持参された場合、本人の状態に応じて処方内容を調整することがあります。処方内容の調整には、効果は同じで名前や大きさ形などが違う薬を使ったり、減少する場合があります。また、やむを得ず増やすこともありますのでご了承下さい。
- ☐ 健康補助食品や市販薬を併用している方の場合、薬の効果が変化したり副作用の恐れがあるため、用法・用量の調整や服用の制限をさせて頂くことがありますのでご了承下さい。

介護老人保健施設山県グリーンポート
短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護利用同意書

介護老人保健施設山県グリーンポートを短期入所利用するにあたり、「介護老人保健施設山県グリーンポート短期入所療養介護及び予防短期入所療養介護利用契約書」、「別紙1 重要事項説明書」、「別紙2 利用料金一覧表」、「別紙3 個人情報の利用目的」、「別紙4 国が定める利用者負担限度額段階(第1～3段階)に該当する利用者等の負担額」、及び「別紙5 入所時リスク説明書」を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

＜利 用 者＞

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代筆者) _____
(続柄 _____)

＜連帯保証人＞

住 所 _____

氏 名 _____ 印

別紙3 個人情報の利用目的を確認し同意します。

＜家 族＞

住 所 _____

氏 名 _____ 印

＜当 施 設＞

所在地 山県市大門773番地

法人名 医療法人社団 友愛会

施設名 介護老人保健施設山県グリーンポート

代表者 理事長 岩 砂 智 丈 _____ 印

【本契約第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】〈本人・連帯保証人・家族〉

住 所	〒 ー
氏 名	