介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護利用　重要事項説明書

あなたに対する介護老人保健施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する平成１１年３月３１日厚生省令第４０号（介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準）第５条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

１．事業者概要

事業者名称	医療法人　アエバ会
主たる事務所の所在地	大阪市生野区勝山南４丁目６番５号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長　草野　孝一郎
電話番号	０６－６７１５－０７７１
ファクシミリ番号	０６－６７１７－４０１７

２．ご利用施設

施設の名称	老人保健施設すこやか生野
施設の所在地	大阪市生野区勝山北４丁目１番８号
介護保険指定番号	介護老人保健施設　２７５２２８００３８号
施設長の氏名	浅田　章
電話番号	０６－６７１７－８００２
ファクシミリ番号	０６－６７１７－８０７２
通常の送迎の実施地域	生野区　天王寺区　東成区　平野区

３．施設の目的と運営の方針

施設の目的	当事業所は、要支援・要介護状態と認定された利用者（以下、「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、看護、医療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い、利用者の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します。
運営の方針	当事業所では、介護予防短期入所療養計画書または短期入所療養計画書に基づいて、医療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ます。

４．施設の概要

介護老人保健施設「すこやか生野」

敷地		８１６．９０㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート造　地上６階
	延床面積	２，１１０．７３㎡
	利用定員	５１名

（１）居室

居室の種類	室数	面積	１人あたり面積
個室（３階）	１室	１３．７１㎡	１３．７１㎡
個室（４・５階）	２室	１０．９４㎡	１０．９４㎡
多床室	１２室	３２．３９㎡	８．０９㎡

（２）主な設備

設備の種類	数	面積
療養室	１５	４３０．８０㎡
診察室	１	６．４５㎡
機能訓練室	１	７６．６７㎡
談話室	３	２７．６１㎡
食堂	１	１５５．５９㎡
一般浴室	０	０．００㎡
機械浴室	特殊浴槽１台	２９．１３㎡
レクリエーションルーム	３	２９．８４㎡
便所	各階１箇所（ウオシュレット設備有）	８８．８７㎡
サービスステーション	３～５階 各１箇所	２１．８１㎡
調理室	１	４１．３１㎡
洗濯室	１	１２．３５㎡
汚物処理室	４	１２．０１㎡

５．職員体制

	常勤	業務内容
医師	1	利用者の診察及び保健衛生の管理指導
看護職員	17 以上	利用者の看護、保健衛生等
介護職員		利用者の日常生活の介護、相談及び援助
支援相談員	1	入退所（利用開始と終了）、生活相談及び援助の企画立案・実施に関する業務
理学療法士 作業療法士又は言語聴覚士	３以上	利用者の機能回復・機能維持に必要なリハビリ及び指導
管理栄養士	1	給食管理、利用者の栄養指導
介護支援専門員	1	利用者の介護支援に関する業務
事務職員	2	庶務及び会計事務

６．サービス内容

（１）入所者に対するサービス提供の流れ

入所者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針等については、当施設の計画担当介護支援専門員（ケアマネジャー）が入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」で定めます。ケアプランの作成及び変更は、次の手順で行います。

①総合的なケアプランの作成⇒②課題分析の実施⇒③ケアプラン（原案）の作成⇒
④サービス担当者会議等による専門的意見の聴取⇒⑤ケアプラン（原案）の説明及び同意⇒
⑥ケアプランの交付⇒⑦ケアプランの実施状況等の把握及び評価等⇒⑧モニタリングの実施⇒
⑨ケアプランの変更

（２）提供するサービスの内容

①食事の提供及び栄養管理

栄養士（管理栄養士）の立てる献立により、栄養並びに入所者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

入所者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則とします。

食事時間　朝食　８時～９時　・昼食　１２時～１３時　・夕食　１７時１５分～１８時１５分

②医療及び看護

定期診察（週１回）血圧測定・検温等による日常的な健康管理、服薬管理、緊急時の医療対応

③医学管理下における介護

④入浴

入浴又は清拭を週２回以上行います。入所者の体調等により、当日入浴ができなかった場合は、清拭及び入浴日の振替にて対応します。

寝たきりの状態であってもストレッチャーを使用して入浴することができます。

⑤排泄

排泄の自立を促すため、入所者の身体能力を最大限利用した援助を行います。または適時適切なオムツ交換を行います。

⑥機能回復訓練

入所者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復または、その減退を防止するための訓練を実施します。

⑦健康管理

医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑧その他自立への支援

・寝たきり防止のため、入所者の身体状況を考慮しながら、可能な限り離床に配慮します。

・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助を行います。

⑨教養・娯楽

⑩理美容サービス

７．当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力をいただき、利用者様の状態が急変した場合には、すみ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

医療機関の名称	医療法人アエバ会　アエバ外科病院
院長名	草野　孝文
所在地	大阪市生野区勝山南４丁目６番５号
電話番号	０６－６７１５－０７７１
診療科目	整形外科、外科、脳神経外科

医療機関の名称	医療法人育和会　育和会記念病院
院長名	吉村　隆喜
所在地	大阪市生野区巽北３丁目２０番２９号
電話番号	０６－６７５８－８０００
診療科目	内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・消化器外科・糖尿病内科・皮膚科・アレルギー科・・リウマチ科・外科・泌尿器科・肛門外科・脳神経内科・脳神経外科・整形外科・形成外科・婦人科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・臨床検査科・救急科

・協力歯科医療機関

医療機関の名称	太原歯科診療所
院長名	太原　徳人
所在地	大阪府堺市東区日置荘西町３－３８６
電話番号	０７２－２８７－６０４８

医療機関の名称	上本町 NEW　YOU 歯科・矯正歯科
院長名	田中　浩太
所在地	大阪府大阪市天王寺区上本町６－２－３－3F
電話番号	０６－６４８０－８８１８

８.緊急時の対応

（１）当施設は、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、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２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には「緊急時の連絡先」に連絡します。

緊急時の連絡先：氏名：　　（続柄：　　）　　TEL：

９.事故発生時の対応

（１）当施設では、事故を未然に防止するために事故発生防止のための指針を整備し、毎月 1 回委員会を開催し、従業員に対する研修を定期的に実施しています。サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は速やかに利用者の家族、身元引受人等関係者に連絡を行うとともに、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２項のほか、当施設は「事故発生時の連絡先」【９頁（３）】及び市町村に対して速やかに連絡します。

１０．賠償責任

（１）介護保健施設サービス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。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	業務中に発生した事故について賠償する

１１．当施設ご利用の際にご留意いただく事項

（１）面会時間、面会方法等

面会時間は、10：00～18：30 です。

※面会にあっては、玄関窓口にて「面会カード」に必要事項をご記入いただきます。

※感染症予防の対策の一環として、あらかじめお知らせいたしますが、面会を制限したり、お断りする場合もございますので、その際はご了承ください。

※平日 18 時以降、日・祝日は職員通用口をご利用ください。

（２）消灯時間は、21：00 とします。

（３）外出や外泊される場合は、あらかじめ事務所までお申し出ください。その際は「外出・外泊カード」に必要事項をご記入いただきます。

（４）外出・外泊時の医療機関（他科）の受診

当施設では、あらかじめ入所者のかかりつけ医を把握して、診療情報の共有を図ります。緊急時は、当施設に連絡していただいた後、受診先と連携を図ります。

（５）喫煙

健康管理上、原則禁止とします。

（６）飲酒

栄養管理上、原則禁止とします。

（７）火気の取扱い

防火管理上、原則禁止とします。

（８）設備・備品の利用

使用法に従ってご利用いただきます。これによらない利用により破損等が生じた場合、弁償いただく場合があります。

（９）所持品・金銭・貴重品等の管理の持ち込み

持ち込みされる場合は、所持品等に名前をご記入のうえ、必要最小限での持ち込み願います。

※各居室のスペースに限りがありますので、所持品によっては、ご遠慮願う場合があります。

※使い慣れた車椅子や歩行補助器等のご使用は、あらかじめご相談ください。

※金銭・貴重品等の管理は、原則、自己管理をしていただきます。防犯上、多額な金銭や高額な貴重品等は持ち込まないでください。

(10) ペットの持ち込み

衛生管理上、原則禁止とします。

(11) 私物の洗濯

入所者の私物の洗濯は、ご家族様で対応願います。

(12) 営利行為、宗教・政治活動等

営利行為、宗教・政治活動の他、他の入所者やその家族等に迷惑がおよぶ行為・活動は一切禁止とします。

(13) その他

・担当医師の指示による診察、治療、服薬、検査などを受けていただきます。

・入所中は、施設でのお薬を出すようになります。他の医療機関を受診する場合は、お知らせ下さい。

・集団生活ですのでお互いに秩序を守り、他人に迷惑を掛けないよう心掛けて下さい。

・日中はできるだけお部屋から出ていただき、施設内にて機能訓練、趣味、娯楽及び談話室などでお過ごし下さい。

・身の回りの整理整頓を行って下さい。

・体調不良等により病院に入院された場合は「退所」という扱いになります。入所中にご使用になっていた持ち物は速やかにお持ち帰りください。同時に利用料のお支払いもお願いいたします。

１２．身体の拘束等

当施設では、原則として入所者に身体拘束等を禁止しています。

ただし、入所者又は他人の生命・身体に対して危険（自傷他害等）がおよぶことが考えられるときは、緊急やむを得ない措置として、入所者及びその家族に対して、説明し同意を得た上で、次の留意事項に留意し、必要最小限の範囲で行うことがあります。

①緊急性：　直ちに身体拘束を行わなければ、入所者又は他人の生命・身体に危険がおよぶことが考えられる場合に限ります。

②非代替性：　身体拘束以外に、入所者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

③一時性：　入所者又は他人の生命・身体に対して危険がおよぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

（１）身体拘束等を行う場合の手続きについて

当施設では、「身体拘束等廃止委員会」を設置しています。当該委員会は、身体拘束等を実施の有無、経過報告、改善策等を検討・決定し、次の事項に留意しています。

① 身体拘束等の実施には、留意事項①②③を踏まえて、実施する時間・期間、改善方法等を含め、あらかじめ入所者又はその家族に説明して同意をいただきます。

② 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる様態及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得ない理由等を記録します。

③ 身体拘束の解除（改善方法）、期間の見直し等について、委員会で検討し、その結果等を入所者又はその家族に説明して同意をいただき、直ちに身体拘束等を解除します。

※身体拘束等の必要性について、ご家族の要望だけでは実施しません。

１３．虐待防止について

当施設は、入所者の人権擁護・虐待の防止等のために、必要な措置を講じています。

①虐待防止に関する委員会を設置しています。

②成年後見制度の利用を支援します。

③虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。

④従業者に対する人権擁護・虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

虐待防止研修：従業者の入職時、２回/年の研修を実施。

⑤従業者が支援に当たっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者の権利養護に取り組める環境の整備に努めます。

⑥サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに市町村等に通報します。

１４．苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室（窓口担当者：青木　竜太郎　電話：０６－６７１７－８００２）までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

１５．行政窓口

サービスに関する苦情等は、下記の行政窓口でも受け付けておりますのでご利用下さい。

大阪市　福祉局高齢者施策部介護保険課	０６－６２４１－６３１０
生野区役所保健福祉課介護保険グループ	０６－６７１５－９８５９
大阪府国民健康保険団体連合会	０６－６９４９－５４１８

１６．非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「老人保健施設すこやか生野消防計画」に則り対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「老人保健施設すこやか生野消防計画」に則り年２回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー…あり 避難階段…あり 自動火災報知器…あり 誘導灯…あり ガス漏れ報知器･･･あり 防火扉・シャッター…あり 屋内消火栓…あり 非常通報装置･･･あり 漏電火災報知器…あり 非常用電源…あり カーテン布団等は、防炎性能のあるものを使用しております。
消防計画等	生野消防署への届出日　令和６年１１月１日 防火管理者　青木　竜太郎

短期入所療養介護について
（令和 6 年 4 月 1 日現在）

１．介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用者の介護保険被保険者証・介護保険負担割合証を確認させていただきます。

２．短期入所療養介護の概要

短期入所療養介護は、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学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お世話を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。

このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、短期入所療養介護計画が作成されますが、その際、利用者・保証人（ご家族）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くようになります。

３．利用料金

施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は１日あたりの自己負担分(1 割）です。

（１）

＊短期入所療養介護の基本料金（在宅強化型）

・要介護１	（多 床 室）	９６７円	（従来型個室）	８７８円
・要介護２	（　〃　）	１，０５０円	（　〃　）	９５８円
・要介護３	（　〃　）	１，１２０円	（　〃　）	１，０２７円
・要介護４	（　〃　）	１，１８２円	（　〃　）	１，０９１円
・要介護５	（　〃　）	１，２４５円	（　〃　）	１，１５２円

＊短期入所療養介護の基本料金（加算型）

・要介護１	（多 床 室）	８９０円	（従来型個室）	８０８円
・要介護２	（　〃　）	９４４円	（　〃　）	８５９円
・要介護３	（　〃　）	１，０１２円	（　〃　）	９２７円
・要介護４	（　〃　）	１，０６９円	（　〃　）	９８４円
・要介護５	（　〃　）	１，１２８円	（　〃　）	１，０４１円

＊介護予防短期入所療養介護の基本料金（在宅強化型）

・要支援１	（多 床 室）	７２１円	（従来型個室）	６７８円
・要支援２	（　〃　）	８９４円	（　〃　）	８３４円

＊介護予防短期入所療養介護の基本料金（加算型）

・要支援１	（多 床 室）	６５８円	（従来型個室）	６２１円
・要支援２	（　〃　）	８３０円	（　〃　）	７７９円

《その他の加算料金》

＊夜勤職員配置加算	２６円/日
＊個別リハビリテーション実施加算	２５８円/日
＊認知症ケア加算	８２円/日
＊認知症行動・心理症状緊急対応加算	２１５円/日
＊緊急短期入所受け入れ加算	９７円/日
＊若年性認知症利用者受け入れ加算	１２９円/日
＊重度療養管理加算（要介護４・５に限る）	１２９円/日
＊在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	５５円/日
＊在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	５５円/日
＊送迎加算（片道につき）	１９８円/回
＊療養体制維持特別加算（Ⅰ）	２９円/日
＊療養体制維持特別加算（Ⅱ）	６２円/日
＊総合医学管理加算	２９５円/日
＊口腔連携強化加算	５４円/回
＊療養食加算	９円/回
＊認知症専門ケア加算Ⅰ	４円/日
＊認知症専門ケア加算Ⅱ	５円/日
＊緊急時施設療養費　緊急時治療管理	５５６円/日
＊緊急時施設療養費　特定治療	老人医科診療報酬点数の１割
＊生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	１０８円/月
＊生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	１１円/月
＊サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	２４円/日
＊介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 75／1000 加算

なお、緊急時に所定の対応を行った場合、別途料金が加算されます。

＊介護保険負担割合　２割の方は上記金額が２割負担となります。

（２）その他の料金

①　食費／１日（非課税）　　１，６００円

朝食　　３００円

昼食　　７００円

（おやつ含む）

夕食　　６００円

（ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が１日にお支払いいただく食費の上限となります。）

②　滞在費（療養室の利用費）／１日（非課税）

・多床室　　５５０円

・従来型個室　　２，０００円

（ただし、滞在費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている滞在費の負担限度額が１日にお支払いいただく滞在費の上限となります。）

・上記①「食費」及び②「滞在費」において、国が定める負担限度額段階（第１段階から第３段階まで）の利用者の自己負担額については、利用料金表をご覧ください。

③　入所者が選定する特別な療養室料／１日　　個室（消費税込）　　３，２４５円

個室をご利用される場合の費用

④　教養娯楽費／１日　　２１０円

レクリエーションの材料等の費用

⑤　理容料（消費税込）　　実費

月１回出張理容実施・希望者のみ　（外部委託）

⑥　洗濯機使用料／１回（消費税込）　　１１０円

洗濯機を使用された場合の費用

⑦　乾燥機使用料／１回（消費税込）　　１１０円

乾燥機を使用された場合の費用

⑧　電化製品使用料／１種類毎に１日（消費税込）　　５５円

テレビ、電気毛布、電気あんか等の機器類を使用された場合の費用

＊利用料が減額となる制度

利用料が減額となる制度として、下記のとおりの制度があります。詳しくは職員が説明致します。	
・介護保険負担限度額	段階区分は申請により認定証の提示が必要です。 提示なき場合は、第４段階での算定になります。

（３）支払い方法

・　随時発行する請求書によって、その期間分をお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

・　お支払い方法は、別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

・　《別添資料１》

「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、所属する世帯全員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】

世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間 80 万円以下の方

【利用者負担第３段階①】

世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間 80 万円超 120 万円以下の方

【利用者負担第３段階②】

世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間 120 万円超の方

○　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日当たりの利用料）

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th rowspan="2">食費</th><th colspan="2">利用する療養室のタイプ</th></tr>
<tr><th>従来型個室</th><th>多床室</th></tr>
<tr><td>利用者負担第１段階</td><td>３００円</td><td rowspan="2">５５０円</td><td>０円</td></tr>
<tr><td>利用者負担第２段階</td><td>６００円</td><td rowspan="3">４３０円</td></tr>
<tr><td>利用者負担第３段階①</td><td>１，０００円</td><td rowspan="2">１，３７０円</td></tr>
<tr><td>利用者負担第３段階②</td><td>１，３００円</td></tr>
</table>

令和　　年　　月　　日

（乙）　当事業所は、甲１に対する介護老人保健サービス提供にあたり、
　　□（甲１）利用者　　□（甲２）身元保証人　　に対して
サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

（乙）　事業所　　住所　　大阪府大阪市生野区勝山北　4-1-8
　　事業者（法人）名　医療法人　アエバ会
　　事業所名　老人保健施設すこやか生野　　印
　　説明者　氏名

（甲）　私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

（甲１）利用者　　住所

　　氏名　　印
（甲２）身元保証人
　　住所

　　氏名　　印
　　（続柄　　）

（署名代行者）
　　私は、下記の理由により、甲１の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。
　　住所

　　氏名　　印
　　（続柄　　）

【利用約款　第９条・第 10 条第３項の事故発生時連絡先】

氏　　名	（続柄　　）
住　　所	〒
電話番号①	同意署名：

氏　　名	（続柄　　）
住　　所	〒
電話番号②	同意署名：

※上記連絡先（氏名・住所・電話番号）は、同意署名をもって、使用同意を得たこととする。

担当居宅介護支援事業所	所在地	
	名　称	
介護支援専門員		
電話番号		

個人情報の利用目的

（平成 27 年 4 月 1 日現在）

介護老人保健施設すこやか生野では、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。

【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

－入退所等の管理

－会計・経理

－事故等の報告

－当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔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

－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

－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

－検体検査業務の委託その他の業務委託

－家族等への心身の状況説明

・介護保険事務のうち

－保険事務の委託

－審査支払機関へのレセプトの提出

－審査支払機関又は保険者からの照会への回答

・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

【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

－医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

－当施設において行われる学生の実習への協力

－当施設において行われる事例研究

－各種館内掲示・施設だよりなどにおける氏名・生年月日・写真等の掲載

〔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

－外部監査機関への情報提供

個人情報使用同意書

私（利用者及び保証人）は、介護老人保健施設すこやか生野に対し、個人情報を必要最小限の範囲内で使用・提供することを下記に記載する内容で同意します。

記

１　使用する目的

・ご利用者に関わる居宅サービス計画ならびに介護サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議に必要となる場合。
・担当ケアマネージャーと他の介護サービス事業者との連絡調整に必要となる場合。
・サービス提供困難時の事業者間の連絡・紹介等の場合。
・ご利用者が他の医療機関を利用する場合・該当する医療機関との連携をとる場合。
・ご利用者の心身の状況などを家族に説明する場合。
・介護保険事務に関する情報提供の場合。（請求関係・保険者からの照会への回答等）
・事業所における学生への実習の場合。
・事業所の機関誌やホームページ等作成する場合。（写真等の掲載）
・損害賠償保険等にかかる保険会社への相談または届け出。

２　使用する期間

令和　　年　　月　　日　～　　契約満了の日

３　使用する条件

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には使用しません。
また、契約期間外においても第三者には漏らしません。
＊「個人情報」とは、利用者個人及びに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。

令和　　年　　月　　日

医療法人　アエバ会
老人保健施設すこやか生野　様

利用者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

保証人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（続柄　　）　　（続柄　　）

入所時のリスク説明

当施設では、入所者が快適な生活が送れますように原則身体拘束をしないこと、自立した生活を妨げないこと等に配慮しながら安全な環境づくりに努めていますが、入所者の自立した活動・行動、心身の状況や病気などが原因により、危険（転倒・転落等）を伴う可能性があることを十分にご理解いただくために詳細に説明するものです。

ご確認いただきましたら、□にチェックをお願いします。

□　当施設は、原則的に拘束を行ないません。入所者の自立した活動・行動等により、転倒・転落による事故の可能性があります。歩行時の転倒、ベットや車椅子からの転落等による骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れもあります。

□　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できやすい状態にあります。

□　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。

□　年齢に関係なく、心臓や脳の疾患により、稀に急死される場合もあります。

□　入所者の全身状態が急に悪化した場合、当施設の判断で、緊急に医療機関へ搬送を行うことがあります。また夜間医師が不在の場合でも緊急搬送する場合があります。

上記の内容は、ご自宅でも起こりうることです。入所中にあっても同様に起こりうることと、ご承知ください。

上記項目について、施設の担当者（説明者）より、入所者の「入所時のリスク」について説明を受け、十分に理解しました。

令和　　年　　月　　日

氏名　　印

続柄（　　）