

# 介護老人保健施設 みらいのさと太陽

## 重要事項説明書（介護老人保健施設サービス）

1. 事業者の概要	P 1
2. 利用施設	P 1
3. 利用施設があわせて実施する事業	P 1
4. 施設の目的と運営の方針	P 1～2
5. 施設の概要	P 2～3
6. 職員体制	P 3
7. 職員の勤務体制	P 4
8. 施設サービスの概要	P 4～5
9. 施設サービスの利用料・加算について	P 5～16
10. 利用料のお支払方法	P 16
11. 施設を退所していただく場合	P 17～18
12. 身元引受人	P 18
13. 入所時に必要な物品について	P 18
14. 衛生管理等について	P 19
15. 業務継続計画の策定等について	P 19
16. サービス提供に関する相談、苦情について	P 19～20
17. 緊急時等における対応について	P 20
18. 協力医療機関	P 20
19. 協力歯科医療機関	P 20
20. 事故発生時の対応方法について	P 21
21. 損害賠償について	P 21
22. 非常災害時の対策	P 21
23. 当施設利用の際にご留意いただく点	P 22～23
24. 秘密の保持と個人情報の保護について	P 23～24
25. 虐待防止について	P 25
26. 身体拘束について	P 25
27. 運営指導・第三者評価の実施状況	P 26
28. 施設利用に関する確認・同意書	P 27～28
29. 施設利用時リスク説明書	P 29
30. 附則	P 30
31. 連絡先一覧	P 31

## 重要事項説明書（介護保健施設サービス）

利用者に対する介護保健施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令第40号5条に基づいて、当事業者があなた利用者及びその身元引受人に説明すべき事項は次のとおりです。

### 1. 事業者の概要

(1) 事業者の名称	医療法人社団 映寿会
(2) 主たる事務所の所在地	石川県金沢市鞍月東1丁目8番地
(3) 法人種別	医療法人
(4) 代表者の氏名	理事長 北元 喜洋
(5) 電話番号	(076)237-8000

### 2. ご利用施設

(1) 施設の名称	介護老人保健施設 みらいのさと太陽
(2) 主たる事務所の所在地	石川県金沢市鞍月東1丁目17番地
(3) 介護保険指定番号	石川県第1750180067号
(4) 管理者（施設長）	北元 喜洋
(5) 電話番号	(076)237-2821
(6) FAX番号	(076)237-2832

### 3. ご利用施設があわせて実施する事業

事業の種類	石川県知事の指定年月日	指定番号	利用定員
介護老人保健施設	平成12年4月1日	石川県第1750180067号	100名
短期入所療養介護	平成12年4月1日	石川県第1750180067号	
介護予防短期入所療養介護	平成12年4月1日	石川県第1750180067号	空床利用
通所リハビリテーション	平成12年4月1日	石川県第1750180067号	
介護予防通所リハビリテーション	平成12年4月1日	石川県第1750180067号	35名/日
居宅介護支援事業所	平成12年4月1日	石川県第1700100082号	—
訪問リハビリテーション	令和3年4月1日	石川県第1750180067号	—

### 4. 施設の目的と運営の方針

#### (1) 施設の目的

介護老人保健施設 みらいのさと太陽（以下単に「当施設」という。）は、要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法の趣旨に従って、利用者が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になるとともに、その者の居宅における生活を目指した介護保健施設サービスを提供する。

## (2) 運営方針

- ① 施設サービス計画書に基づいて、看護・医学的管理の下における介護及び機能訓練その他の必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うとともに、利用者の居宅における生活を目指した介護保健施設サービスを提供する。
- ② 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った介護保健施設サービスの提供に努める。
- ③ 明るく健康的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健サービス、医療サービス、福祉サービスを提供する者との密接な連携を行う。

## 5. 施設の概要

敷 地		2, 904. 32 m <sup>2</sup>
建 物	構 造	鉄筋コンクリート3階建て（建築面積1, 576. 41 m <sup>2</sup> ） 耐火構造
	延床面積	4, 023. 10 m <sup>2</sup>
	利用定員	100名

### (1) 居室

居室の種類	居 室 数	面 積 (m <sup>2</sup> )	一人あたり面積 (m <sup>2</sup> )
療養室一人部屋	4室	57.30	13.10～15.50
療養室二人部屋	4室	70.10	8.50～9.40
療養室四人部屋	22室	738.30	8.05～9.17

### (2) 主な設備

施 設 の 種 類	数	面積 (m <sup>2</sup> )	設 備 等
診 察 室	1	18.6	診察台、血圧計
機 能 訓 練 室	1	164.67	移動式平行棒、マットプラットホーム
談 話 室	1	36.8	畳コーナー、給茶機
食 堂 兼レクリエーションコーナー	2	267.00	テレビ、洗面台、自動販売機 (2階 132.6 m <sup>2</sup> 3階 134.4 m <sup>2</sup> )
一 般 浴 室	1	53.60	シャワー設備、昇温設備、ろ過設備 座位浴
器 械 浴 室	1	53.40	シャワー設備、電動昇降浴槽 ストレッチャー
レクリエーションルーム	1	15.80	新聞、舞台
洗 面 所	2	30.40	洗面流し (2階 15.2 m <sup>2</sup> 3階 15.2 m <sup>2</sup> )
ト イ レ	9	147.73	車いすトイレ含む (1階 33.19 m <sup>2</sup> 2階 53.97 m <sup>2</sup> 3階 60.57 m <sup>2</sup> )

サービスステーション	2	65.04	ナースコール設備、製氷機、仮眠室 (2階 32.52 m <sup>2</sup> 3階 32.52 m <sup>2</sup> )
調理室	1	92.60	食器消毒保管庫、冷蔵冷凍庫、食品庫
洗濯室	1	33.20	コイン式全自動洗濯機、コイン式乾燥機
汚物処理室	2	10.68	汚物流し (2階 5.71 m <sup>2</sup> 3階 4.97 m <sup>2</sup> )
相談室	1	13.31	テーブル、椅子
ボランティア室	1	13.40	テーブル、椅子
家族介護教室	1	13.80	ベッド
理容室	1	13.04	洗髪台、椅子
通所者用デイルーム	1	115.06	ソファー、テーブル、テレビ

#### 6. 職員体制 (職員の配置については、指定基準を尊守しています。) (令和7年6月1日現在)

従業者の職種	員数	区分				常勤換算 後の員数	保有資格 (主なもの)	備考			
		常勤		非常勤							
		専従	兼務	専従	兼務						
管理 者	1		1名			0.6					
医 師	2		1名		1名	1	医師免許				
薬 剤 師	1			1名		0.4	薬剤師免許				
看護職員	9	7名		2名		8.6	看護師 6名 准看護師 3名				
介護職員	33	29名		4名		31.6	介護福祉士 30名				
支援相談員	3	1名	2名			3	社会福祉士 1名				
リハビリ職員	7	7名				6.9	作業療法士 2名 理学療法士 4名 言語聴覚士 1名				
管理栄養士	2		2名			2	管理栄養士 2名				
介護支援専門員	2		2名			2	介護支援専門員 2名				
事務員	7		7名			7					

## 7. 職員の勤務体制

職種	勤務体制	休暇等
管理者	8:30～17:30	休暇 月9日間(うるう年以外の2月は8日)
医師	8:30～17:30	休暇 月9日間(うるう年以外の2月は8日)
薬剤師	14:30～17:30	休暇 月9日間(うるう年以外の2月は8日)
事務職員	8:30～17:30	休暇 月9日間(うるう年以外の2月は8日)
リハビリ職員	8:30～17:30	休暇 月9日間(うるう年以外の2月は8日)
支援相談員	8:30～17:30	休暇 月9日間(うるう年以外の2月は8日)
介護支援専門員	8:30～17:30	休暇 月9日間(うるう年以外の2月は8日)
管理栄養士	8:30～17:30	休暇 月9日間(うるう年以外の2月は8日)
看護職員	日勤 8:30～17:30 当直 17:00～翌9:00 半日 9:00～13:00 〃 13:00～17:00	休暇 月9日間(うるう年以外の2月は8日)
介護職員	日勤 8:30～17:30 早出 6:30～15:30 遅出 10:00～19:00 当直 17:00～翌9:00 半日 9:00～13:00 〃 13:00～17:00	休暇 月9日間(うるう年以外の2月は8日)
通所リハビリ テーション科	日勤 8:30～17:30 半日 9:00～13:00 〃 13:00～17:00	休暇 月9日間(うるう年以外の2月は8日)

## 8. 施設サービスの概要

サービスの種別	内 容
食事	<p>○食事時間 朝食 7：15～8：30 昼食 11：45～13：00 おやつ 14：30～15：00 夕食 17：45～19：00</p> <p>○食事場所等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>原則として食堂にて提供しております。献立表及び当日のメニューは食堂前にあります。</li> <li>療養食が必要な方、食べられないものやアレルギーがある方は、事前に職員にお知らせ下さい。</li> <li>お茶は食堂及び各療養室、白湯は給湯室にありますのでお気軽に職員にお申し付けください。</li> <li>食堂内、給茶機もあります。ご自由にお飲みください。</li> </ul>

医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者の病状に合わせた医療・看護を提供します。</li> <li>○医師による定期診察は週1回以上、それ以外でも必要時は適宜診察致しますので、看護師等にお申し付けください。</li> <li>ただし、当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については、医療機関での治療となります。</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>○リハビリ職員による機能訓練を利用者の状況に合わせて行います。</li> <li>○リハビリ室での機能訓練とあわせて、施設内における全ての活動が機能回復を目的としています。</li> <li>○入所後3か月以降または再入所後は週3回のリハビリになります。</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>○洋式トイレ、車イス用トイレ、ポータブルトイレを用意しております。</li> <li>介助が必要な場合、おむつ使用の場合は介助毎に状況を記録しております。</li> </ul>
入浴・清拭	<ul style="list-style-type: none"> <li>○一般浴又は器械浴を、利用者の状況に合わせてご利用いただきます。</li> <li>○原則として週2回の入浴を提供いたします。お体の状況等で入浴できない場合は清拭により清潔保持に努めます。</li> <li>○その他状況に応じて全身又は部分清拭を行います。</li> </ul>
離床	<ul style="list-style-type: none"> <li>○毎日離床のお手伝いをさせていただきます。</li> <li>○できるだけ日中は離床していただきますようお願ひいたします。</li> </ul>
着替え・整容	<ul style="list-style-type: none"> <li>○毎朝及び夕方に着替えのお手伝いをさせていただきます。</li> <li>○整容のお手伝いをさせていただきますので、爪切りやブラシかけ等、お気軽にお申し付けください。</li> </ul>
シーツ交換・寝具消毒	<ul style="list-style-type: none"> <li>○シーツ交換は週1回行います。また寝具消毒については業者と連携して適宜行います。</li> </ul>
相談援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>○常時、ご利用者及びご家族からの介護保険や介護に関するご相談に応じます。</li> </ul>

## 9. 施設サービスの利用料・加算について

### (1) 介護保険給付サービス利用料金（介護保険自己負担額）

#### 【在宅強化型】

介護保健施設サービス費（I） 介護保健施設サービス費（ii） 〈従来型個室〉	介護保健施設サービス費（I） 介護保健施設サービス費（iv） 〈多床室〉
要介護1 788単位／日	要介護1 871単位／日
要介護2 863単位／日	要介護2 947単位／日
要介護3 928単位／日	要介護3 1,014単位／日
要介護4 985単位／日	要介護4 1,072単位／日
要介護5 1,040単位／日	要介護5 1,125単位／日

【基本型】

介護保健施設サービス費（I） 介護保健施設サービス費（i） 〈従来型個室〉 要介護 1 717 単位／日 要介護 2 763 単位／日 要介護 3 828 単位／日 要介護 4 883 単位／日 要介護 5 932 単位／日	介護保健施設サービス費（I） 介護保健施設サービス（iii） 〈多床室〉 要介護 1 793 単位／日 要介護 2 843 単位／日 要介護 3 908 単位／日 要介護 4 961 単位／日 要介護 5 1012 単位／日
---	---

【その他】

介護保健施設サービス費（IV） 介護保健施設サービス費（i） 〈従来型個室〉 要介護 1 703 単位／日 要介護 2 748 単位／日 要介護 3 812 単位／日 要介護 4 865 単位／日 要介護 5 913 単位／日	介護保健施設サービス費（IV） 介護保健施設サービス費（ii） 〈多床室〉 要介護 1 777 単位／日 要介護 2 826 単位／日 要介護 3 889 単位／日 要介護 4 941 単位／日 要介護 5 991 単位／日
--	---

【その他 必要に応じて掛かる費用（加算）】

初期加算（日）	(I) 60 単位 急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後 30 日以内に入所した際、入所日から起算して 30 日間に限り算定。 (II) 30 単位 入所日から起算して 30 日間に限り算定。
退所時等支援等加算 試行的退所時指導加算 (回)	400 単位 当施設退所時、居宅での生活の際に自宅生活についての指示を行った場合に算定。
退所時情報提供加算 (回)	(I) 500 単位 居宅へ退所した場合、当施設退所後の主治医に対して、利用者の診療等の情報を提供した場合に加算。 (II) 250 単位 医療機関へ退所した場合、当施設退所後の主治医に対して、利用者の診療等の情報を提供した場合に算定。

入退所前連携加算 (回)	<p>(I) 600 単位 入所予定前 30 日以内に、利用者が退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者と連携し、当該利用者の同意を得て、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定める。当施設入所期間が 1 月を超える利用者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退所に先立って当該利用者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、利用者一人につき 1 回を限度として算定。</p> <p>(II) 400 単位 当施設入所期間が 1 月を超える利用者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退所に先立って当該利用者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、利用者一人につき 1 回を限度として算定。</p>
訪問看護指示加算 (回)	300 単位 当施設退所後に、利用者が訪問看護サービスの利用について必要であり、訪問看護指示書を交付した場合に算定。
認知症情報提供加算 (回)	350 単位 過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断した利用者であって、施設内での診断が困難であると判断された者について、当該利用者又はその家族の同意を得た上で、当該利用者の診療状況を示す文書を添えて、医療機関に当該利用者の紹介を行った場合に、利用者 1 人につき入所期間中に 1 回を限度として算定。
認知症行動・心理症状 緊急対応加算 (日)	200 単位 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には、入所した日から起算して 7 日を限度として、1 日につき算定。

地域連携診療計画 情報提供加算 (回)	300単位 医科診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定して保険医療機関を退院した利用者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、利用者の治療等を行うとともに、利用者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に当該利用者に係る診療情報を文書により提供了した場合に、利用者1人につき1回を限度として算定。
所定疾患施設療養費/ (日) (I)、(II)	<p>(I) 239単位 肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪の利用者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合 (肺炎の者又は尿路感染症の者に対しては診療に当たり検査を実施した場合に限る) に算定する。また、同一の利用者について1月に1回、連続する10日を限度として算定する。</p> <p>(II) 480単位 肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪の利用者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合 (肺炎の者又は尿路感染症の者に対しては診療に当たり検査を実施した場合に限る) に算定する。また、同一の利用者について1月に1回、連続する10日を限度として算定する。</p> <p>①診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。 (協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。)</p> <p>②所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該利用者に対する投薬、検査、注射処置等の実施状況を公表していること。</p> <p>③医師が感染症対策に関する研修を受講していること。</p>
在宅復帰・在宅療養 支援機能加算/ (日) (I)、(II)	<p>(I) 51単位 (加算型時に算定) 施設基準において、基本型を満たしている場合の加算</p> <p>(II) 51単位 (超強化型時に算定) 施設基準において、在宅強化型を満たしている場合の加算</p>
外泊時加算 (日)	<p>362単位 利用者の外泊初日と最終日を除き、介護サービス自己負担に代えて算定。(月6日を限度)</p> <p>800単位 利用者の外泊時に在宅サービスを利用した場合の算定 (月6日を限度)</p>

療養食加算（回）	6 単位 医師の発行する食事箋に基づき食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理され、利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること等により算定。
栄養マネジメント強化加算（日）	11 単位 利用者の食事の際の変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること。栄養ケア計画に従い、食事の観察を週3回以上行い、利用者ごとの食事の調整等を実施する。その情報を厚生労働省に提出する。
経口移行加算（日）	<p>28 単位 経管による食事を提供する利用者について経口摂取を進めるため、医師の指示に基づき多職種が協働して経口による食事摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であって、管理栄養士または栄養士及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合（原則として180日を限度）に算定。</p> <p>※経口摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取に移行するための栄養管理が必要とされるものについては、180日を越えても引き続き加算対象となる。</p>
経口維持加算/（月） (I)、(II)	<p>(I) 400 単位 現に経口により食事を摂取する者であつて、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる利用者に対し医師、歯科医師の指示に基づき、多職種が協働して利用者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、利用者ごとに、経口による継続的な食事摂取を進めるための経口維持計画を作成していること。医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士または栄養士が、栄養管理を行った場合に、計画が作成された日の属する月から起算して、1月につき上記加算額を算定。</p> <p>(II) 100 単位 経口維持加算(I)を算定している場合であって、利用者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士が加わった場合算定。</p>
口腔衛生管理加算（月） (I) (II)	<p>(I) 90 単位 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、利用者に対し、口腔ケアを月2回以上行う場合に算定。</p> <p>(II) 110 単位 (I)に加え、口腔衛生など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あたって、当該情報その他口腔衛生等の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場合。</p>

サービス提供体制強化加算 (日) (I) (II) (III)	<p>(I) 22 単位 介護職員の総数のうち国家資格である介護福祉士有する介護職員の占める割合が 80 %以上になる場合、又は、勤続 10 年以上の介護福祉士が 35 %以上の場合に算定。</p> <p>(II) 18 単位 介護職員の総数のうち国家資格である介護福祉士有する介護職員の占める割合が 60 %以上になる場合。</p> <p>(III) 6 単位 介護職員の総数のうち国家資格である介護福祉士有する介護職員の占める割合が 50 %以上または、常勤職員 75 %以上または、勤続 7 年以上が 30 %以上になる場合。</p>
夜勤職員配置加算 (日)	<p>24 単位 夜勤の職員配置について基準を上回る配置を行っている場合に算定。職員の勤務体制により夜間を対応する当直者は看護職員 1 名、介護職員 4 名となります)</p>
短期集中 リハビリテーション実施加算 (回)	<p>(I) 258 単位 利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入所の日から起算して 3 月以内の期間に集中的に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 回以上身体状況等の評価を行うとともに、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。</p> <p>(II) 200 単位 利用者に対して、その入所の日から起算して 3 月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行っていること。</p>
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算 (回)	<p>(I) 240 単位 次に挙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算定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が、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。</li> <li>・利用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。</li> </ul> <p>(II) 120 単位 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I) の (1) 及び (2) に該当するものであること。</p>

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（月）	<p>(I) 53 単位 利用者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。必要に応じてリハビリテーション計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーション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。</p> <p>(II) 33 単位 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画を利用者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること。利用者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーション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。</p>
再入所時栄養連携加算（回）	200 単位 介護保険施設の利用者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケアの原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に、1回限りに算定する。
かかりつけ医連携薬剤調整加算（I）（II）（III）	<p>(I) イ 140 単位 入所前の主治医と連携をして、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。入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯及び変更後の状態について、退所時または退所後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場合、退所時に算定。（入所前に6種類以上の服薬が処方されている方）</p> <p>ロ 70 単位 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯及び変更後の状態について、退所時または退所後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場合、退所時に算定。（入所前に6種類以上の服薬が処方されている方）</p> <p>(II) 240 単位 (I) を算定している。利用者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法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場合、当該利用者の退所時に算定。</p>

	(III) 100 単位 (II) を算定し 6 種類以上の内服薬が処方されており、入所中に処方内容を総合的に評価・調整し、老健施設の医師が、入所時に処方されていた内服薬の種類を 1 種類以上減少した場合の退所時加算。
排せつ支援加算 (月) (I) (II) (III)	<p>(I) 10 単位 排泄に介護を要する利用者等毎に、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価するとともに、少なくとも 6 月に 1 回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排泄支援に当たって当該情報等を活用していること。評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員などが共同して、排泄に介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施している事。上記の評価に基づき、少なくとも 3 月に 1 回、利用者等ごとに支援計画を見直している事。</p> <p>(II) 15 単位 (I) の加算要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、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事。</p> <p>(III) 20 単位 (I) の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善している事。</p>
褥瘡マネジメント加算 (月)	10 単位 利用者の褥瘡発生を予防する為、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対する算定。 (3 月に 1 回を限度)
ターミナルケア加算 (日)	<p>施設で看取りの対応をする際、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿ったターミナルケアを行った場合に算定。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>72 単位 死亡日 45 日前～31 日前</li> <li>910 単位 死亡日前々日、前日</li> <li>1900 単位 死亡日</li> </ul>

認知症チームケア推進加算 (月)	<p>認知症の行動・心理症状の発見を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応する為に算定。</p> <p>(I) 150 単位</p> <p>(II) の基準に追加して個別に行動・心理症状の評価を計画的に行い、認知症の予防等に資するチームケアを実施。</p> <p>(II) 120 単位</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設における利用者の総数のうち、認知症の占める割合が 2 分の 1。</li> <li>専門的な研修を修了しているものを 1 名以上配置し、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。</li> <li>認知症ケアについてカンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・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、計画の見直し等を実施。</li> </ul>
協力医療機関連携加算 (月)	<p>100 単位 協力医療機関と利用者の現病歴等の情報共有会議を定期的に開催した際に算定。</p> <p>5 単位 協力医療機関の条件を満たしていない医療機関と利用者の現病歴等の情報共有会議を定期的に開催していること。</p>
高齢者施設等感染対策向上加算 (月)	<p>(I) 10 単位 施設内で感染者が発生した際に診療等をする医療機関との連携体制が構築され、感染制御等の実地指導や適切な対応を行っていること。</p> <p>(II) 5 単位 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。</p>
新興感染症等施設療養費 (日)	<p>240 単位 利用者等が厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保すること。</p>
自立支援促進加算 (月)	<p>300 単位 医師が利用者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時ごとに行うとともに、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等の策定等に参加していること。その結果、特に自立支援のための対応が必要であるとされた者毎に、医師、看護師、介護職員、自立支援専門員、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。医学的評価に基づき、少なくとも 3 月に 1 回、利用者ごとに支援計画を見直していること。医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進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。</p>

科学的介護推進体制加算（月）	<p>(I) 40 単位 利用者・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利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>(II) 60 単位 (I) の情報に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、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。</p>
安全対策体制加算 (入所時に1回)	20 単位 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。
緊急時施設療養費	<p>(1) 緊急時治療管理（1日につき）511 単位</p> <p>①利用者の症状が重篤な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、処置等を行ったときに算定する。</p> <p>②同一の利用者について1月に1回、連続する3日を限度として算定する。</p> <p>(2) 特定治療</p> <p>診療報酬の算定方法において、保健医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表に定める点数に10円を乗じて得た額を算定する。</p>
介護職員等待遇改善加算	基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、利用者に対し、介護保健施設サービスを行った場合にその介護保険算定分の費用に係るものについてそれぞれ該当する算定を行う。
	(I) 1000分の75 (II) 1000分の71 (III) 1000分の54 (IV) 1000分の44
生産性向上推進体制加算（月）	<p>利用者の安全並びに介護サービスの質を確保及び職員の負担軽減を目的に介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入を行い、一定期間ごとに業務改善の取組と効果のデータ提供を行う事を評価する加算。</p> <p>(I) 100単位</p> <p>(II) の要件を満たし、業務改善の取組による成果が確認されている事。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・見守り機器等のテクノロジーを複数導入している事。</li> <li>・職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っている事。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1年以内毎に1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインに提出）を行う事。</li> </ul> <p>(II) 10単位</p> <p>介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討する為の委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガドラインに基づいた改善活動を継続的に行ってている事。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している事</li> <li>・1年以内毎に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）を行う事。</li> </ul>
1単位の単価	金沢市（7級地）10.14円

※介護保険の負担割合により、料金が異なりますので、ご了承ください。

## （2）介護保険給付外サービス（施設利用 自己負担額）

食費、居住費に関しては、利用者負担段階の区分によって決まります。

第1段階	生活保護受給者又は、老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税世帯の方
第2段階	世帯員全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間で80万円以下の方
第3段階①	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間で80万円超120万円以下の方
第3段階②	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間で120万円超の方
第4段階	上記に該当しない方

食費 自己負担額	居住費（従来型個室） 自己負担額	居住費（多床室） 自己負担額
第1段階 300円／日	第1段階 550円／日	第1段階 0円／日
第2段階 390円／日	第2段階 550円／日	第2段階 430円／日
第3段階① 650円／日	第3段階① 1,370円／日	第3段階① 430円／日
第3段階② 1,360円／日	第3段階② 1,370円／日	第3段階② 430円／日
第4段階 2,050円／日	第4段階 1,800円／日	第4段階 540円／日

※ 食費内訳（朝食500円、昼食800円、夕食750円）

(3) 介護保険給付外サービス（個人の希望による）

特別な室料（税込）	1,210円（日） 個室利用希望時に請求いたします。	
理髪・美容（非課税）	カット	1,500円
	カット（バリカン）	1,200円
	顔そり	1,000円
	カット+顔そり	2,000円
	顔そり+フェイシャルマッサージ（女性のみ）	1,500円
	カット+顔そり+フェイシャルマッサージ（女性のみ）	2,500円
	シャンプー（カット込み）	2,000円
	白髪染め	3,500円
	おしゃれ染め	4,000円
理美容に関しては予約制になっております。		
テレビ付床頭台（税込）	1日につき110円	
日常生活品費（非課税） (個人の希望による)	300円（日） 水道光熱費、シャンプー、石鹼、ウェットティッシュ、ティッシュペーパー、レクリエーションで使用する折り紙、風船、遊具費用。盆踊り、花火大会、文化祭の催しなどの材料・設営代など	
健康管理費	実費 医療機関受診費（ワクチン接種費含む）、物品購入費、健康診断（年1回）など	

※1 …その他、日常生活に必要な物品（おむつを除く）につきましては、ご利用者の負担になります。

※2 …当施設で対応できる医療・看護は介護保険サービスに含まれておりますが、当施設で対応できない医療等は他の医療機関による治療をお願いしております。その際は医療保険適用により、別途自己負担していただく場合があります。

## 10. 利用料のお支払方法

9の(1)(2)(3)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算いたします。支払方法は下記のとおりです。

毎月10日に請求書が発行されますので、月内20日までにお支払い下さい。

（1ヶ月に満たない場合の期間の利用料金は、利用日数・利用内容に基づいた計算額とします。）

### ① 指定口座への振込

「介護老人保健施設 みらいのさと太陽」の指定口座に振り込んでください。なお口座番号については事務員にお尋ね下さい。※振り込み手数料がかかります。

### ② 口座振替（自動引き落とし）

所定の用紙に必要事項を記載いただきます。お手続きの関係上初回のお支払いは現金の場合がございます。（押印要）

上記健康管理費に関しては実費扱いとなるため、当施設で費用の立て替えができない関係上、窓口での現金支払いになります。予めご了承ください。

## 1 1. 施設を退所していただく場合（契約の終了・解除について）

当施設は、以下の事由があった場合には当施設との契約は終了し、利用者に退所していただく事になります。

- ① 介護保健施設サービス契約書の第2条第1項および第2項により、契約期間満了の2週間以上前までに利用者またはその身元引受人から更新拒絶の申し入れがあり、かつ契約が満了したとき。
- ② 要介護認定により、利用者が自立又は要支援1、要支援2と認定されたとき。
- ③ 利用者の心身の状況において、介護保健施設サービス提供の必要性がなくなったとき。
- ④ 利用者が死亡したとき。
- ⑤ 病院又は診療所に入院する必要が生じ、その病院又は診療所において利用者を受け入れる体制が整ったとき。
- ⑥ 他の介護保険施設への入所が決まり、その施設において利用者を受け入れる体制が整ったとき。

### （1）利用者からの解約・解除

- ① 利用者及びその身元引受人は当施設に対し、いつでもこの契約の解除を申し出る事ができます。その場合は3日間以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。
- ② 当施設が介護保険法等関連諸法令及び契約に定める債務を履行しなかった場合、または不法行為を行った場合には利用者及びその身元引受人からの申し入れ時に契約解除となります。

### （2）当施設からの解約・解除

当施設は利用者及びその身元引受人が以下の内容に該当する場合には、3週間以上の予告期間をもって、この契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ① 利用者及びその身元引受人が正当な理由がないままに、利用料その他当施設に対し支払うべき費用を合算して3ヶ月以上滞納し、14日の期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ② 利用者及びその身元引受人の行為が他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、当施設において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- ③ 利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど自殺をするおそれが極めて大きく、当施設において十分な介護をしてもこれを防止できないとき。
- ④ 利用者及びその身元引受人が法令違反その他重大な秩序破壊行為をし、改善の見込みがないとき。
- ⑤ 利用者及びその身元引受人が当施設の規則を守っていただけない場合。

### （3）円滑な退所のための援助

利用者が当施設を退所する場合には、利用者の希望により当施設は利用者の心身の状況、置かれている状況等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を速やかに行います。

- ① 適切な病院もしくは診療所又は介護保険施設等の紹介
- ② 居宅介護支援事業者の紹介
- ③ その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

## 1 2. 身元引受人

契約締結にあたり、身元引受人を定めさせていただきます。

- ① 身元引受人は原則としてご家族の方にお願いします。
- ② ご家族がいない場合等は、成年後見人制度を活用し、身元引受人として契約できます。
- ③ 身元引受人の方には以下のことをお願いすることになります。
  - ・緊急時の対応（入退院等の連絡先の役割）
  - ・利用者の知人等への意見調整（当施設への質問、苦情、具体的な要求の調整）
  - ・その他契約に関する一切のこと（その都度、当施設より説明いたします。）
  - ・連絡・説明などは、身元引受人に電話又は直接お話をさせていただいております。
- 身元引受人以外の方への連絡等につきましては、原則、身元引受人の方からご説明をお願いしております。
- ・利用者と連携して本契約から生じる利用者の債務を負担。
- ・前項の負担は極度額 50 万円を限度とします。
- ④ 身元引受人が負担する債務の元本は、利用者が死亡したときに確定するものとします。
- ⑤ 身元引受人の請求があったときは、事業者は身元引受人に対し、遅延なく、利用者等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額など、利用者のすべての債務の額等に関する情報を提供します。

## 1 3. 入所時に必要な物品について

- （1）入所生活に必要な物については、別紙「入所の手引き」をご参照ください。

なお、以下の点にご留意ください。

個人の持ち物を置いておく場所が限られていますので、別紙にあるもの以外の持ち物については職員にご相談下さい。

- （2）当施設入所にあたってお預かりするものは以下のとおりです。

- ①介護保険被保険者証 ②介護保険負担限度額認定証 ③介護保険負担割合証
- ④後期高齢者医療被保険者証（コピー）

#### 1 4. 衛生管理等について

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね1月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ② 施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に実施します。
  - ④ ①から③までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

#### 1 5. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 1 6. サービス提供に関する相談、苦情について

##### (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご意見は、以下の専用窓口で受け付けています。また、苦情受付ボックス「皆様の声」を1階は受付横、2階は食堂、3階は西側階段付近に設置してあります。

##### 【当施設の苦情については】

受付窓口（担当者）：支援相談員

受付時間：毎日 8：30～17：30

連絡先：電話 076-237-2821 FAX 076-237-2832

解決方法について：面接、電話、書面等

苦情解決責任者：施設長 北元 喜洋

## (2) 行政機関その他苦情受付機関

介護保険に関する苦情や相談については、次の相談窓口もあります。

石川県 健康福祉部長寿社会課	所在 地： 石川県金沢市鞍月1丁目1番地 電話番号： 076-225-1417 受付時間： 月～金 9:00～17:00
金沢市役所 介護保険課	所在 地： 石川県金沢市広坂1丁目1番1号 電話番号： 076-220-2264 受付時間： 月～金 9:00～17:45
石川県国民健康 保険団体連合会	所在 地： 石川県金沢市幸町12番1号 電話番号： 076-231-1110 受付時間： 月～金 9:00～17:00
石川県社会福祉協議会	所在 地： 石川県金沢市本多町3丁目1番10号 電話番号： 076-224-1212 受付時間： 月～金 9:00～17:00

## 17. 緊急時等における対応について

サービス提供を行っている際に、利用者の症状の急変が生じた場合は、速やかに管理医師へ連絡し利用者に対し必要な措置を講じます。

- (1) 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。
- (2) そのほか、当施設は利用者及びその身元引受人等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。

## 18. 協力医療機関

医療機関の名称：みらい病院

院 長 名：前田 敏男

所 在 地：石川県金沢市鞍月東1丁目9番地

電 話 番 号：076-237-8000

診 療 科：内科、脳神経内科、消化器内科、呼吸器内科、糖尿病内科、  
漢方内科、リハビリテーション科、婦人科、皮膚科、泌尿器科、  
アレルギー科、放射線科

入 院 設 備：150床

## 19. 協力歯科医療機関

医療機関の名称：わたや歯科医院

院 長 名：綿谷 晃

所 在 地：石川県金沢市大桑2丁目13番

電 話 番 号：076-245-5849

## 2.0. 事故発生時の対応方法について

- (1) 事故が発生した場合の対応について、(2)に規定する報告等の方法を定めた事故発生防止のための指針を整備します。
- (2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を従業者に対し定期的に行います。
- (3) 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。
- (4) 上記(1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者を配置しています。
- (5) 施設は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (6) 施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

## 2.1. 損害賠償について

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いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 2.2. 非常災害時の対策

### (1) 災害時の対応

別途定める「介護老人保健施設 みらいのさと太陽 消防計画」にのっとり対応を行います。

### (2) 近隣との協力体制

みらい病院および特別養護老人ホーム寿晃園と協力し、非常時の相互の応援を約束しています。また、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

### (3) 平常時の訓練

年3回以上の夜間及び日中を想定した避難訓練（水害、地震、火災）を、利用者の方も参加して実施します。

### (4) 防災設備

スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯、屋内消火栓、ガス漏れ警報機、防火扉/シャッター、漏電火災警報機、非常用電源、消火器、カーテン及び布団等は、防炎性能のあるものを使用しております。

### (5) 防災設備の点検

定期的に関係業者に点検を依頼しています。また、当施設の防火管理者が定期的に点検しています。

### (6) 防災計画等

： 金石消防署への届出日 平成 2年 4月 届出

令和 6年 6月 更新

防火管理者 本田 宗大

### 2.3. 当施設利用の際にご留意いただく点

保険証等の変更時の連絡	介護保険被保険者証・後期高齢者医療被保険者証 及び 健康保険証に変更・更新があった場合は迅速に1階「受付」に連絡してください。
訪問・面会	面会については、感染対策等の状況に応じて実施しております。面会時間、方法等につきましては、職員にご確認ください。感染拡大時には、面会を中止する場合もございます。 なお、正面玄関の開錠時間は、8：30～17：30とさせていただきます。
外出・外泊	外出・外泊される場合は、必ず所定の用紙に行き先と帰所日時をご記入の上、職員に申し出てください。食事止め・投薬準備にご協力お願いします。病院や診療所など受診を目的とした外出は、施設医師とあらかじめ御相談下さいますようよろしくお願い申し上げます。無断で他医療機関にかかることはできません。(無断での受診費用は、利用者の方にご負担いただきます。) ※外泊時にもお部屋を確保しておりますので、居住費・室料(個室希望の方)をいただきます。ご了承下さい。 尚、外泊は1ヶ月の内、6日が限度となっております。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により、破損や以降の使用が不可能になった場合は弁償していただくことがあります。
部屋替について	施設での療養上の都合により、部屋替えをすることがあります。その際は連絡いたしますので ご協力くださいますようお願いします。
喫煙・飲酒	喫煙：当施設では敷地内禁煙をご協力いただいております。 飲酒：当施設へのアルコール類の持ち込みは固くお断りしています。
火気の取り扱い	施設内での火気の使用は固くお断りしています。
迷惑行為等	騒音等、他の利用者に迷惑となる行為はご遠慮願います。 また、むやみに他の利用者の居室に立ち入らないようにしてください。
現金等所持品の管理	現金等の管理は、ご本人及びご家族でお願いします。 また、現金・貴重品をお持込いただいた場合の紛失やトラブルについては、当施設では責任を負いかねますので予めご了承ください。

衣類管理	所持品については、全てにご記名ください。 入所後、新たにご購入された所持品についてもご記名ください。また、記名がわかりにくくなっている場合は改めて記名させていただきます。 衣類については季節にあった物をご家族で用意してください。
洗濯について	洗濯は、ご家族でお願いします。また、洗濯がたまらないようにしてください。履物の洗濯も定期的にお願いします。 (ご都合や事情により希望があれば、洗濯業者のサービスをご紹介します。)
宗教活動・政治活動	施設内での他の利用者及び職員に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
その他	職員に対するお心付けは、当施設の理念に基づき固くご辞退させていただきます。

## 2.4. 秘密の保持と個人情報の保護について

### (1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ①事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ②事業者及び事業者の使用者は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

### (2) 個人情報の保護について

- ①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- ②事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

### (3) 利用目的について

介護老人保健施設みらいのさと太陽では、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
  - －利用者の円滑な医療機関とのやり取りの為、現病歴等の情報提供をする場合
  - －検体検査業務の委託その他の業務委託
  - －身元引受人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

##### 〔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

## 2 5. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者 : みらいのさと太陽 施設長 北元 喜洋

- (2) 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し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

- (3) 虐待防止のための指針「虐待防止委員会マニュアル」の整備をしています。

- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 2 6. 身体拘束について

- (1) 事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

①緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及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、利用者本人または他人の生命・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……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

- (2) 身体拘束のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

- (3) 身体拘束のための指針「身体拘束防止委員会マニュアル」の整備をしています。

- (4) 従業者に対して、身体拘束を防止するための定期的な研修を実施しています。

- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による身体拘束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します。

## 2.7. 運営指導・第三者評価の実施状況

金沢市による運営指導 の実施状況	1 あり	実施日	令和4年10月26日
	2 なし	評価機関名称	金沢市

第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	
	2 なし	評価機関名称	

## 2 8. 施設利用に関する確認・同意書

医療法人社団 映寿会

介護老人保健施設 みらいのさと太陽

施設長 様

### ＜介護保健施設サービス提供開始並びに情報提供に関する同意＞

私は、『「介護老人保健施設 みらいのさと太陽」重要事項説明書』に基づいて事業者から重要事項の説明を受け内容を理解したうえで、介護保健施設サービスの提供開始に同意します。また、「介護保健施設サービス契約書 第13条」及び重要事項説明書「個人情報の利用目的について」に基づき、介護保健施設サービスの利用のための市町村、指定居宅介護支援事業者並びに指定介護保険事業者等への個人情報の提供、及び適切な療養のための医療機関への診療情報の提供を、介護老人保健施設みらいのさと太陽が行うことについて同意します。

### ＜個人情報の使用について＞

施設内行事や、生活風景について写真及び氏名の使用について

- |                         |                               |                                |
|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ・施設内に掲示することについて         | <input type="checkbox"/> 同意する | <input type="checkbox"/> 同意しない |
| ・ホームページや広報誌等へ掲載することについて | <input type="checkbox"/> 同意する | <input type="checkbox"/> 同意しない |

### ＜テレビの使用について＞

- |                              |                               |                                    |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| ・居室内のテレビレンタルについて (1日 100円+税) | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない     |
| 利用の場合、イヤホンについて (実費相当額)       | <input type="checkbox"/> 購入希望 | <input type="checkbox"/> 持参 (購入不要) |

### ＜理美容について＞

- ・理美容（予約制）について

　　利用についての判断  家族判断  本人判断  
　　※本人判断を選択された場合、家族への連絡について  必要  不要

### ＜歯ブラシ・はみがき粉・義歯洗浄剤について＞

- |                            |                               |                                |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ・歯ブラシの場合、(実費相当額) の購入について   | <input type="checkbox"/> 家族準備 | <input type="checkbox"/> 施設で購入 |
| ・はみがき粉の場合、(実費相当額) の購入について  | <input type="checkbox"/> 家族準備 | <input type="checkbox"/> 施設で購入 |
| ・義歯洗浄剤の場合、(実費相当額) の購入について  | <input type="checkbox"/> 家族準備 | <input type="checkbox"/> 施設で購入 |
| ・舌ブラシ（必要な方のみ 実費相当額）の購入について | <input type="checkbox"/> 家族準備 | <input type="checkbox"/> 施設で購入 |

### ＜洗濯について＞

- |   |                                |                               |
|---|--------------------------------|-------------------------------|
| ・衣類の洗濯について  | <input type="checkbox"/> 家族で洗濯 | <input type="checkbox"/> 業者希望 |
| ・業者洗濯の場合、別途料金が発生します。また衣類が縮む場合がございますので、水洗いとタシングラー乾燥が可能な衣類をご準備ください。 |                                |                               |

※ 上記事項について変更がある場合はその都度お申し出ください。

備考 :

以下は当施設における医学的管理・服薬管理・栄養管理・事故リスク・連絡などに関する事項になります。

ご確認・同意いただきましたら、□にチェックの記入をお願いします。

- 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。本人の状態に応じて処方内容を調整・変更することがあります。
- 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。その結果病院より入院を勧められた場合、身元引受人と連絡が取れない時は当施設医師が入院の判断を行います。
- おやつの持ち込み及び飲食については、面会時のみフロアで可能とします。面会時に食べきれなかった物はお持ち帰りください。居室に置いていかれた場合、施設の判断で破棄させていただきます。ご家族持ち込みのもので誤嚥・窒息、その他健康被害があった場合、当施設は責任を負いません。また、説明したルールを守っていただけない場合は、おやつの持ち込みを禁止とさせていただきます。
- 当施設では利用者の転倒・転落事故による怪我や骨折等がないよう十分に注意していますが、全ての事故を防ぐことは困難な状況です。一定の確率で事故は発生し、入院治療が必要になる可能性があります。
- 当施設からの連絡・説明等は、緊急時やその必要性がある場合を除き、原則身元引受人のみとさせていただきますのでご了承下さい。また身元引受人以外の方への連絡等につきましては、身元引受人の方からのご連絡、ご説明をお願いします。
- その他

## 29. 施設利用時リスク説明書

当施設では利用者が快適な療養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、高齢者は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。

一、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。

一、当施設は原則、身体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。

一、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。

一、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。

一、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。

一、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。

一、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。

一、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。

一、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。

一、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。

一、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、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。

説明者

職名 支援相談員 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

以上、重要事項について説明を受け、内容を理解し同意します。

令和 年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

身元引受人 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

### 30. 附則

この重要事項説明書は、

平成18年	5月10日	から施行	令和	元年	5月	1日	改定
平成19年	4月 1日	改定	令和	元年10月	1日	改定	
平成19年	9月 1日	改定	令和	元年11月	1日	改定	
平成20年	5月 1日	改定	令和	3年 4月	1日	改定	
平成21年	4月 1日	改定	令和	3年 8月	1日	改定	
平成22年	10月20日	改定	令和	3年11月	1日	改定	
平成23年	5月10日	改定	令和	4年 3月	1日	改定	
平成24年	1月 1日	改定	令和	4年 4月15日		改定	
平成24年	2月15日	改定	令和	4年 9月	1日	改定	
平成24年	4月 1日	改定	令和	4年10月	1日	改定	
平成24年	5月 1日	改定	令和	4年12月	1日	改定	
平成24年	10月 1日	改定	令和	5年 4月	1日	改定	
平成26年	4月 1日	改定	令和	6年 4月	1日	改定	
平成27年	4月 1日	改定	令和	6年 6月	1日	改定	
平成27年	6月 1日	改定	令和	6年 8月	1日	改定	
平成28年	4月 1日	改定	令和	7年 7月	1日	改定	
平成28年	10月 1日	改定	令和	8年 1月15日		改定	
平成29年	4月 1日	改定					
平成30年	4月15日	改定					

### 3.1. 連絡先一覧

利用者氏名 様

お預かりした個人情報は当施設個人情報の利用目的以外の利用はいたしません。

## 【利用契約第14条緊急時及び重要事項説明書17の②項緊急時の連絡先】 【入所】

①	住所	〒	
	氏名	(続柄)	
	電話番号	自宅) 職場) (勤務先名 : )	携帯 E-mail

②	住所	〒
	氏名	(続柄)
	電話番号	自宅) 職場) (勤務先名: )

③	住所	〒	
	氏名	(続柄)	
	電話番号	自宅) 職場) (勤務先名: )	携帯 E-mail

その他連絡事項