

重要事項説明書

指定介護老人保健施設

つくばリハビリテーションセンター

事業所番号 0852080035

当施設は、ご契約者に対して指定介護老人保健施設サービスを提供致します。
施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたい事を次のとおり説明致します。

目次

| | |
|--------------------|--------|
| 1. 施設の概要 | p- 2 |
| 2. サービスの内容 | p- 2 |
| 3. 利用料金 | p- 3 |
| 4. 事故発生時の対応 | p- 1 0 |
| 5. 他機関・施設との連携 | p- 1 0 |
| 6. 施設利用に当たっての留意事項 | p- 1 0 |
| 7. 個人情報の取り扱いについて | p- 1 1 |
| 8. 身体の拘束等 | p- 1 1 |
| 9. 賠償責任について | p- 1 2 |
| 1 0. 苦情対応について | p- 1 2 |
| 1 1. 第三者による評価の実施状況 | p- 1 2 |
| 1 2. ハラスメント対策 | p- 1 2 |
| 1 3. 高齢者虐待防止対策 | p- 1 2 |
| 1 4. 料金表 | p- 1 4 |
| 1 5. 重要事項説明・同意書 | p- 1 5 |

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設つくばリハビリテーションセンター
- ・開設年月日 平成8年9月1日
- ・所在地 茨城県つくば市大曾根3681
- ・電話番号 029-864-8300
- ・FAX 029-864-3678
- ・施設長 野口 悦子
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(0852080035号)
- ・定員 入所96名 短期入所療養介護4名

(2) 職員の職種、員数

| | 定数 | 夜間 | |
|-----------|-------|------|-------|
| ・医師 | 1.0以上 | 協力病院 | 管理者兼務 |
| ・看護職員 | 9.7 | | |
| ・介護職員 | 24以上 | 5 | |
| ・支援相談員 | 1.0以上 | 0 | |
| ・理学・作業療法士 | 2.0以上 | 0 | |
| ・薬剤師 | 0.4以上 | 0 | |
| ・管理栄養士 | 1.0 | 0 | |
| ・介護支援専門員 | 1.0以上 | 0 | |
| ・事務職員 | 1.0以上 | 0 | |

(3) 基本方針

- ① 施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のなどの介護保険施設サービスを提供いたします。
- ② 入所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支援します。
- ③ 利用者の居宅における生活への復帰を目指します。
- ④ 入所者の意志及び人格を尊重し、入所者の立場に立って施設サービスを提供します。
- ⑤ 明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行ない、市町村・居宅支援事業者・居宅サービス事業者他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスとの密接な連携を行ないます。

2. サービスの内容

(1) サービス計画の策定

施設でのケアサービスは、施設介護支援専門員(施設ケアマネージャー)が作成する施設サービス計画に則して提供されます。施設サービス計画は利用者の希望、身体状況、ご家族の意向等に基づいて作成されます。

作成された計画は利用者又はご家族に交付し、同意を得てから実施されます。サービス計画は定期的に評価を行い、必要に応じてサービス計画を変更します。

(2) 医療的管理、看護

医師、看護職員が行います。

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・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。

(3) 介護

看護、介護職員が施設サービス計画に基づいて実施します。

(4) 機能訓練

理学療法士・作業療法士の計画に基づき行います。

原則として機能訓練室にて行いますが、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。

(5) 食事

朝食 7:30～8:00

昼食 12:00～12:30

夕食 18:00～18:30

※食事は原則として食堂でおとりいただきます

(6) 栄養状態の管理

栄養管理、栄養ケア・マネジメント等、栄養状態の管理を行います。

(7) 療養食の提供

糖尿病、腎臓病等、特別な食事管理が必要な方に医師の指示の下療養食を提供します。

(8) 入浴

週に2回、入浴サービスを提供します。

ただし、利用者様の身体の状況に応じて清拭となる場合があります。

(9) 相談援助

支援相談員が行います。

在宅復帰や日常生活上の事など利用者やご家族の相談をお受けし、当施設に従事する専門職が連携・協力して対応致します。

(10) 理美容

月4回、理美容サービスを実施します。

※理美容サービスは、別途料金となります。

(11) 洗濯(要相談)

ご家族の方が遠方にお住まい等の理由で対応が難しい場合、洗濯を業者に依頼します。

※洗濯サービスは、別途料金となります。

3. 利用料金

(1) 介護保険料

① 基本料金

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や使用する居室によって利用料金が異なります。介護保険一部負担金の割合によって個人差があります。)

② 加算

(※)LIFE対象加算:LIFE…利用者の状態やサービスの内容などの情報を幅広く蓄積していくデータベースであり、今後自立支援・重度化防止の効果が高い「科学的介護」の基盤となる加算です。

(ア) 夜勤職員配置加算

夜勤を行なう職員の勤務条件に関する基準を満たし夜勤のサービス提供を行ないます。

(イ) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護職員の総数に占める介護福祉士の80%以上又は勤続10年以上の介護福祉士35%以上の配置に加え、サービスの質の向上に資する取り組みを実施しています。

(ウ) 栄養マネジメント強化加算(※)

管理栄養士を定められた数以上に配置し、低栄養状態のリスクが高い入所者に対し他職種と連携し栄養ケア計画を作成します。この計画に従い食事の観察を週3回以上行い入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整を行いません。

(エ) 短期集中リハビリテーション加算

(Ⅰ) 医師から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入所日から3ヶ月間、集中的にリハビリテーションを行い、かつ原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともにその評価結果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ます。(※)

(Ⅱ) 入所者に対して医師等が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を行います。

(オ) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

(Ⅰ) (1) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が適切に配置されている。

(2) 入所者数が理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の数に対して適切なものである。

(Ⅱ) (Ⅰ) (1) 及び(2)に該当する場合に算定します。

(カ) 初期加算

(Ⅰ) 急性期病院入院後30日以内に退院し、入所した場合に算定します。

・老健空床情報について地域の医療機関に定期的に情報を共有しています。

・老健の空床情報についてウェブサイト上で公表するとともに複数の急性期医療を担う病院の入退院支援部門と情報を共有している場合に算定します。

(Ⅱ) 入所した日から30日以内の期間について加算します。

(キ) 安全対策体制加算

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を整備しています。

(ク) 自立支援促進加算(※)

医師により自立支援のために必要な医学的評価を行ない、定期的な見直しと自立支援に係る支援計画等の策定、他職種により計画に沿ったケアを実施します。計画は3か月に1回入所者ごとに見直しを行います。これを厚生労働省へ提出し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ます。

(ケ) 外泊時費用

居宅における外泊を認めた場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて算定します。

(コ) 所定疾患施設療養費(Ⅱ)

介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講し、入所者に対し、肺炎・尿路感染・带状疱疹・蜂窩織炎・慢性心不全の増悪について、投薬・検査・注射・処置等を行い、診療録へ記載。前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表しています。(1月に1回連続する10日を限度)

(カ) 療養食加算

疾病治療の直接手段として医師の指示により、糖尿病食、腎臓病食、胃潰瘍食、肝臓病食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供を提供了場合に算定します。

(シ) 再入所時栄養連携加算

介護老人保健施設に入所している者が退所し、病院又は診療所に入院した場合であって、退院して再入所する際に、必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管

理とは大きく異なり、当該者が厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする場合に、当該老人保健施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携して栄養ケア計画を策定します。

(※疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養の為の濃厚流動食及び特別な場合の検査食)

(ス) 経口移行加算

医師の指示に基づき、他職種が共同して経管栄養から経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を策定。当該計画に従い医師の指示を受けた管理栄養士及び言語聴覚士又は看護職員による支援を行います。

(セ) 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)

(Ⅰ) 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき他職種が共同して入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行ない、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成、医師または歯科医師の指示を受けた管理栄養士が栄養管理を行ないます。

(Ⅱ) 経口維持加算(Ⅰ)を基本に、入所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の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合。

(ソ) 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)(※)

(Ⅰ) 利用者ごとに入所時(利用開始時)に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時または利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価していきます。

(Ⅱ) 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)により評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと。又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、褥瘡の発生がない場合に算定します。

(タ) 排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(※)

(Ⅰ) イ 排せつに介護を要する入所者ごとに、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等に評価するとともに、少なくとも3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ます。

ロ イの評価の結果、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、介護支援専門等が共同して排泄に介助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ます。

ハ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに支援計画を見直します。

(Ⅱ) (Ⅰ)の算定要件を満たし、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、以下のいずれかに該当する場合。

・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。・又はオムツ使用ありからなしへ改善している。・又は施設入所時、利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去された。

(Ⅲ) (Ⅰ)の条件を満たし、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、以下のいずれかに該当する場合。

・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。・又は施設入所時、利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者につ

いて、尿道カテーテルが抜去された。・かつオムツ使用ありからなしへ改善している場合。

(チ) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)(※)

(Ⅰ)入所者ごとの ADL(日常生活動作)値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所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ます。必要に応じてサービスを見直すなど、サービスの提供にあたり上記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ます。

(Ⅱ)科学的介護推進体制加算(Ⅰ)に加えて疾病の状況や服薬情報等を厚生労働省に提出し、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ます。

(ツ) 試行的退所時指導加算

退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行ないます。(最初に試行的な退所を行った月から3月間に限る)

(テ) 退所時情報提供書加算

(Ⅰ)居宅へ退所した場合:居宅へ退所する入所者について、退所後の主治の医師に対して入所者を紹介する場合、入所者の同意を得て、当該入所者の診療情報心身の状況、生活歴等を示す情報を提供します。

(Ⅱ)医療機関へ退所した場合:医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者を紹介する際、入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者1人につき1回に限り算定します。

(ト) 入退所前連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)

(Ⅰ)イ 入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に退所後に利用を希望する居宅支援事業者と連携し、入所者の同意を退所後の居宅サービス等の利用方針を決めます。

ロ 入所期間が1ヶ月を超え、退所し居宅サービス等を利用する場合、退所に先立ち利用を希望する居宅支援事業者に対し入所者の同意を得て診療情報等必要な情報提供を行なうと共に、退所後の利用に関するサービス調整を行ないます。

(Ⅱ)(Ⅰ)ロの要件を満たした場合に算定します。

(ナ) 訪問看護指示加算

入所者の退所時に、当施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護・指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定看護小規模多機能型居宅介護の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付します。

(ニ) 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)(Ⅱ)

入所期間が1か月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活する居宅を訪問します。

(Ⅰ)退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行います。

(Ⅱ)(Ⅰ)に加え、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を作成します。

(ヌ) 退所時栄養情報連携加算

厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者に対し、管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供します。(1月につき1回を限度)

(ネ) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(※)

(Ⅰ)イ【入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合】

- ① 医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講し、②入所後1月以内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、合意を得ている場合。③入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、施設の医師と入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行うこと。④入所中に当該入所者の処方の内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、他職種で確認を行います。⑤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、変更後の入所者の状態について、退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に情報共有を行い、その内容を診療録に記載します。

(I)ロ【施設において薬剤を評価・調整した場合】

- ・(I)イ①、④、⑤の基準に掲げる基準のいずれにも適合していること。
- ・入所者前に6種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、施設において、入所中に服用薬剤の総合的評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行います。

(II)【服薬情報を LIFE に提出】

- ・かかりつけ医薬剤調整加算(I)イ又はロを算定している場合に当該入所者の服薬情報等の情報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ます。

(III)【退所時に入所時と比べて1種類以上減薬した場合】

- ・かかりつけ医連携薬剤調整加算(II)を算定し、退所時において処方されていた内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少している場合。

(ノ) ターミナルケア加算(I)(II)(III)(iv)

「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」等の内容に沿った取り組みを行い、計画の作成にあたり、本人の意志を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めます。

2. 医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
3. 入所者又はその家族の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成します。
4. 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求めに応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアを行います。

(I)死亡日 45 日前～31 日前

(II)死亡日 30 日前～4 日前

(III)死亡日前々日及び前日

(iv)死亡日

(ハ) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(※)

(I)・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へ提出しています。必要に応じてリハビリテーションの計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施にあたって、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ます。

・口腔衛生管理加算(II)及び栄養マネジメント強化加算を算定している場合に当該加算を算定します。

・入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、

看護職員、介護職員その他の職種の者が、リハビリテーション計画の内容等の情報その他は
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、入所者の口腔の健康状態に
関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有します。

・共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、見直しの内
容について、関係職種間で共有します。

(Ⅱ)入所者毎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ます。

(ヒ) 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、緊急に入
所することが適切であると判断した者に対し、介護保険サービスを行います。(入所した日か
ら起算して7日まで)

(フ) 高齢者施設等感染対策向上加算

(Ⅰ)新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保し、協力医療機関との間で新興感染
症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協
力医療機関等と連携し適切に対応し、診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染
対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対
策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加した場合に算定します。

(Ⅱ)診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から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行った場合。

(ヘ) 新興感染症等施設療養費

入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調
整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染
対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度
とします。

(ホ) 生産性向上推進体制加算

(Ⅰ)見守り機器を複数導入し、(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取り組
みによる成果が確認され、職員間の適切な役割分担の取り組みを行い、1年以内ごとに1
回、業務改善の取り組みによる効果を示すデータの提供を行います。

(Ⅱ)見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、利用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軽減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、生産性向上ガイドラインに基づいて改善活動を継続的に行います。1年以内ごと
に1回、業務改善の取り組みによる効果を示すデータの提供を行います。

(マ) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)

介護保険施設サービス費(Ⅰ)の【在宅強化型】を算定し、在宅復帰・在宅療養支援等指標
(在宅復帰・強化型老健としての取り組みとなる指標)にて定められた点数以上を獲得してい
ます。

(ミ) 口腔衛生管理加算

(Ⅰ)(1)歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づ
き、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画を作成します。

(2)歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以
上行います。

(3)歯科衛生士が(1)における入所者の口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具
体的な技術的助言及び指導を行います。

(4) 歯科衛生士が(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応します。

(Ⅱ)(1)(Ⅰ)(1)～(4)までに掲げる基準のいずれにも適合する場合に算定します。

(2) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生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に算定します。

(ム) 介護職員処遇加算(令和6年5月迄)

介護職員の資質の向上計画や職責などを定め、処遇改善計画の報告をして、質の良い介護提供に努めています。

(メ) 介護職員等特定処遇改善加算(令和6年5月迄)

介護人材確保のための取組をより一層進めるため、経験・技能のある職員に重点化を図りながら介護職員の処遇改善を進めています。

(モ) 介護職員等ベースアップ等支援加算(令和6年5月迄)

(マ)及び(ミ)を算定している事業所の介護職員等のベースアップ等を目的とし新たな処遇改善を行いません。

(ヤ) 介護職員等処遇改善加算(令和6年6月より)

介護職員等の確保に向けて(マ)～(ム)を一本化し介護職員の処遇改善のための措置を行います。

(2) その他の料金

① 食費

食事提供にかかる費用になります。(ただし、食費について負担限度額認定を受けている方は認定証に記載されている食費の負担限度額が1日の食費の上限になります)

② 居住費

(居住費について負担限度額認定を受けている方は認定証に記載されている居住費の負担限度額が1日の居住費の上限になります)

③ 特別室利用料(1日当たり)

個室・特別室使用時にかかります

④ 喫茶代

利用中に提供する煎茶、コーヒー等お好みに合わせて提供した費用

⑤ 衛生管理用タオル代

食事前等に使用する、おしぼり代

⑥ 入浴時消耗品費

入浴の際に提供した消耗品にかかる費用

⑦ レクリエーション材料費

レクリエーションへ参加された場合

⑧ 電気代1

電気製品(小型)を持ち込まれた場合

⑨ 電気代2

電気毛布、エアマットなど1日中電気を使う物を持ち込まれた場合にかかります。

⑩ 理美容(要予約)

⑪ 洗濯料金

基本的には御家族に洗濯をお願いしていますが、県外に居住の場合や一定期間来所が困難になる等御家族で洗濯ができない事情のある方はフロアの管理者にお申し出下さい。

4. 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、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、併設医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的医療機関での診療を依頼します。
- (3) 前2項の他、当施設は利用者の家族等又は代理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。

5. 他機関・施設との連携

併設・協力医療機関への受診：当施設では、下記の協力医療機関・歯科医療機関に協力をいただいています。利用者の状態が急変した場合には、速やかな対応をお願いしています。

(1) 併設・協力医療機関

- ① 併設医療機関 医療法人健佑会 いちはら病院
所在地 茨城県つくば市大曾根3681
- ② 協力歯科医療機関 医療法人健佑会 いちはら病院 歯科
所在地 茨城県つくば市大曾根3681

(2) 他施設の紹介：当施設での対応が困難な状態になったとき、専門的な対応が必要になった場合には、責任を持って他の機関を紹介します。

(3) 緊急時の連絡先：緊急の場合には、申込書、緊急連絡先にご記入いただいた連絡先に連絡します。

6. 施設利用に当たっての留意事項

(1) 入所時の手続き

入所時に介護保険証と後期高齢者医療被保険者証(医療保険証・老人医療受給者証・健康手帳をお持ちの方)をご呈示下さい。

(2) 面会

院内・施設内・周辺の感染症の状況に伴い、面会方法が変更になる場合がございます。窓口にてご案内しておりますのでご確認ください。

(3) 外泊・外出

外泊・外出は施設の医師の許可が必要ですのでサービスセンターまでお申出下さい。また、基本的に利用者単独での外泊・外出は許可していません。利用者代理人(以下代理人)または親族の方の付添が必要です。また、周辺の感染症状況により、外泊・外出をお控えいただく場合がございます。

(4) 飲酒・喫煙

当施設内では禁酒、禁煙となっております。ご了承下さい。

(5) 火気の取り扱い

火災等の防止のため施設内は火気厳禁です。

(6) 持ち物

トレーナー・下着類・靴下・上着・バスタオル・タオル・運動靴・洗面用具等
持ち物に関しては管理上制限がある物もがございますのでご相談下さい。

(7) 金銭・貴重品の持ち込み

貴重品や多額の金銭は紛失等のトラブルの原因となりますので持ち込まないようお願いいたします。当施設内での金銭のトラブルについては当施設では責任を負いかねます。また、当施設では金銭の管理の代行は行いません。

(8) 入所中・外泊時等の施設外での受診

入所中の受診は施設の医師の紹介状が必要です。緊急時以外は外出・外泊中に他医療機関に受診しないようお願いいたします。また、緊急のため外出・外泊中に他医療機関に受診された場合は施設までご連絡下さい。

(9) 宗教活動・営利活動

他の利用者の迷惑になりますので布教活動や物品の販売などの営利活動はおやめ下さい。

(10) ペットの持ち込み

ペットの持ち込みはご遠慮下さい。

7. 個人情報の取り扱いについて

(1) 診療情報の提供

入所者の健康状態、または病状については本人、または代理人の方以外にはご説明いたしません。但し、代理人の方の同意が確認された場合はその限りではありません。

(2) 介護サービスに係る内容等の記録

入所者ご自身のケアプランに関する内容は、ご本人または代理人の方に交付しています。原則としてご本人、代理人の方以外の方には交付致しません。

(3) 個人情報の利用目的

個人情報は以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて利用致しません。

「医療・介護に必要な利用目的」

- ① 入所者に提供する医療
- ② 介護保険事務
- ③ 安全確保・介護事故あるいは未然防止などの分析
- ④ 利用者の介護サービスの向上のための各専門職の意見・助言を求める場合
- ⑤ 利用者の処遇に関する検討会

「他の事業所等への情報提供」

- ① 入所者の診療に当たり外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ② 他の医療機関・施設・事業所への情報提供
- ③ 他の医療機関・施設・事業所からの照会への回答
- ④ 検体検査業務の委託
- ⑤ 介護報酬支払い機関または保険者への介護報酬請求
- ⑥ 介護報酬支払い機関または保険者からの照会の回答
- ⑦ 科学的介護情報システム『LIFE』への情報提出・活用の為

「その他」

- ① 医師・看護師・介護福祉士・ヘルパー養成等、学生の実習への協力
- ② 業務改善のアンケート調査
- ③ 学会・研修会への発表は氏名・年齢・住所等消去することにより匿名化する。
- ④ 外部監査機関への情報提供

8. 身体の拘束等

当施設は、原則として利用者様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、施設管理者又は施設長が判断し、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。

9. 賠償責任について

当施設をご利用中に施設側の責任で利用者様の身体、持ち物を傷つけたり、壊してしまった場合は、原則として施設側が損害を賠償することとします。

利用者様側の責任で施設や他の利用者様の身体、持ち物を傷つけたり、壊してしまった場合は利用者様側が保証人と連帯して損害を賠償することになります。

10. 苦情処理について

要望や苦情などは支援相談員又は1Fエレベーター横のカウンターにある ご意見箱をご利用下さい。寄せられた要望、苦情は各部署の責任者の協議会、苦情対応委員会に提出し、速やかに対応いたします。

(1) 相談受付窓口 つくばリハビリテーションセンター
支援相談員 ()

住所 つくば市大曾根3681

電話番号 029-864-8300 (受付時間 8:30~17:30)

ファックス 029-864-3678

※ご不明な点など遠慮なくご連絡下さい。

(2) その他の要望・苦情についての相談窓口

支援相談員

施設介護専門員 (施設ケアマネジャー)

(3) 行政機関その他の受付窓口

つくば市介護保険担当課 所在地 つくば市研究学園1丁目1番1

電話番号 029-883-1111 (代表)

受付時間 9:00~17:15

国民健康保険団体連合会 所在地 水戸市笠原978番26 (茨城県市町村会館内)

電話番号 029-301-1565

受付時間 9:00~17:00

11. 第三者による評価の実施状況

| | |
|---------------|----|
| 第三者による評価の実施状況 | なし |
|---------------|----|

12. ハラスメント対策

当施設は、職場におけるハラスメントに関して、ハラスメント防止に関する規定に基づき対応を行ない、すべての職員に対してその周知・啓発を行ないます。

13. 高齢者虐待防止対策

利用者への虐待は、人権侵害であり、犯罪行為であると認識しいかなる時も高齢者の虐待の禁止、予防及び早期発見を徹底するため、高齢者虐待防止のための指針を策定し、職員全員が高齢者虐待について理解し業務にあたることとする。

平成17年4月1日一部改定

平成17年10月1日一部改定
平成18年4月1日一部改定
平成20年4月1日一部改定
平成21年4月1日一部改定
平成21年6月1日一部改定
平成24年4月1日一部改定
平成25年6月1日一部改定
平成25年8月1日一部改定
平成26年4月1日一部改定
平成27年4月1日一部改定
平成28年2月1日一部改定
平成29年4月1日一部改定
平成30年4月1日一部改定
平成30年4月1日一部改定
平成31年4月1日一部改定
令和元年8月1日一部改定
令和元年10月1日一部改定
令和2年4月1日一部改定
令和2年10月1日一部改定
令和3年4月1日一部改定
令和4年10月1日一部改定
令和6年4月1日一部改定

重要事項説明同意書

介護老人保健施設 つくばリハビリテーションセンター入所介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

説明担当者: 支援相談員 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設 つくばリハビリテーションセンターのサービス提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住所 _____

名前 _____ 印

同意者(代理人) _____ 続柄()

住所 _____

電話番号 _____

名前 _____ 印