

「指定介護老人保健施設短期入所療養介護」
(介護予防短期入所療養介護)

重要事項説明書

介護老人保健施設
し ら さ ぎ 苑

重要事項説明書①

短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）サービスについて

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護の概要

短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護は、要介護者及び要支援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及び介護予防サービス支援計画書に基づき、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、機能訓練及び介護予防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。3泊4日以上短期入所療養介護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・扶養者（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。

医療

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主治医と連携を密にし、適切な医療・看護を行ないます。

介護

サービス提供表及び短期入所施設サービス計画に基づいて実施します。

機能訓練

原則として機能訓練室にて行ないますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためリハビリテーション効果を期待したものです。

3. 生活サービス

当施設入所中も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運営しています。

療養室

個室、2人室、4人室

* 部屋の種類に応じ、料金が異なります。

食事

朝食 8時00分～

昼食 12時00分～

夕食 17時00分～

*食事は原則として各棟の食堂でおとりいただきます。

入浴

週に最低2回。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。

理美容

月2回、理美容サービスを実施します。

*理美容サービスは、別途料金をいただきます。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、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①

- ・名 称 協和病院
- ・住 所 小郡市祇園2丁目1-10
- ・電 話 (0942) 72-2121

・協力医療機関②

- ・名 称 嶋田病院
- ・住 所 小郡市小郡217-1
- ・電 話 (0942) 72-2236

・協力医療機関③

- ・名 称 新古賀リハビリテーション病院みらい
- ・住 所 小郡市山隈273-11
- ・電 話 (0942) 73-0011

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

5. 要望及び苦情等の相談

- ・当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。(電話0942-75-7291)

要望や苦情などは、苦情受付窓口にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

尚、苦情受付体制は次の通りです。

- ①苦情解決責任者：柳 大三郎②苦情受付窓口：総務課③苦情処理担当：支援相談課
連絡先 TEL (0942) 75-7291 FAX (0942) 75-2618
- ④第三者委員 野瀬 賢一 (0942) 72-2922

- ・当施設に直接苦情を申し立てることが出来ない場合や、解決出来ない場合には次の機関にご相談頂くこともできます。

・社会福祉法人福岡県社会福祉協議会

福岡県春日市原町3丁目1-7 (電話 092-584-3377 FAX 092-584-3369)

・福岡県運営適正化委員会

福岡県春日市原町3丁目1-7 (電話 092-915-3511 FAX 092-584-3790)

・福岡県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室

福岡県博多区吉塚本町13-47 (電話 092-642-7859 FAX 092-642-7857)

・お住まいを所管する福祉に関する事務所。お住まいの市町村。

小郡市役所 長寿支援課

小郡市小郡255 (電話 0942-72-2111 FAX 0942-73-4466)

筑紫野市役所 介護保険課

筑紫野市石崎1-1-1 (電話 092-923-1111 FAX 092-923-1134)

鳥栖市町村圏組合 介護保険課

佐賀県鳥栖市本町1丁目1494-1 (電話 0942-81-3315 FAX 0942-81-3316)

福岡県介護保険広域連合 うきは・大刀洗支部

うきは市吉井町983番地1 (電話 0943-74-5355 FAX 0943-74-5353)

重要事項説明書②

介護老人保健施設しらさぎ苑のご案内

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設しらさぎ苑
- ・開設年月日 昭和63年12月28日
- ・所在地 小郡市三沢字花簗851-1
- ・電話番号 0942-75-7291 ・ファックス番号 0942-75-2618
- ・管理者名 柳 大三郎
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(4052680016号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、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保健施設サービスを提供することで、入所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、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)や通所リハビリテーション(介護予防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。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[介護老人保健施設しらさぎ苑の運営方針]

「老人の自立を支援し、家庭復帰を目指す目的を達成するため入所者及び通所者の療養・養護及び福祉の向上に万全を期し、地域及び家庭との結びつきを重視した施設運営を図る」

(3) 施設の職員体制

令和6年4月現在

	常勤	非常勤	夜間	業務内容
・医師(管理者)	1以上			施設運営・療養に関する一切の業務統轄
・薬剤師		1以上		
・看護職員	8以上	1以上	1以上	保健衛生並びに看護業務
・介護職員	25以上	1以上	3以上	日常生活全般のケア
・支援相談員	1以上			相談、生活の支援
・理学療法士	4以上			リハビリテーション
・作業療法士	1以上			リハビリテーション
・言語聴覚士				リハビリテーション
・栄養士(管理栄養士)	2以上			栄養管理、献立表作成指導
・介護支援専門員	2以上			ケアプランの作成
・事務職員	2以上	1以上		日常の事務業務
・その他	7以上			調理職、他

(4) 入所定員等 ・定員 100名

- ・療養室 個室 6室、 2人室 9室、 4人室 19室
- ・静養室 2室

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画（ケアプラン）の立案
- ② 短期入所療養介護計画（介護予防短期入所療養介護個別サービス計画書）の立案
- ③ 通所リハビリテーション計画（介護予防通所リハビリテーション個別計画書）の立案
- ④ 食事（食事は原則と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～ 夕食 17時00分～
- ⑤ 入浴（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。）
- ⑥ 医学的管理・看護
- ⑦ 介護（退所時の支援も行ないます）
- ⑧ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑪ 理美容サービス（原則月2回実施します。）
- ⑫ 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画（介護予防サービス・支援計画表）で定められた通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用時間の終了に間に合わない場合に適用）
- ⑬ その他
*これらのサービスのなかには、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、具体的にご相談ください。

3. 利用料金

(1) 基本料金

- ① 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です）

	多床室	個室
・要支援1	613単位	579単位
・要支援2	774単位	726単位
・要介護1	830単位	753単位
・要介護2	880単位	801単位
・要介護3	944単位	864単位
・要介護4	997単位	918単位
・要介護5	1052単位	971単位

*2割負担の方は上記単位数の倍、3割負担の方は3倍となります。

*入所時および退所時に送迎を行なった場合には、それぞれ184単位加算されます。

- ② 食費 1日当たり 1,445円

(2) その他の料金

- ① 理美容代 実費（1,500円～2,000円程度。別途資料をご覧ください。）
- ② その他（利用者が選定する特別な食事の費用、日常生活品費、教養娯楽費等）は、別途資料をご覧ください。

(3) 支払い方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行します。お支払い方法は現金もしくは銀行振込や銀行引き落としでお願いしております。期日はその月の26日（土・日曜日等の場合は翌日の銀行営業日）までとさせていただきます。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 事務所窓口の受付時間は 9 : 00 ~ 17 : 00 となっております。窓口での利用料の支払いその他はこの時間内にお済ませください。
 - ・ 面会時間は 9 : 00 ~ 20 : 00 までです。18 時以降は夜間出入口をご利用下さい。面会者は事務所備付けの面会申込書に必要事項を記載して出入するものとします。
- ※毎年、インフルエンザやノロウイルス（感染性胃腸炎）などの感染症が流行する時期（11 月～3 月）には感染予防や拡大防止のために面会制限や面会規制（面会そのものを禁止）させていただいております。周辺の感染症の動向や苑内での状況に応じ、上記期間以外でも短縮や延長する可能性もございますので、ご了承ください。
- ・ 外出は施設長の許可を受け、原則としてご家族の同伴をお願いします。
 - ・ 飲酒は施設側が許可した場合のみこれを認めます。
 - ・ 喫煙は職員管理のもと所定の場所でこれを認めます。
 - ・ 火気の取扱いは、禁止します。
 - ・ 備品の利用は入所者誰でもが平等に使用する事が出来る、標準型の車椅子、歩行器等の福祉用具は原則として施設側で準備しておりますが、個々の体型に応じて必要となる、押し車やオーダーメイド、リクライニング式の車椅子、特殊なクッション、靴等は個人で購入して頂きます。又購入に際しては業者の斡旋をいたします。
 - ・ 設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただく場合がございます。
 - ・ 所持品・備品等の持ち込み、入れ替えは必ずご連絡下さい。
 - ・ 金銭・貴重品の管理は原則としていたしません。
紛失等の事故の際は責任を負いかねますのでご了承ください。
 - ・ ショートステイ利用時の施設外での受診や薬の受領は、緊急時を除きこれを認めません。

5. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、非難袋
- ・ 防災訓練 年 2 回

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教活動や勧誘、特定の政治活動、ペットの持ち込、他利用者への迷惑行為」は禁止します。

7. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

(別紙3)

介護老人保健施設 しらさぎ苑短期入所療養介護(ショートステイ)利用料金

令和6年8月1日改定

1. 介護老人保健施設(介護予防)短期入所療養介護費 I iii (多床室)

単位:円

	要支援 要介護 度	介護保険1割負担 1割負担					基本単 位・各 種加 算単 位 数合 計	介護職 員処 遇改 善加 算(Ⅰ) 7.5%	食 費				滞 在 費	教 養 課 費	日 用 品 費	日 額 合 計
		短期入 所療 養介 護費 I iii	サー ビス 体制 強化 加算 (Ⅱ)	夜勤 体 制加 算	在宅 復 帰・ 在宅 療 養支 援機 能加 算 (Ⅰ)	送迎 1割 負担 (片 道)			朝 食	昼 食	夕 食	負 担 限 度 額				
第1段階	要支援1	613	18	24	51	184	706	53	470	470	505	300	0	100	260	1,419
	要支援2	774	18	24	51	184	867	65	470	470	505	300	0	100	260	1,592
	要介護1	830	18	24	51	184	923	69	470	470	505	300	0	100	260	1,652
	要介護2	880	18	24	51	184	973	73	470	470	505	300	0	100	260	1,706
	要介護3	944	18	24	51	184	1,037	78	470	470	505	300	0	100	260	1,775
	要介護4	997	18	24	51	184	1,090	82	470	470	505	300	0	100	260	1,832
要介護5	1,052	18	24	51	184	1,145	86	470	470	505	300	0	100	260	1,891	
第2段階	要支援1	613	18	24	51	184	706	53	470	470	505	600	430	100	260	2,149
	要支援2	774	18	24	51	184	867	65	470	470	505	600	430	100	260	2,322
	要介護1	830	18	24	51	184	923	69	470	470	505	600	430	100	260	2,382
	要介護2	880	18	24	51	184	973	73	470	470	505	600	430	100	260	2,436
	要介護3	944	18	24	51	184	1,037	78	470	470	505	600	430	100	260	2,505
	要介護4	997	18	24	51	184	1,090	82	470	470	505	600	430	100	260	2,562
要介護5	1,052	18	24	51	184	1,145	86	470	470	505	600	430	100	260	2,621	
第3段階①	要支援1	613	18	24	51	184	706	53	470	470	505	1,000	430	100	260	2,549
	要支援2	774	18	24	51	184	867	65	470	470	505	1,000	430	100	260	2,722
	要介護1	830	18	24	51	184	923	69	470	470	505	1,000	430	100	260	2,782
	要介護2	880	18	24	51	184	973	73	470	470	505	1,000	430	100	260	2,836
	要介護3	944	18	24	51	184	1,037	78	470	470	505	1,000	430	100	260	2,905
	要介護4	997	18	24	51	184	1,090	82	470	470	505	1,000	430	100	260	2,962
要介護5	1,052	18	24	51	184	1,145	86	470	470	505	1,000	430	100	260	3,021	
第3段階②	要支援1	613	18	24	51	184	706	53	470	470	505	1,300	430	100	260	2,849
	要支援2	774	18	24	51	184	867	65	470	470	505	1,300	430	100	260	3,022
	要介護1	830	18	24	51	184	923	69	470	470	505	1,300	430	100	260	3,082
	要介護2	880	18	24	51	184	973	73	470	470	505	1,300	430	100	260	3,136
	要介護3	944	18	24	51	184	1,037	78	470	470	505	1,300	430	100	260	3,205
	要介護4	997	18	24	51	184	1,090	82	470	470	505	1,300	430	100	260	3,262
要介護5	1,052	18	24	51	184	1,145	86	470	470	505	1,300	430	100	260	3,321	
第4段階以上	要支援1	613	18	24	51	184	706	53	470	470	505	1,445	437	100	260	3,001
	要支援2	774	18	24	51	184	867	65	470	470	505	1,445	437	100	260	3,174
	要介護1	830	18	24	51	184	923	69	470	470	505	1,445	437	100	260	3,234
	要介護2	880	18	24	51	184	973	73	470	470	505	1,445	437	100	260	3,288
	要介護3	944	18	24	51	184	1,037	78	470	470	505	1,445	437	100	260	3,357
	要介護4	997	18	24	51	184	1,090	82	470	470	505	1,445	437	100	260	3,414
要介護5	1,052	18	24	51	184	1,145	86	470	470	505	1,445	437	100	260	3,473	
介護保険2割負担																
第4段階以上	要支援1	1,226	36	48	102	368	1,412	106	470	470	505	1,445	437	100	260	3,760
	要支援2	1,548	36	48	102	368	1,734	130	470	470	505	1,445	437	100	260	4,106
	要介護1	1,660	36	48	102	368	1,846	138	470	470	505	1,445	437	100	260	4,226
	要介護2	1,760	36	48	102	368	1,946	146	470	470	505	1,445	437	100	260	4,334
	要介護3	1,888	36	48	102	368	2,074	156	470	470	505	1,445	437	100	260	4,472
	要介護4	1,994	36	48	102	368	2,180	164	470	470	505	1,445	437	100	260	4,586
要介護5	2,104	36	48	102	368	2,290	172	470	470	505	1,445	437	100	260	4,704	

- 利用料金表以外にご希望等に応じ、個別リハビリテーション加算や療養食加算等を算定させて頂く事があ
- 第1段階～第3段階の減額を受ける為には、各保険者に「介護保険負担限度額認定」の申請を行い、認定を受ける必要があります。非該当者及び未申請者は全て第4段階の利用料金になります。
- 生活保護受給者の方は個々の状況に応じ、利用料金表より更に減額になります。
- その他、・散髪代 1,500円 ・個人の家電製品使用料 1,000円/月(日額40円) 等は実費必要になります。

介護老人保健施設 しらさぎ苑短期入所療養介護(ショートステイ)利用料金

令和6年8月1日改定

2. 介護老人保健施設(介護予防)短期入所療養介護費 I i (従来型個室)

単位:円

	要支援 要介護 度	介護保険1割負担 1割負担					基本単 位 数・各 種 加 算 単 位 数 合 計	介護職員 等処遇改 善加算 (1) 7.5%	食 費				滞在費	教養娯楽費	日用品費	日額合計
		短期入所 療養介護 費 I i	サービ ス 体 制 強 化 加 算 (II)	夜勤体 制加 算	在宅復 帰・在宅 療養支 援機能 加算 (I)	送迎 1割負担 (片道)			朝 食	昼 食	夕 食	負担 限度額				
第1段階	要支援 1	579	18	24	51	184	672	50	470	470	505	300	550	100	260	1,932
	要支援 2	726	18	24	51	184	819	61	470	470	505	300	550	100	260	2,090
	要介護 1	753	18	24	51	184	846	63	470	470	505	300	550	100	260	2,119
	要介護 2	801	18	24	51	184	894	67	470	470	505	300	550	100	260	2,171
	要介護 3	864	18	24	51	184	957	72	470	470	505	300	550	100	260	2,239
	要介護 4	918	18	24	51	184	1,011	76	470	470	505	300	550	100	260	2,297
第2段階	要介護 5	971	18	24	51	184	1,064	80	470	470	505	300	550	100	260	2,354
	要支援 1	579	18	24	51	184	672	50	470	470	505	600	550	100	260	2,232
	要支援 2	726	18	24	51	184	819	61	470	470	505	600	550	100	260	2,390
	要介護 1	753	18	24	51	184	846	63	470	470	505	600	550	100	260	2,419
	要介護 2	801	18	24	51	184	894	67	470	470	505	600	550	100	260	2,471
	要介護 3	864	18	24	51	184	957	72	470	470	505	600	550	100	260	2,539
第3段階①	要介護 4	918	18	24	51	184	1,011	76	470	470	505	600	550	100	260	2,597
	要介護 5	971	18	24	51	184	1,064	80	470	470	505	600	550	100	260	2,654
	要支援 1	579	18	24	51	184	672	50	470	470	505	1,000	1,370	100	260	3,452
	要支援 2	726	18	24	51	184	819	61	470	470	505	1,000	1,370	100	260	3,610
	要介護 1	753	18	24	51	184	846	63	470	470	505	1,000	1,370	100	260	3,639
	要介護 2	801	18	24	51	184	894	67	470	470	505	1,000	1,370	100	260	3,691
第3段階②	要介護 3	864	18	24	51	184	957	72	470	470	505	1,000	1,370	100	260	3,759
	要介護 4	918	18	24	51	184	1,011	76	470	470	505	1,000	1,370	100	260	3,817
	要介護 5	971	18	24	51	184	1,064	80	470	470	505	1,000	1,370	100	260	3,874
	要支援 1	579	18	24	51	184	672	50	470	470	505	1,300	1,370	100	260	3,752
	要支援 2	726	18	24	51	184	819	61	470	470	505	1,300	1,370	100	260	3,910
	要介護 1	753	18	24	51	184	846	63	470	470	505	1,300	1,370	100	260	3,939
第4段階以上	要介護 2	801	18	24	51	184	894	67	470	470	505	1,300	1,370	100	260	3,991
	要介護 3	864	18	24	51	184	957	72	470	470	505	1,300	1,370	100	260	4,059
	要介護 4	918	18	24	51	184	1,011	76	470	470	505	1,300	1,370	100	260	4,117
	要介護 5	971	18	24	51	184	1,064	80	470	470	505	1,300	1,370	100	260	4,174
	要支援 1	579	18	24	51	184	672	50	470	470	505	1,445	1,728	100	260	4,255
	要支援 2	726	18	24	51	184	819	61	470	470	505	1,445	1,728	100	260	4,413
第4段階以上	要介護 1	753	18	24	51	184	846	63	470	470	505	1,445	1,728	100	260	4,442
	要介護 2	801	18	24	51	184	894	67	470	470	505	1,445	1,728	100	260	4,494
	要介護 3	864	18	24	51	184	957	72	470	470	505	1,445	1,728	100	260	4,562
	要介護 4	918	18	24	51	184	1,011	76	470	470	505	1,445	1,728	100	260	4,620
	要介護 5	971	18	24	51	184	1,064	80	470	470	505	1,445	1,728	100	260	4,677
	介護保険2割負担															
第4段階以上	要支援 1	1,158	36	48	102	368	1,344	101	470	470	505	1,445	1,728	100	260	4,978
	要支援 2	1,452	36	48	102	368	1,638	123	470	470	505	1,445	1,728	100	260	5,294
	要介護 1	1,506	36	48	102	368	1,692	127	470	470	505	1,445	1,728	100	260	5,352
	要介護 2	1,602	36	48	102	368	1,788	134	470	470	505	1,445	1,728	100	260	5,455
	要介護 3	1,728	36	48	102	368	1,914	144	470	470	505	1,445	1,728	100	260	5,591
	要介護 4	1,836	36	48	102	368	2,022	152	470	470	505	1,445	1,728	100	260	5,707
要介護 5	1,942	36	48	102	368	2,128	160	470	470	505	1,445	1,728	100	260	5,821	

- 利用料金表以外にご希望等に応じ、個別リハビリテーション加算や療養食加算等を算定させて頂く事があ
- 第1段階～第3段階の減額を受けるには、各保険者に「介護保険負担限度額認定」の申請を行い、認定を受ける必要があります。非該当者及び未申請者は全て第4段階の利用料金になります。
- 生活保護受給者の方は個々の状況に応じ、利用料金表より更に減額になります。
- その他、・散髪代 1,500円 ・個人の家電製品使用料 1,000円/月(日額40円) 等は実費必要になります。

②その他の各種加算

- ・個別リハビリテーション実施加算/回 240単位
- ・療養食加算/1食 8単位
- ・認知症専門ケア加算/日 3単位
- ・重度療養管理加算/日 120単位
- ・認知症行動・心理症状緊急対応加算/日 200単位
- ・緊急短期入所受入加算/日 90単位
- ・若年性認知症利用者受入加算/日 120単位
- ・総合医学管理加算/日 275単位 (利用中10日を限度)
- ・緊急時施設療養費/日 518単位
- ・口腔連携強化加算/回 50単位 (1月に1回限り)
- ・送迎加算/片道 184単位

*加算の種類についてはその方の希望や状況に応じて異なります。

また、上記以外にも加算の対象となることがあります。

③その他の日常生活費として費用を頂くもの

(1) 日常生活費 260円/日

- ・シャンプー ・ボディーソープ ・タオル、バスタオル (入浴用) ・タオル (洗顔用)
- ・ソープ (洗顔用)
- ・歯ブラシ・歯磨き粉等の購入費
- ・ティッシュは施設で一律にご準備させていただきますが、必要以上に多量に使用される場合は個人でご準備下さい。

(2) 教養娯楽費 100円/日

- ・機能訓練以外で参加者を募って行う 生花、舞踊、園芸、書道、俳句、手芸、絵手紙、カラオケ等のクラブ等の活動に係る材料費等

(3) インフルエンザ予防接種に係る費用 (市町村によって異なる)・・・1,000～2,000程度

*上記サービスを希望、選択されない場合や個人で準備される場合は費用は頂きません。

④ 別途費用を頂くもの

- ・散髪代・・・1,500円 (顔剃、パーマ、髪染め等は事前予約の上、別途料金が必要です)
- ・個人専用の家電製品の電気代 (テレビ、ラジオ、電気毛布等)・・・1,000円
- ・各種診断書・証明書・・・500円～
- ・その他、嗜好品、福祉用具、クリーニング代、個人用新聞等の費用・・・実費

⑥ 施設が無料にて提供しているもの

- ・個人預かり金を出納帳等を使用し管理する上で係る事務手数料 ・私物の洗濯代

⑦利用料金の減額等

利用料金表、第1段階～第3段階の減額を受ける為には、各保険者に「介護保険負担限度額認定」の申請を行い、認定を受ける必要があります。未承認者及び未申請者は全て第4段階の利用料金になります。生活保護受給者の方は利用料金表の濃い部分の金額の内、半額程度～全額が公費負担となります。

〈様式1〉

住所・連絡先等変更届出書

令和 年 月 日

社会福祉法人 長生会
介護老人保健施設しらさぎ苑
施設管理者 殿

契約時に記載した住所又は連絡先に変更が生じた為、次の通りに届けます。

利用者氏名	様	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳		
変更内容	<input type="checkbox"/> 利用者の住所変更		<input type="checkbox"/> 利用料金支払者の変更						
	<input type="checkbox"/> 身元引受人の変更		<input type="checkbox"/> 利用料金支払者の住所の変更						
変更前	<input type="checkbox"/> 身元引受人の住所の変更		<input type="checkbox"/> 利用料金支払者の連絡先の変更						
	<input type="checkbox"/> 身元引受人の連絡先の変更		<input type="checkbox"/> 利用料金支払保証人の変更						
	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先の変更		<input type="checkbox"/> 利用料金支払保証人の住所						
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 利用料金支払保証人の連絡先の変更						
変更前	フリガナ		続柄		電話番号	自宅 ()	—		
	氏名					携帯 ()	—		
	住所	〒 —							
変更後	フリガナ		続柄		電話番号	自宅 ()	—		
	氏名					携帯 ()	—		
	住所	〒 —							
変更年月日	令和	年	月	日	*受理年月日	令和	年	月	日

身元引受人・料金支払責任者・利用料金支払保証人 変更同意書	
私は、上記の変更内容について、それに伴う責任と義務について利用契約書を十分に理解した上で同意致します。	
令和 年 月 日	
住所	
氏名	
印	

- 備考 1 *印の欄には記載しないで下さい。
- 2 変更年月日は、転出・転入届けの提出日等、変更の事実が発生した日を記載して下さい。
- 3 身元引受人、料金支払責任者、利用料金支払保証人の登録者自身が変更する場合新たに登録される方の同意が必要になります。

施設管理者	総務	支援相談課

〈様式2〉

緊急やむを得ない安全ベルト等使用に関する説明及び承諾書

介護老人保健施設 しらさぎ苑

記録日 令和 年 月 日

(ふりなが) 氏 名	様	生年月日	M・T・S 年 月 日
		要介護度	1・2・3・4・5
抑制の種類 1. 安全ベルト 2. ベッド柵 3. 介護服 4. その他 ()			
使用時間帯及び時間			
特記すべき心身の状態			
使用理由 1. 認知症等に伴い危険を認知する能力がないにもかかわらず体動が見られ、車椅子及びベッドから転落するおそれがある。 2. 拘縮等により座位保持が困難で車椅子からずり落ちる危険性が高い。 3. 傷の処置等を外し治療の妨げとなる行為が見られ、傷の悪化を招くおそれがある。又は、不潔行為や弄便が見られる。 4. その他 ----- -----			

現在の状態では、本人及び他の入所者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高く、身体拘束以外に代替するケアがない為、今後は解除出来るように努力する事を条件とした上で、上記の通り実施致します。尚、承諾書は6カ月更新とし、途中で本人の状態に変化が見られ対応を変更した場合等、その都度ご家族へ説明致します。

令和 年 月 日

管理者 柳 大三郎 印

記録者 印

利用者・ご家族記入欄

上記の件について説明を受け、承諾しました。

令和 年 月 日

氏 名 印

(本人との続柄))

〈別紙4〉

介護老人保健施設 しらさぎ苑では、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きまして、「個人情報保護法」に基づき、利用目的を以下の通りに定めます。

施設管理者

当施設における個人情報利用目的

(1) 通常のサービス提供における利用目的

- ・当法人がサービスを提供する上で必要な基本情報
- ・「施設サービス計画書作成」「リハビリテーション計画書作成」等、介護保険法で定める個人記録の作成(記録の種類はサービス内容に応じ異なります)
- ・行事風景の写真や誕生者紹介等の掲示物及びご家族宛に発行する広報誌
- ・ステーション内や居室の入口における名札等の掲示
- ・施設内において、医療、介護等のサービスや業務の維持、改善のための基礎資料及び事例研究
- ・ご家族様若しくはご本人様より委任を受けた方への心身状況及び病状等の説明
- ・介護保険事務(審査支払い機関への請求・保険者からの紹介への回答等)
- ・管理運営業務(入退所等の管理、会計、経理等)
- ・緊急時における、緊急連絡先の把握
- ・事故等の県・保険者への報告、その他義務付けられている報告
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出

(2) 情報提供を伴う利用目的

- ・退所後、ご家族様等に行う情報提供書等の作成
- ・退所後の居宅介護支援事業所、他施設への情報提供及びサービス担当者会議等への情報提供
- ・退所後の主治医への診療情報提供
- ・他科受診をする際の他病院、診療所、薬局等への情報提供
- ・他医療機関からの照会への回答
- ・利用者の診療等にあたり、外部の専門医等に意見、助言を求める場合
- ・検査等の業務委託を行う場合
- ・施設内において行われる学生の実習への協力(この場合、個人情報保護法第50条1項に基づき、必要最小限の情報提供を行うものとします)
- ・外部監査機関への情報提供

(3) その他

- ・介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での仮名での事例研究発表
- ・国が実施する統計調査等、利用目的制限の例外として個人情報保護法に明記されている事項については、その内容に沿って適切な情報利用を行います。
- ・法令に基づいて個人情報を利用する場合や同一事業所が開設する複数の施設間における情報提供等、第三者に該当しない為、同意を得る必要のない事項として、個人情報保護法に明記されている事項については、その内容に沿って適切な情報利用を行います。

1. 上記記載の内容について、同意しかねる事項につきましてはお申し出下さい。
2. 申し出の内容につきましては、いつでも変更、停止等を行うことが出来ます。

個人情報保護に関する担当窓口

事業所名:介護老人保健施設 しらさぎ苑 担当窓口:総務課・支援相談課

〈様式3〉

しらさぎ苑 重要事項説明書及び個人情報利用同意書

令和 年 月 日

〈事業所〉

福岡県小郡市三沢字花簞851-1

介護老人保健施設 しらさぎ苑

施設管理者 柳 大三郎 印

介護老人保健施設しらさぎ苑の指定介護老人保健施設短期入所療養介護サービスの提供に際して、本書面に基づき重要事項及び個人情報の利用の目的について説明を行いました。

〈説明者〉 支援相談員

印

重要事項説明及び個人情報の利用の目的について担当者より説明を受け、これを十分に理解した上で同意致します。

〈利用者〉

氏名

印

〈代理契約者〉

氏名

印

続柄 ()

〈家族代表〉

氏名

印

続柄 ()

個人情報利用停止等申出事項

--

〈様式 4〉

介護老人保健施設短期入所療養介護利用同意書

契約が締結したことを証する為、本書 2 通を作成し、契約者、事業者が記名捺印のうえ、各 1 通を保有するものとします。

令和 年 月 日

〈事業所〉

福岡県小郡市三沢字花聳 8 5 1 - 1
介護老人保健施設 しらさぎ苑
施設管理者 柳 大三郎 印

【利用者及び本約款第 5 条の利用料金支払責任者】

氏名	印
住所	

【代理契約者及び本約款第 14 条の身元引受人及び本約款第 5 条 2 項の連帯保証人】

(請求書・明細書及び領収書の送付先)

氏名	印	続柄()
住所		

【本約款第 10 条 3 項の緊急時の連絡先】

氏名	続柄	携帯番号	電話番号

付 則

この「介護老人保健施設短期入所療養介護利用契約」及び「重要事項説明書」は

平成12年	4月1日	より適用する
平成18年	4月1日	一部改定
平成20年	1月1日	一部改定
平成20年1	1月1日	一部改定
平成24年	4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	一部改正
平成28年	4月1日	一部改定
平成28年	8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
令和元年	6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3年	4月1日	一部改定
令和4年	10月1日	一部改定
令和4年	11月1日	一部改定
令和6年	4月1日	一部改定
令和6年	6月1日	一部改定
令和6年	8月1日	一部改定

社会福祉法人 長生会
介護老人保健施設 しらさぎ苑
〒838-0106
福岡県小郡市三沢字花笠851-1
電 話 (0942) 75-7291
FAX (0942) 75-2618
施設管理者 柳 大三郎

