

介護老人保健施設手取の里 入所サービス 重要事項説明書

この「重要事項説明書」は、石川県の「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を定める条例」（平成 24 年石川県条例第 49 号）」の規定に基づき、指定介護老人保健施設サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

2025. 4. 1 改訂

1. 運営法人

法 人 名	公益社団法人 石川勤労者医療協会
法人所在地	金沢市京町 20-3
連 絡 先	電話 076-252-0590 FAX 076-252-8791
代 表 者	理事長 島 隆雄
設立年月日	1953 年 2 月 25 日

2. 施設概要

施設の種類	指定介護老人保健施設				
施設の名称	介護老人保健施設 手取の里（指定 第 1752380301 号）				
指定年月日	平成 8 年 8 月 23 日				
施設の住所	能美市寺井町ウ 84				
施設長氏名	前田 哲生				
連絡先	電話 0761-58-6616 FAX 0761-58-6617				
施設の目的	要介護状態と認定された利用者（以下利用者）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者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するとともに、家庭での生活に戻れることを目指した介護保健施設サービスを提供することを目的とします。				
運営方針	利用者の人格を尊重し常に利用者の立場に立って明るく家庭的な雰囲気のもと、地域や家庭との連携を重視し施設のもつ公共性等重要な役割を踏まえ、利用者や家族の方が安心・満足・可能性の追求に役立つ医療ケアと、日常生活サービスの提供を基本とします。				
建物の構造	鉄筋コンクリート造 地上 3 階建				
延べ床面積	2416.60 m ²				
設備関係			客室	入所定員	備考
	居室	個 室	2 室	2 人	個 室
		2 人部屋	2 室	4 人	多床室
		4 人部屋	11 室	44 人	多床室
		合 計	15 室	50 人	定 員
	浴 室		一般浴槽、車椅子特殊浴槽、特殊機械浴槽		
	医 務 室		1 室		
	食堂兼娯楽室		1 室		
	機能訓練室		1 室		
事業の種類	入所サービス			定員 50 名	
	（介護予防）短期入所療養介護			（短期は空床利用型）	
	（介護予防）通所リハビリテーション			定員 45 名	
	（介護予防）訪問リハビリテーション				
	居宅介護支援				

3. 入所対象者

当施設に入所できる方は、要介護度１以上の方が対象となります。入所時に要介護認定を受けている方であっても、入所後に要介護認定者でなくなった場合は、施設を退所していただくことになります。

４．職員の配置状況と職務内容（人員数はいずれも常勤換算）

職種	人員数	職務の内容
管理者	１名（兼務）	施設に携わる従業者の総括管理、指導
医師	１名以上（兼務）	利用者の診療及び健康管理
薬剤師	０．２名（兼任）	調剤、薬剤管理及び服薬指導
看護職員	５名以上	利用者の看護、施設の保健衛生
介護職員	１２名以上	利用者の生活介護
支援相談員	１名	利用時、療養時の各種相談
理学療法士 作業療法士	１名以上（兼任）	利用者の心身のリハビリテーション、自立支援
管理栄養士	１名以上（兼任）	栄養管理、指導等
介護支援専門員	１名以上	施設サービス計画の作成等
事務職員	２人	庶務
調理員	３人	食事の調理

５．サービス内容

種類	サービスの内容								
施設サービス計画	施設サービス計画を作成しサービスを提供します								
健康管理	医師や看護職員が、利用者の医学的管理・看護を行います								
リハビリテーション	利用者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために、必要なリハビリテーションを計画的に行います。								
レクリエーション	利用者の興味関心に合わせた各種活動や行事を行います。								
食 事 栄養管理	① 栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ② 利用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。 ③ 食事時間 <table border="1"> <tr> <td>朝 食</td><td>７：４５～８：４５</td></tr> <tr> <td>昼 食</td><td>１２：００～１３：００</td></tr> <tr> <td>おやつ</td><td>１５：００～１５：３０</td></tr> <tr> <td>夕 食</td><td>１８：００～１９：００</td></tr> </table>	朝 食	７：４５～８：４５	昼 食	１２：００～１３：００	おやつ	１５：００～１５：３０	夕 食	１８：００～１９：００
朝 食	７：４５～８：４５								
昼 食	１２：００～１３：００								
おやつ	１５：００～１５：３０								
夕 食	１８：００～１９：００								
入 浴	① 入浴又は清拭を週２回以上行います。 ② 利用者の体調等により、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。								
排 泄	排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限利用した援助を行います。								
支援援助	入退所時の支援、入所中の生活相談等に応じます。								
行政手続代行	必要に応じて代行いたします。								

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。
-----	--

6. 利用料金

(1) 施設サービス利用料

厚生労働大臣が定める基準によるものとし、介護保険負担割合証に定める負担割合の介護サービス費と、食費・居住費（滞在費）とその他の費用（日常生活費、教養娯楽費、理美容代、クラブ等で使用する材料費、診断書等の文書作成費等）です。

日常生活費・教養娯楽費については、利用者の希望により、身の回り品として日常生活に必要なものを提供する場合にご負担いただきます。

詳細は＜別紙 1＞をご参照ください。

また協力病院や専門医療機関に受診した場合、その医療機関から一部負担金の請求書が届く場合があります。

(2) 利用料等のお支払い方法

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、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの 3 方法があります。入所契約時にお選びください。

お支払いいただきますと領収書を発行いたします。なお、領収書の再発行は行っておりませんので保管をお願いいたします。

金融機関口座自動引き落としの場合、当月の料金の合計額を翌月 22 日（金融機関休日の場合はその翌営業日）に指定口座からの引き落としとなります。

(3) その他

正当な理由がなく、2 ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう督促したにもかかわらず 30 日間以内に支払われない場合には、サービス提供の契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

7. 他医療機関との連携

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	寺井病院	能美市寺井町ウ 84 番地 電話番号 0761-58-5500
	芳珠記念病院	能美市緑が丘 11 - 71 電話番号 0761-51-5551
協力歯科医療機関	山上歯科医院	能美市佐野町ヲ 13 電話番号 0761-57-1130
	城北歯科	金沢市京町 20-15 電話番号 076-252-0900

8. 緊急時の対応と連絡先

入所中に利用者の心身の状態が急変した場合、利用者の状態が悪化した場合や、事故による受傷が発生した場合は、直ちに医師及び看護師、その他職員にて対応し、緊急時の連絡先に指定された方へご連絡いたします。

全身状態が安定している場合は処置治療が可能ですが、状態が悪い場合は、適切な医療機関に搬送させていただきます。

9. 非常災害対策について

災害時の対応	別途定める「寺井病院グループ防災マニュアル」にのっとり対応を行います。
防災設備	スプリンクラー、消火器、消火栓、非常用滑り台、など。
避難訓練	毎年2回、火災訓練及びその他必要な防災訓練を行います。

10. 利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間は、原則午前9:00～午後18:00とします。 面会に来られた際は、面会簿の記入をお願いいたします。 上記以外で緊急に来訪される場合は、隣接の寺井病院玄関のインターフォンでお知らせください。 食べ物の持ち込みは原則制限しておりませんが、必ず職員に声をおかけください。
外出・外泊	外出・外泊される場合は、その前日までに入所職員へご連絡ください。その際は、所定用紙の届け出をお願いいたします 外泊中は居住費等を徴収しますのでご了承ください
禁煙・禁酒	敷地内は全面禁煙および禁酒となっております。ご協力をお願いいたします。
持ち物	紛失防止のため、すべての持ち物に名前の記入をお願いいたします。衣類の名前は薄れてくることがあるため、把握できるようにお願いいたします。 なお、ペットの持ち込み、飼育は原則できません。
金銭及び貴重品管理	原則として現金は自己管理となります多額及び高価及び貴重な金品の持ち込みはご遠慮ください。
衣類の洗濯	原則としてご家族にお願いしております。お持ち帰りは週2回程度で十分です。 洗濯業者の紹介もしておりますので、ご希望の方は申し込みください。
医療機関への受診	入所中、他の医療機関への受診は医療保険上制限があります。また、受診される場合は当施設の医師の紹介状が必要です。外出・外泊中の受診についても、入所中の扱いとなります。 無断で受診なさらないよう必ず事前に支援相談員へご相談ください。
薬について	入所中は当施設の医師が主治医となり、薬を処方いたします。その際、入所中の身体状況の変化により、薬の変更や薬の量の調整を行うことがあります。 また、当施設で扱っている薬の関係で服用する薬の名前が変わることがありますのでご了承ください。

身体拘束、 その他の行動 制限について	原則として身体拘束を行っていません。 ただし、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合は、身体拘束、その他の行動制限を行うことがあります。この場合、説明と同意を得た上で、当施設の医師がその様態及び時間、その際のご利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載します。
転倒や受傷に ついて	入所中の環境の変化等の理由により、認知症症状の出現または進行、ベッドやトイレからの転落、移動中の転倒等の事故も予想されます。 事故防止には日々努力をしておりますが、これらを完全に回避することは困難であることをご理解いただけますようお願いいたします。
その他 禁止事項	他の利用者や職員に対する暴力などの迷惑行為、営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止します。

1 1. 記録の整備について

利用者に関する諸記録については、サービス提供終了日から最低5年間は保管管理します。

利用者及びそのご家族は、施設に対して保管しているサービス提供記録等の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

1 2. 相談・苦情窓口について

(1) 当施設の相談・苦情窓口

当施設支援相談員に、お気軽にご相談ください。（電話0761-58-6616）

手取の里玄関内に設置している「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

(2) 行政機関の苦情相談等窓口

能美市役所 健康福祉部保険年金課	能美市来丸町1110番地 能美市役所2階 電話 0761-58-2236(直通) F A X 0761-58-2293
石川県国民健康保険団体 連合会	金沢市幸町12番地1号 石川県幸町庁舎4階 電話 076-261-5192 F A X 076-261-5192

入所 利用料金表

- 介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険（及び介護予防）の給付にかかる自己負担分（施設サービス費、各種加算）と保険給付対象外の費用（居住費、食費など）を利用料としてお支払いいただく 2 種類があります。
- 施設サービス費（基本料）は、要介護認定による要介護度によって利用料が異なります。
- 介護負担割合証に記載された割合（1 割、2 割、3 割）が利用者負担となります。
- また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、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 段階の認定がされると「介護保険負担限度額認定証」が受けられ、負担限度額の範囲内での請求となります。
- 介護保険負担限度額証の提示がなければ第 4 段階の利用料をお支払いいただくことになります

所得段階	1	生活保護を受給されている方か、世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受給されている方
	2	所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が 80 万円以下、かつ預貯金額が認定要件を満たす方
	3 ①	所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が 80 万円超 120 万円以下、かつ預貯金額が認定要件を満たす方
	3 ②	所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が 120 万円超、かつ預貯金額が認定要件を満たす方
	4	課税世帯で、第 2・第 3 段階に属さない方

- 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。

1 入所に係る基本料金

- 居室のうち個室については、室料＋水光熱費で 1,728 円となります。
※ただし、個室を利用しても、感染症や著しい精神症状で個室の利用が必要であると医師が判断した場合は多床室料金となります。
- 居室のうち、多床室については、水光熱費相当で 437 円となります。
- 食費は一日（朝食 440 円 昼食 700 円 夕食 660 円）の合計金額を示しています。
※おやつ代は、食費に含まれています。
- 「サ提供加算」は下記項目の略で下記の内容が計上されています。

加算内訳項目	1 割	2 割	3 割	算定要件
サービス提供体制強化加算 I	22 円	44 円	66 円	介護職員のうち介護福祉士 80%以上、勤続年数 10 年以上 35%以上の割合

- 別途、介護職員等処遇改善加算として、介護保険サービス費の合計に 7.5%が加算されます。

<従来型個室>

介護度	所得段階	介護保険自己負担分		介護保険適用外分		日額計	月額（30日）
		基本料	サ提供加算	居住費	食費		
1	1	788	22	550	300	1,660	49,800
	2			550	390	1,750	52,500
	3-①			1,370	650	2,830	84,900
	3-②			1,370	1,360	3,540	106,200
	4			1,728	1,800	4,338	130,140
	2割負担	1576	44	1,728	1,800	5,148	154,440
	3割負担	2364	66	1,728	1,800	5,958	178,740
2	1	863	22	550	300	1,735	52,050
	2			550	390	1,825	54,750
	3-①			1,370	650	2,905	87,150
	3-②			1,370	1,360	3,615	108,450
	4			1,728	1,800	4,413	132,390
	2割負担	1726	44	1,728	1,800	5,298	158,940
	3割負担	2589	66	1,728	1,800	6,183	185,490
3	1	928	22	550	300	1,800	54,000
	2			550	390	1,890	56,700
	3-①			1,370	650	2,970	89,100
	3-②			1,370	1,360	3,680	110,400
	4			1,728	1,800	4,478	134,340
	2割負担	1856	44	1,728	1,800	5,428	162,840
	3割負担	2784	66	1,728	1,800	6,378	191,340
4	1	985	22	550	300	1,857	55,710
	2			550	390	1,947	58,410
	3-①			1,370	650	3,027	90,810
	3-②			1,370	1,360	3,737	112,110
	4			1,728	1,800	4,535	136,050
	2割負担	1970	44	1,728	1,800	5,542	166,260
	3割負担	2955	66	1,728	1,800	6,549	196,470
5	1	1040	22	550	300	1,912	57,360
	2			550	390	2,002	60,060
	3-①			1,370	650	3,082	92,460
	3-②			1,370	1,360	3,792	113,760
	4			1,728	1,800	4,590	137,700
	2割負担	2080	136	1,728	1,800	5,744	172,320
	3割負担	3120	204	1,728	1,800	6,852	205,560

<多床室>

介護度	所得段階	保険給付自己負担分		介護保険適用外分		日額計	月額（30日）
		基本料	サ提供加算	居住費	食費		
1	1	871	22	0	300	1,193	35,790
	2			430	390	1,713	51,390
	3-①			430	650	1,973	59,190
	3-②			430	1,360	2,683	80,490
	4			437	1,800	3,130	93,900
	2割負担	1742	44	437	1,800	4,023	120,690
	3割負担	2613	66	437	1,800	4,916	147,480
2	1	947	22	0	300	1,269	38,070
	2			430	390	1,789	53,670
	3-①			430	650	2,049	61,470
	3-②			430	1,360	2,759	82,770
	4			437	1,800	3,206	96,180
	2割負担	1894	44	437	1,800	4,175	125,250
	3割負担	2841	66	437	1,800	5,144	154,320
3	1	1014	22	0	300	1,336	40,080
	2			430	390	1,856	55,680
	3-①			430	650	2,116	63,480
	3-②			430	1,360	2,826	84,780
	4			437	1,800	3,273	98,190
	2割負担	2028	44	437	1,800	4,309	129,270
	3割負担	3042	66	437	1,800	5,345	160,350
4	1	1,072	22	0	300	1,394	41,820
	2			430	390	1,914	57,420
	3-①			430	650	2,174	65,220
	3-②			430	1,360	2,884	86,520
	4			437	1,800	3,331	99,930
	2割負担	2144	44	437	1,800	4,425	132,750
	3割負担	3216	66	437	1,800	5,519	165,570
5	1	1,125	22	0	300	1,447	43,410
	2			430	390	1,967	59,010
	3-①			430	650	2,227	66,810
	3-②			430	1,360	2,937	88,110
	4			437	1,800	3,384	101,520
	2割負担	2250	44	437	1,800	4,531	135,930
	3割負担	3375	66	437	1,800	5,678	170,340

2 加算料金（該当の場合のみ加算/1日当たりの料金に加算：円）

短期集中リハビリテーション実施加算	(Ⅰ)	258 円/日	(Ⅱ)に加え月に一回評価および厚労省へデータ提出
	(Ⅱ)	200 円/日	入所日から3か月内、集中的なリハビリを行なった場合
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	(Ⅰ)	240 円/日	(Ⅱ)に加え退所後生活する居宅等を訪問し、生活環境を踏まえたリハビリの提供
	(Ⅱ)	120 円/日	入所日から3か月内、認知症入所者に対して集中的なリハビリ提供(週3日まで)
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	(Ⅰ)	51 円/日	施設基準が基本型の場合で算定基準に適合したとき
	(Ⅱ)	51 円/日	施設基準が強化型の場合で算定基準に適合したとき
初期加算	(Ⅰ)	60 円/日	基準に適合し、急性期医療機関一般病棟への入院後30日以内に退院した患者を新規受入れた場合で30日間
	(Ⅱ)	30 円/日	新規入所の場合に、最初の30日間のみ
外泊時費用		362 円/日	外泊時、所定単位に代えて算定(1か月6日限度)
(在宅サービス利用の場合)		800 円/日	外泊中、居宅サービスを受けた場合
入所前後訪問指導加算	(Ⅰ)	450 円/回	入所予定日前30日以内または入所後7日以内に今後生活する居宅等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の算定及び診療方針を決定した場合
	(Ⅱ)	480 円/回	
試行的退所時指導加算		400 円/回	試行的に退所する際に、入所者・家族等に退所後の療養上の指導を行った場合
退所時情報提供加算	(Ⅰ)	500 円/回	居宅へ退所した場合で主治医に対して診療情報を提供
	(Ⅱ)	250 円/回	入所者等が医療機関へ退所した場合
入退所前連携加算	(Ⅰ)	600 円/回	退所前に居宅支援事業者と連携し、退所後の居宅サービス等の調整を行った場合
	(Ⅱ)	400 円/回	退所前に退所後の居宅サービス等の調整を行った場合
訪問看護指示加算		300 円/回	退所時に医師が訪問看護指示書を交付した場合
協力医療機関連携加算	(Ⅰ)	50 円/回	入所者の情報共有する会議を定期的に開催し、かつ協力医療機関が規定する要件を満たしている。
	(Ⅱ)	10 円/回	入所者の情報共有する会議を定期的に開催
再入所時栄養連携加算		200 円/回	入院から再入所される場合に管理栄養士が病院の栄養士と連携し、栄養ケア計画を策定した場合
栄養マネジメント強化加算		11 円/日	入所者ごとの継続的な栄養管理の強化を図った場合
療養食加算		6 円/回	疾患の治療食を提供した場合(一日3回まで)
経口移行加算		28 円/日	経管栄養の入所者の方に対して経口移行計画を作成し、栄養管理を行なった場合
経口維持加算	(Ⅰ)	400 円/月	摂食機能障害や誤嚥が認められる入所者の方に対して経口移行計画を作成した場合
	(Ⅱ)	100 円/月	(Ⅰ)で行う食事の観察や会議等に医師等が加わった場合
口腔衛生管理加算	(Ⅰ)	90 円/月	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し、口腔ケアを月2回行った場合
	(Ⅱ)	110 円/月	(Ⅰ)に加えて厚労省へデータ提出
褥瘡マネジメント加算	(Ⅰ)	3 円/月	褥瘡を予防するために多職種でケア計画を作成し、管理と評価を行った場合
	(Ⅱ)	13 円/月	
リハビリテーションマネジメント計画情報加算	(Ⅰ)	53 円/月	入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容情報を厚労省に提出しフィードバックによるPCDAサイクルを推進している場合 ※口腔衛生管理加算を取得している場合は(Ⅰ)
	(Ⅱ)	33 円/月	
排せつ支援加算	(Ⅰ)	10 円/月	排泄に介護を要する利用者様に対して、多職種が協働して支援計画を作成し支援した場合
	(Ⅱ)	15 円/月	
	(Ⅲ)	20 円/月	
自立支援推進加算		300 円/月	医師が6か月に1回医学的評価を行い、多職種共同で廃用や寝たきりを防ぐ支援計画の策定とサービスを提供
科学的介護推進体制加算	(Ⅰ)	40 円/月	入所者ごとのADL等心身の状況の情報をデータ提出
	(Ⅱ)	60 円/月	(Ⅰ)に加えて、疾病・服薬情報を提出

緊急時治療管理加算		518 円/日	救命救急医療が必要な場合で、緊急的治療を提供したとき	
かかりつけ医連携薬剤調整加算	(Ⅰ)イ	140 円	入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合	
	(Ⅰ)ロ	70 円	施設において薬剤を評価・調整した場合	
	(Ⅱ)	240 円	Ⅰイ・ロに加えてデーター提出	
	(Ⅲ)	100 円	Ⅱに加えて１種類以上の減薬に至った場合	
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	3 円/月	厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行った場合	
	(Ⅱ)	4 円/月		
認知症チームケア推進加算	(Ⅰ)	150 円/月	認知症介護の指導に係る関わるケア専門者の配置と専門的ケアの実施	
	(Ⅱ)	120 円/月	認知症介護に係る関わるケア専門者の配置と専門的ケアの実施	
高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	10 円/月	第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保し、連携と研修	
	(Ⅱ)	5 円/月	感染対策向上加算の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制御の実施指導を受ける	
所定疾患療養費	(Ⅰ)	239 円/日	肺炎、尿路感染症または带状疱疹となり、投薬、検査、注射、処置等を行った場合(1 か月10日まで)	
	(Ⅱ)	480 円/日	(Ⅰ)に加え、老健医師が感染症対策に関する研修に受講	
ターミナルケア加算		72 円/日	死亡日以前 31 日～45 日	利用者様またはご家族の同意を得て、ターミナルケアに係る計画が作成された場合。
		160 円/日	死亡日以前 4 日～30 日	
		910 円/日	死亡日以前 2 日～3 日	
		1,900 円/日	死亡日	
安全対策体制加算		20 円/回	厚労省の定める基準に適合する体制 (入所中1回)	
新興感染症等施設療養費		240 円/日	厚労省の定める感染症に感染した利用者の調整対応、介護サービス提供した場合(1月に1回5日を限度)	
高齢者虐待防止措置未実施減算		基準を満たさない場合		所定単位数数の 100 分の 3
業務継続計画未策定減算				所定単位数数の 100 分の 1

3 その他の費用

日常生活費	バスタオル、フェイスタオル、シャンプー、リンス、ボディソープ、ティッシュペーパー、おしぼり、歯ブラシ、お尻拭き、ポリデントなど	120 円/日
教養娯楽費	クラブの費用(色画用紙、折り紙、サインペン、色鉛筆、ココア、コーヒー、昆布茶、アロマ、カラオケなど)	51 円/回
理美容代	カットと顔そり 2,500 円、カットのみ 2,000 円、顔そりのみ 500 円	

- ◇ 日常生活費・教養娯楽費については、利用者様又はその家族様の自由な選択に基づいて受領するものです。施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ◇ その他日用品に必要なものがあれば個別に相談させていただきます。事業所で立て替えご用意した場合はご了承の上請求させていただきます。
- ◇ 理美容は委託業者で、第4金曜日に行っています。ご利用の場合にお支払いいただきます。

4 証明書等料金(随時依頼請求により発行:円)

情報開示請求	情報開示を依頼する場合、準備していただく書類があります。また内容によっては時間がかかる場合もあります。	複写の場合実費
証明書 (1枚当り)	・ 簡単な証明書	220 円
	・ 死亡診断書	6,600 円

- ◇ その他証明書等のご相談は事務室・相談員が受付いたします

個人情報利用目的

(令和 2 年 4 月 1 日現在)

介護老人保健施設手取の里では、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
 - －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

介護老人保健施設入所利用同意書

当事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項説明書、別紙１、別紙２を交付のうえで説明を行いました。

年 月 日

事業者 公益社団法人石川勤労者医療協会
理事長 島 隆雄

説明者 職名

氏名 _____

私は、事業者より上記の重要事項説明書、別紙１、別紙２を受領し、これらの内容について担当者より説明を受け、これらを理解したうえで同意します。

年 月 日

<利用者> 住 所 _____

氏 名 _____

<身元引受人> 住 所 _____

氏 名 _____

【請求書・明細書及び領収書の送付先】

利用者 身元引受人

上記以外

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 () _____

電話番号 _____

ホームページ及び広報誌等への写真の使用に係る同意書

当施設は、事業活動にとどまらず地域における活動や社会保障制度の改善のための取り組みなどを行っております。事業所の各種活動や取り組みにおいて、広報や宣伝をはじめ広く情報を発信するにあたり、利用者様の写真（顔写真を含む）を使用させていただく場合があります。

別紙2「個人情報の利用目的」において、事業所におけるサービス提供等に関しての個人情報の使用について同意をいただいておりますが、写真は肖像権を含む重要なプライバシーであることに鑑み、別紙2とは別に、本書面において利用者様の写真の使用についての同意をいただきたくお願いいたします。

【写真を使用させていただく場合が想定されるもの】

1. 事業所における利用者様及びご家族様等への通信
2. 事業所のパンフレット
3. 事業所の広報誌
4. 事業所ホームページ

写真を掲載させていただく際には利用者様の氏名が特定されないように配慮いたします。

同意をいただいた利用者様の写真を使用する際に、写真使用の同意をいただいていない方が含まれる場合は、同意をいただいていない方が特定されないように加工するなどの配慮をいたします。

本書面の同意の有無は、事業所のサービス利用契約及びサービス提供に影響を与えません。

同 意 書

事業所の通信、パンフレット、広報誌、ホームページ等での写真使用について
(同意します ・ 同意しません)

20 年 月 日

(利用者) 氏 名 _____

(代理人) 氏 名 _____ 続柄 () _____

介護老人保健施設 手取の里