

介護老人保健施設ケンゆのかわ 重要事項説明書

介護老人保健施設入所サービス提供に当たり、函館市の基準に基づいて、当施設があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 施設の概要	1
3. 職員の配置状況	3
4. 協力医療機関	4
5. 非常災害時対策	5
6. 事故発生の防止	5
7. 緊急時及び事故発生時の対応	5
8. 業務継続計画の策定	6
9. 身体的拘束その他の行動制限	6
10. 秘密保持等	6
11. 衛生管理	7
12. 施設サービスの概要と利用料	7
13. 苦情の受付	18
14. 高齢者虐待について	19
15. 第三者による評価の実施状況	19
16. 当施設利用の際の留意事項	20

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 函館厚生院
- (2) 法人所在地 北海道函館市本町34番8-1号
- (3) 電話番号 0138-51-9588
- (4) 代表者氏名 理事長 中田 智明
- (5) 設立年月日 明治33年3月6日（昭和27年5月17日 社会福祉法人設立認可）

2. 施設の概要

- (1) 施設の種類 介護老人保健施設（平成12年4月1日指定 北海道 0151480043号）
- (2) 施設の目的

社会福祉法人函館厚生院が開設する介護老人保健施設ケンゆのかわ（以下、「施設」という。）が行う介護老人保健施設サービス（以下「サービス」という。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の管理者や従業者が、要介護状態であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことが出来るようにするための支援が必要である利用者（以下、「利用者」という。）に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。

- (3) 施設 の 名 称 介護老人保健施設 ケンゆのかわ
- (4) 施設の所在地 北海道函館市湯川町3丁目29番15号
- (5) 電 話 番 号 0138-59-1211
- (6) F A X 番 号 0138-59-3990
- (7) 施設長の氏名 浅島 弘志
- (8) 運営の方針

施設は、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者に対し、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世話をを行うことにより、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することとともに、居宅における生活への復帰を目指すものとします。

施設は、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て介護保健施設サービスの提供に努めるものとします。

施設は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとします。

施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、関係市町村、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医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとします。

施設は、介護保険施設サービスを提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとします。

- (9) 開 設 年 月 日 平成6年8月1日
- (10) 利 用 定 員 150 人
- (11) 施設が行っている他の事業

当施設では、次の事業も合わせて実施しています。

[短期入所療養介護]	平成12年4月1日指定	0151480043号
[介護予防短期入所療養介護]	平成18年4月1日指定	0151480043号
[通所リハビリテーション]	平成12年4月1日指定	0151480043号
[介護予防通所リハビリテーション]	平成18年4月1日指定	0151480043号
[訪問看護]	(介護保険) 平成12年4月1日指定	0161490057号
	(医療保険) 保険医療機関コード	1490057
[介護予防訪問看護]	(介護保険) 平成18年4月1日指定	0161490057号
[居宅介護支援]	平成30年4月1日指定	0171404510号
[訪問リハビリテーション]	令和2年1月1日指定	0151480043号
[介護予防訪問リハビリテーション]	令和2年1月1日指定	0151480043号
[ヘルパーステーションケンゆのかわ]	令和3年3月1日指定	0171405004号
[訪問型サービス事業所ケンゆのかわ]	令和3年3月1日指定	0171405004号
[身体障害者居宅介護事業所ケンゆのかわ]	令和3年3月1日指定	0111402426号

(12) 建物・設備の概要

敷地		10,583.64 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造一部鉄骨造 4階建
	延床面積	7,236.70 m ²
	利用定員	150名(うち認知症専門棟50名)

ア 居室

居室の種類	室数	1人当たりの床面積
1人部屋	26室	18.69~25.51 m ²
4人部屋	31室	8.98~9.45 m ²

イ 主な設備

設備の種類	数	床面積等
機能訓練室兼 レクリエーションルーム	1箇所	245.71 m ²
食堂	3箇所	
	2階	105.32 m ²
	3階	125.09 m ²
	4階	125.09 m ²
一般浴室	4箇所	
	1階	72.73 m ²
	2階	48.48 m ²
	3階	7.04 m ²
	4階	7.04 m ²
特殊浴室	1箇所	39.72 m ²
共用便所	1階	2.76 m ² ×1箇所 53.43 m ² ×1箇所
	2階	7.40 m ² ×1箇所 53.65 m ² ×1箇所
	3階	4.02 m ² ×7箇所 16.57 m ² ×1箇所
	4階	4.02 m ² ×7箇所 16.57 m ² ×1箇所
エレベーター	2基	定員15名・定員11名

3. 職員の配置状況

令和6年4月1日現在

職種	員数	職務内容
管理者(施設長)	1名 (常勤兼務 1名)	職員の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を行います。
医師	1名以上	利用者の診察及び保健衛生の指導に関する業務を行います。
看護職員	15名以上	利用者の健康状態の管理及び医療との連携支援を行います。
介護職員	36名以上	利用者の状態に応じて、入浴・排せつ・食事等の介護を行い、日常生活の支援を行います。

理学療法士	3名以上	利用者の状態に応じて、身体機能維持回復を目的としたリハビリテーションを行います。
作業療法士	3名以上	
言語聴覚士	1名以上	
栄養士又は管理栄養士	1名以上	利用者の栄養や身体の状態、嗜好を考慮した献立作成及び調理指導を行います。
介護支援専門員	2名以上	利用者・家族等の介護に関する相談に応じるとともに、手続等の代行・調査活動を行います。また、生活上の課題の把握を通して、提供すべき施設サービス計画の作成及びサービス利用開始後の進捗点検並びに変更を行います。
支援相談員	2名以上	利用者及び家族からの相談に応じるとともに、介護支援機関・事業者等との連携及び利用者の手続き等の支援を行います。
事務職員	3名以上	会計及び施設の庶務に関する事務全般の業務を行います。
歯科衛生士	1名以上	利用者の口腔ケアを行い、また、介護職員等に対し口腔ケアに係る技術的助言や指導を行います。
業務アシスタント	1名以上	寝具管理及び洗濯等の業務を行います。

※上記職員数は、事業の状況等によって増減できるものとします。

4. 協力医療機関

①

名 称	社会福祉法人 函館厚生院 函館五稜郭病院
所在地／電話	函館市五稜郭町38番3号 / 0138-51-2295
診 療 科 目	内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・腎臓内科・小児科・外科・消化器外科・小児外科・整形外科・心臓血管外科・呼吸器外科・形成外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線治療科・放射線診断科・病理診断科・歯科口腔外科・麻酔科・脳神経外科・救急科・緩和ケア内科
病 床 数	480床

②

名 称	社会福祉法人 函館厚生院 函館中央病院
所在地／電話	函館市本町33番2号 / 0138-52-1231
診 療 科 目	内科・消化器内科・腫瘍内科・糖尿病・内分泌内科・神経内科・循環器内科・小児科・外科・乳腺外科・消化器外科・肛門外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・心臓血管外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科・放射線科・病理診断科・歯科口腔外科
病 床 数	527床

③

名 称	社会福祉法人 函館厚生院 ななえ新病院
所在地／電話	七飯町本町7丁目657番地5 / 0138-65-2525
診療科目	内科・循環器内科・脳神経内科・整形外科・リハビリテーション科
病床数	199床

④

名 称	医療法人社団 吉田歯科口腔外科
所在地／電話	函館市湯川町1丁目30番8号 / 0138-59-3918
診療科目	歯科・口腔外科

5. 非常災害時対策

災害時対応	防災マニュアルに基づき対応致します。 災害時の業務継続に向けた計画等を策定し、研修、訓練（シミュレーション）の実施を行っております。
防火対象物の概要	当施設は耐火構造で消防法適合施設です。
消防用設備等	消火器・スプリンクラー設備・自動火災報知設備・消防機関へ通報する火災報知設備・非常警報設備・誘導灯・非常電源（自家発電設備）・非常電源（蓄電池設備）
防災訓練	避難訓練は最低年2回（日中想定1回・夜間想定1回）実施しております。
防火管理者	清水 孝行

○日頃から地域住民との密接な連携体制確保のため、災害、防災訓練時等にできるだけ地域住民の参加が得られるよう努めます。

6. 事故発生の防止

- (1) 施設は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生の防止のための指針を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。また、サービス提供等に事故が発生した場合、施設は、利用者に対し必要な措置を行います。
- (2) 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する定期的な研修を実施します。
- (3) 前2号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

7. 緊急時及び事故発生時の対応

- (1) 施設は、異常時の早期発見に努め、緊急時には、施設医師又は協力医療機関等と連携を図り、救急車を要請するなど直ちに受診できるように手配するとともに、状態によっては救急車で搬送されるまで救急蘇生を施行します。
- (2) 施設は、職員が速やかに対応できるよう、緊急時マニュアルを作成し、定期的に救急蘇

生法等の実習及び研修会等を実施するものとします。

- (3) 施設は、サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡し、必要な措置を講じるものとします。
- (4) 施設は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、その記録を5年間保存するものとします。
- (5) 施設は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

8. 業務継続計画の策定

- (1) 施設は、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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- (2) 施設は、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実施します。
- (3) 施設は、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。

9. 身体的拘束その他の行動制限

- (1) 利用者又は他の利用者の生命若しくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他の方法により利用者の行動制限を致しません。
- (2) やむを得ず身体的拘束その他の行動制限を行う場合は、利用者及び関係者等に対し事前に行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分な納得と確認が得られるように説明を致します。
- (3) やむを得ず身体的拘束その他の行動制限を行う場合には、介護サービス記録に次の事項を記載致します。
 - 1、利用者に対する行動制限を決定した者の氏名、制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間。
 - 2、前項に基づく施設の、利用者及び利用者の関係者等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要。
- (4) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (5) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (6) 職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

10. 秘密保持等

- (1) 職員は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密保持を厳守します。
- (2) 職員であった者が、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じるものとします。
- (3) 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り

取扱うものとし、当施設が業務上知り得た利用者及びその家族の個人情報については、当施設でのサービスの提供に係る以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて文書により利用者及びその家族又はその代理人の同意を得ることとします。

1 1. 衛生管理

- (1) 施設は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。
- (2) 施設は、感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 施設は、施設内で感染症等が発生している場合においては、施設長の指示により食物や飲み物の持ち込み、又は家族等の面会を制限する場合があります。また利用者はそれに応じるものとし、また。
- (4) 施設は、施設内で感染症等が発生している場合においては、感染拡大防止のため、退所予定日を変更する場合があります。また利用者はそれに応じるものとし、また。
- (5) 感染対策に関する指針を活用し研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）を実施しています。

1 2. 施設サービスの概要と利用料

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

《基本サービス内容と利用料金》

ア. 基本サービス内容

サービスの種別	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事時間 朝食 7：30～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～ ・ 食事場所 出来るだけ離床して各階の食堂で召し上がっていただきます。但し、体調不良等の理由がある場合は、その限りではありません。また、食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。
医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状態に応じて医療・看護を提供致します。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。但し、当施設では行えない処置や手術、その他症状が著しく変化した場合の医療については、他の医療機関等を受診していただくこととなります。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状態に応じて、理学療法士等のリハビリ職員による機能訓練を行い、身体機能の維持回復を図ります。
排せつ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の身体状況や排せつ方法に応じて適切な排せつ介助を行うと共に、排せつの自立についても支援致します。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴は週2回です。体調不良等で入浴できない場合は清拭を行います。入浴日、入浴時間は職員よりご連絡致します。
離 床	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきりを防止するため離床を促し、身体機能維持や意欲の向上に繋がります。

着替え	・利用者の状態に応じて、毎朝夕の着替えのお手伝いを致します。
整 容	・利用者の状態に応じて、毎日の口腔ケア・洗面・整髪等のお手伝いを致します。
寝具の交換	・シーツ、枕カバーの交換を週1回行います。
介護相談	・介護や施設生活に関することなど、相談に応じます。

イ. 利用料金 基本施設サービス費（1日当たり）

<基本型老健>

※別表に定める在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が20以上等の要件を満たす場合

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個 室	1割	717円	763円	828円	883円	932円
	2割	1,434円	1,526円	1,656円	1,766円	1,864円
	3割	2,151円	2,289円	2,484円	2,649円	2,796円
多 床 室	1割	793円	843円	908円	961円	1,012円
	2割	1,586円	1,686円	1,816円	1,922円	2,024円
	3割	2,379円	2,529円	2,724円	2,883円	3,036円

<在宅強化型老健>

※別表に定める在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が60以上等の要件を満たす場合

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個 室	1割	788円	863円	928円	985円	1,040円
	2割	1,576円	1,726円	1,856円	1,970円	2,080円
	3割	2,364円	2,589円	2,784円	2,955円	3,120円
多 床 室	1割	871円	947円	1,014円	1,072円	1,125円
	2割	1,742円	1,894円	2,028円	2,144円	2,250円
	3割	2,613円	2,841円	3,042円	3,216円	3,375円

ウ. 各種加算サービスの内容と利用料

下記のサービスは、介護報酬の加算対象サービスとなっています。ご利用の際には、下記加算額を追加料金としてご負担いただきます。

加算名	内 容	加算額		
		1割	2割	3割
初期加算	(Ⅰ) 入所当初には、施設での生活に慣れていただくために様々な支援を実施します。急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、当施設へ入所した際に算定されます。(※入所日から30日間は加算料金が発生致します。)	60円 /日	120円 /日	180円 /日
	(Ⅱ) 入所当初には、施設での生活に慣れていただくために様々な支援を実施します。(※入所日から30日間は加算料金が発生致します。)	30円 /日	60円 /日	90円 /日

加算名	内 容	加算額		
		1 割	2 割	3 割
夜勤職員配置加算	当施設は他に定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たし、夜勤帯のサービスを提供しております。	24円 /日	48円 /日	72円 /日
栄養マネジメント強化加算	当施設は他に定める栄養士の勤務条件に関する基準を満たし、低栄養状態のリスクが高い利用者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、利用者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施しております。利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たっています。	11円 /日	22円 /日	33円 /日
サービス提供体制強化加算Ⅰ	当施設は「介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること」又は「勤続10年以上の介護福祉士が25%以上であること」という他に定める基準を満たしてサービスを提供しております。	22円 /日	44円 /日	66円 /日
自立支援促進加算	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に行うとともに、少なくとも3ヶ月に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ます。その評価の結果、特に自立支援のために対応が必要であるとされた利用者毎に多職種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ます。また、その評価、結果等の情報を厚生労働省に提出し、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。	300円 /月	600円 /月	900円 /月
療養食加算	下記に示す療養食については、医師の発行する食事せんに基づき適切な栄養量と内容の食事を提供します。 ※療養食・・・糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食）、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（1日3回を限度）。 事前に食事をキャンセルした場合は算定されません。	6円 /食	12円 /食	18円 /食
安全対策体制加算	運営基準における事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられており、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で入所時に1回算定できます。	20円 /回	40円 /回	60円 /回
科学的介護推進体制加算	（Ⅰ）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で算定できます。	40円 /月	80円 /月	120円 /月
	（Ⅱ）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、疾病の状況、服薬情報を厚生労働省に提出していることで算定できます。	60円 /月	120円 /月	180円 /月
外泊時費用	当施設が利用者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数（基本施設サービス費）に代えて、1日につき右記の料金が発生致します。	362円 /日	724円 /日	1,086円 /日
	当施設が利用者に対して居宅における外泊を認め、当施設が居宅サービスを提供した場合は、1月に6日を限度として所定単位数（基本施設サービス費）に代えて、1日につき右記の料金が発生致します。	800円 /日	1,600円 /日	2,400円 /日
若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症利用者に対して個別に担当者を定め、その方の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に算定されます。	120円 /日	240円 /日	360円 /日

加算名	内 容	加算額		
		1 割	2 割	3 割
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・機能訓練、口腔、栄養の一体的取り組みを推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、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たうえで、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有します。その際、必要に応じて厚生労働省へ提出した情報を活用します。 また、共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画の必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有することで算定されます。	53円 /月	106円 /月	159円 /月
	(Ⅱ)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する。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で算定されます。	33円 /月	66円 /月	99円 /月
ターミナルケア加算	必要に応じて、医師が一般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された利用者について、本人又はその家族等の同意を得て、利用者のターミナルケアに係る計画を作成し、ターミナルケアを行った場合に算定されます。	死亡日 以前 31日以上 45日以下 72円 /日	死亡日 以前 31日以上 45日以下 144円 /日	死亡日 以前 31日以上 45日以下 216円 /日
		死亡日 以前 4日以上 30日以下 160円 /日	死亡日 以前 4日以上 30日以下 320円 /日	死亡日 以前 4日以上 30日以下 480円 /日
		死亡日 以前 2日又は 3日 910円 /日	死亡日 以前 2日又は 3日 1,820 円/日	死亡日 以前 2日又は 3日 2,730 円/日
		死亡日 1,900 円/日	死亡日 3,800 円/日	死亡日 5,700 円/日
経口維持加算	(Ⅰ)現に経口により食事を摂取しているが、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる利用者に対して、医師または歯科医師の指示に基づき、管理栄養士をはじめ各職種の者が共同して、利用者の栄養管理をするための食事の観察や会議等を行い、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し、当該計画に従い、栄養管理を行った場合に算定されます。	400円 /月	800円 /月	1,200 円/月
	(Ⅱ)(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のいずれか1名が加わった場合に算定されます。	100円 /月	200円 /月	300円 /月
経口移行加算	医師の指示に基づき、管理栄養士をはじめ各職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している利用者に対して経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成し、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、言語聴覚士や看護職員が支援を行った場合に算定されます。	28円 /日	56円 /日	84円 /日

加算名	内 容	加算額		
		1 割	2 割	3 割
短期集中 リハビリ テーション実 施加算	(I) (II)の基準を満たしたうえで、原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行い、必要に応じて実施計画を見直すとともに、その評価等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて提出した情報を活用していることで算定されます。	258円 /日	516円 /日	774円 /日
	(II) 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、作業療法士又は言語聴覚士が、入所日から3月以内の期間に、1週につき概ね3日以上の集中的なリハビリテーションを実施致します。	200円 /日	400円 /日	600円 /日
認知症短期集中 リハビリ テーション実 施加算	(I) (II)の要件に加え、利用者が退所後に生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、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致します。	240円 /日	480円 /日	720円 /日
	(II) 認知症の利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、入所日から3月以内の期間に、1週につき3日を標準とし、集中的なリハビリテーションを実施致します。	120円 /日	240円 /日	360円 /日
口腔衛生管理 加算	(I) 利用者の口腔の健康状態の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施しています。	90円 /月	180円 /月	270円 /月
	(II) (I)の要件に加え、口腔衛生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、口腔衛生等の実施に当たって、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ます。	110円 /月	220円 /月	330円 /月
かかりつけ医 連携薬剤調整 加算	(I)イ 高齢者の薬物療法に関する研修を受講している施設医師が入所後1ヶ月以内に、入所前の主治医に状況に応じて処方内容を変更する可能性があることを説明し合意を得ることとします。入所前に6種類以上の内服薬が処方されており、施設医師と主治医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、療養上必要な指導を行います。入所中に処方内容に変更があった場合は、関係職種間で情報共有を行い、変更後の利用者の状態等について、多職種で確認を行います。退所日又は退所後1ヶ月以内に主治医に情報提供を行い、その内容を記録することで算定されます。	140円 /回	280円 /回	420円 /回
	(I)ロ 高齢者の薬物療法に関する研修を受講している施設医師が、入所前に6種類以上の内服薬が処方されていた利用者について服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行う事。処方内容に変更があった場合は、変更の経緯及び変更後の状態について多職種で確認し、退所日又は退所後1ヶ月以内にかかりつけ医に情報提供を行うことで算定されます。	70円 /回	140円 /回	210円 /回
	(II) (I)イ又はロの加算を算定しており、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することで算定されます。	240円 /回	480円 /回	720円 /回
	(III) (II)の加算を算定しており、退所時において処方されている内服薬の種類が、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ことで算定されます。	100円 /回	200円 /回	300円 /回

加算名	内 容	加算額		
		1 割	2 割	3 割
所定疾患施設療養費	(I)当施設において、肺炎・尿路感染症・带状疱疹・蜂窩織炎・慢性心不全の増悪により治療を必要とする利用者に対し、治療管理として投薬、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ついては検査を実施した場合に限る。）に算定されます。（連続する7日を限度とし、月1回に限り）	239円 /日	478円 /日	717円 /日
	(II)当施設において、当施設医師が感染症対策に関する研修を受講したうえで、肺炎・尿路感染症・带状疱疹・蜂窩織炎・慢性心不全の増悪により治療を必要とする利用者に対し、治療管理として投薬、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ついては検査を実施した場合に限る。）に算定されます。（連続する10日を限度とし、月1回に限り）	480円 /日	960円 /日	1,440円 /日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	(I)基本型老健の介護保険施設サービス費を算定しており、別表に定める在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が40以上等の要件を満たし、届け出た場合に算定されます。	51円 /日	102円 /日	153円 /日
	(II)在宅強化型老健の介護保険施設サービス費を算定しており、別表に定める在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が70以上等の要件を満たし、届け出た場合に算定されます。	51円 /日	102円 /日	153円 /日
認知症専門ケア加算	(I)他に定める基準に適合しているものとして、届け出を行ったうえで、専門的な認知症ケアを行った場合に算定されます。	3円 /日	6円 /日	9円 /日
	(II)(I)の基準を満たしたうえで、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していることや当施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施または実施を予定している場合に算定されます。	4円 /日	8円 /日	12円 /日
認知症チームケア推進加算	(I)他に定める基準に適合しているものとして届け出を行ったうえで、認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施すること。認知症の行動・心理症状の予防等に資する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の定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を実施することで算定されます。	150円 /月	300円 /月	450円 /月
	(II)他に定める基準に適合しているものとして届け出を行ったうえで、認知症の行動・心理症状の予防に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいることで算定されます。	120円 /月	240円 /月	360円 /月

加算名	内 容	加算額		
		1 割	2 割	3 割
緊急時 治療管理	意識障害または昏睡等の救命救急医療が必要な利用者に対して、応急的な治療管理として投薬、注射等が行われた場合は料金が発生致します。(連続する3日を限度とし、月1回に限り)	518円 /日	1,036 円/日	1,554 円/日
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当であると判断した利用者に対し、入所後速やかに在宅復帰が可能となるようサービスを提供しております。(入所日から7日間に限り)	200円 /日	400円 /日	600円 /日
入所前後訪問 指導加算Ⅱ	必要に応じて、入所予定日の30日以内又は入所後7日以内に、入所予定者が当施設を退所後生活する居宅を訪問し、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にあたり、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策定した場合に算定されます。	480円 /回	960円 /回	1,440 円/回
試行的退所時 指導加算	必要に応じて、当施設を試行的に退所し、その方の居宅において生活する場合に利用者やご家族の方等に退所後の療養上の指導を行った場合に算定されます。	400円 /回	800円 /回	1,200 円/回
退所時 情報提供加算	(Ⅰ) 必要に応じて、当施設を退所し、その方の居宅において生活する場合に退所後の主治医に対して診療情報(心身の状況、生活歴の情報)を提供した上で、紹介を行った場合に算定されます。	500円 /回	1,000 円/回	1,500 円/回
	(Ⅱ) 当施設から医療機関へ退所することになった場合にその医療機関に対して診療情報(心身の状況、生活歴の情報)を提供した上で、紹介を行った場合に算定されます。	250円 /回	500円 /回	750円 /回
退所時栄養情 報連携加算	他に定める特別食を必要とする利用者又は低栄養状態にあると医師が判断した利用者に対して、管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該利用者の栄養管理に関する情報を提供することで算定されます。	70円 /月	140円 /月	210円 /月
入退所前連携 加算	(Ⅰ) 必要に応じて、入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、利用者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、退所後の居宅サービスの等の利用方針を定める。また、必要に応じて、入所予定日の30日以内又は入所後7日以内に、入所予定者が当施設を退所後生活する居宅を訪問し、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にあたり、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策定した場合に算定されます。	600円 /回	1,200 円/回	1,800 円/回
	(Ⅱ) 必要に応じて、入所予定日の30日以内又は入所後7日以内に、入所予定者が当施設を退所後生活する居宅を訪問し、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にあたり、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策定した場合に算定されます。	400円 /回	800円 /回	1,200 円/回
訪問看護指示 加算	利用者の退所時に、介護老人保健施設の医師が、当該利用者の選定する指定訪問看護に対して、当該利用者の同意を得て、訪問看護指示書を作成した場合に算定されます。	300円 /回	600円 /回	900円 /回
新興感染症等 施設療養費	他に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、適切な感染対策を行った上で介護サービスを行った場合に算定されます。(連続する5日を限度とし、月1回に限り)	240円 /日	480円 /日	720円 /日

加算名	内 容	加算額		
		1 割	2 割	3 割
褥瘡 マネジメント 加算	(Ⅰ) 施設入所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評価し、少なくとも3ヶ月に1回評価を行う。その評価や結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用します。評価の結果、褥瘡が認められ、又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者ごとに、多職種が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、その計画に従い褥瘡管理を実施し、管理の内容、状態について記録をし、3ヶ月に1回、利用者等毎に褥瘡ケア計画を見直すことで算定されます。	3 円 ／月	6 円 ／月	9 円 ／月
	(Ⅱ) (Ⅰ) の要件に加え、入所時等の評価の結果、褥瘡が認められた利用者について、当該褥瘡が治癒したこと、また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、褥瘡の発生がないことで算定されます。	1 3 円 ／月	2 6 円 ／月	3 9 円 ／月
高齢者施設等 感染対策向上 加算	(Ⅰ) 施設内で感染症が発生した場合に、医療機関と連携の上、施設内で感染者の療養を行うことや他の利用者等への感染拡大を防止することが求められることから、第二種協定指定医療機関と新興感染症の発生時の連携体制の構築。協力医療機関との間で、感染症発生時等の対応を取り決めるとともに、感染所の発生時に、協力医療機関と連携し適切な対応を行うこと。 感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加することで算定されます。	1 0 円 ／月	2 0 円 ／月	3 0 円 ／月
	(Ⅱ) 一定の要件を満たす医療機関から、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施指導を受けていることで算定されます。	5 円 ／月	1 0 円 ／月	1 5 円 ／月
排せつ支援 加算	(Ⅰ) 排せつに介護を要する利用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入所時等に評価するとともに、少なくとも3ヶ月に1回評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たっての当該情報等を活用する。その評価の結果、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、当施設の医師、看護師、介護支援専門員等が共同して排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づく支援計画の作成、支援を継続し、評価の結果に基づき少なくとも3ヶ月に1回、支援計画を見直すことで算定されます。	1 0 円 ／月	2 0 円 ／月	3 0 円 ／月
	(Ⅱ) 加算(Ⅰ)の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる利用者について、施設入所時と比較して、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。もしくは入所時に尿道カテーテルが留置されている利用者の尿道カテーテルが抜去されることで算定されます。	1 5 円 ／月	3 0 円 ／月	4 5 円 ／月
	(Ⅲ) 加算(Ⅰ)の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる利用者について、施設入所時と比較して、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、又は入所時に尿道カテーテルが留置されている利用者の尿道カテーテルが抜去されること。かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していることで算定されます。	2 0 円 ／月	4 0 円 ／月	6 0 円 ／月

加算名	内 容	加算額		
		1割	2割	3割
再入所時栄養 連携加算	当施設から医療機関へ入院し、退院後に当施設へ再入所することとなり、他に定める特別食等を必要とする場合、施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携をとり、栄養ケア計画を作成し、当該計画に従い、栄養管理を行った場合に算定されます。	200円 ／回	400円 ／回	600円 ／回
認知症ケア 加算	当施設は認知症に対応したサービスを受けることが適当であると医師が判断した利用者に対して、認知症専門棟においてサービスを提供しております。	76円 ／日	152円 ／日	228円 ／日
協力医療機関 連携加算	(Ⅰ)協力医療機関と実効性のある連携体制を構築するため、他に定める基準を満たす医療機関との間で、利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催していることで算定されます。	50円/ 月	100円 ／月	150円 ／月
	(Ⅱ)(Ⅰ)のうち協力医療機関が他に定める基準を満たさない場合に算定されます。	5円 ／月	10円 ／月	15円 ／月
生産性向上推 進体制加算	(Ⅰ)(Ⅱ)の要件を満たし、厚生労働省へ提出したデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。複数の見守り機器等のテクノロジーを導入し、職員間の適切な役割分担の取組等を行うことで算定されます。	100円 ／月	200円 ／月	300円 ／月
	(Ⅱ)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た上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、1年以内ごとに1回、厚生労働省に対して業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことで算定されます。	10円 ／月	20円 ／月	30円 ／月
介護職員等 処遇改善加算 Iロ	当施設は、他に定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、届け出を行っただうえ、利用者に対し、介護保健施設サービスを行っております。 ※介護職員等処遇改善加算の介護報酬総単位数とは、施設サービス費と該当となる各種加算を合算した数となります。	介護報酬 総単位数 × 0.097 (小数 第1位を 四捨五 入) ×10円 ×0.1 ／日	介護報酬 総単位数 × 0.097 (小数 第1位を 四捨五 入) ×10円 ×0.2 ／日	介護報酬 総単位数 × 0.097 (小数 第1位を 四捨五 入) ×10円 ×0.3 ／日

※基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に関する別表

1. 在宅復帰・在宅療養支援等指標(下記評価項目について、項目に応じた値を足し合わせた値)

① 在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0
② ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0
③ 入所前後訪問指導割合	35%以上 10	15%以上 5	15%未満 0
④ 退所前後訪問指導割合	35%以上 10	15%以上 5	15%未満 0
⑤ 居宅サービスの実施数	3 サービス 5	2 サービス 3 (訪問リハビリテーションを実施)	2 サービス 1 0、1 サービス 0
⑥ リハ専門職の配置割合	5 以上かつリハ職が3職種配置 5	5 以上 3	3 以上 2 3 未満 0
⑦ 支援相談員の配置割合	3 以上かつ社会福祉士の配置 5	3 以上 3	2 以上 1 2 未満 0
⑧ 要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0
⑨ 喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0
⑩ 経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0

2. 退所時指導等(基本型及び在宅強化型老健、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ、Ⅱ)算定に必須)

a:退所時指導	利用者の退所時に、当該利用者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。
b:退所後の状況確認	利用者の退所後30日(要介護4・5については2週間)以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月(要介護4・5については2週間)以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

3. リハビリテーションマネジメント

(基本型及び在宅強化型老健、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ、Ⅱ)算定に必須)

a: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、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
b:当該施設の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。

4. 地域貢献活動(在宅強化型老健、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ、Ⅱ)算定に必須)

地域に貢献する活動を行っていること。

5. 充実したリハ(在宅強化型老健、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)算定に必須)

少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※介護保険給付の1割から3割は利用者の方にご負担いただいておりますが、利用者負担の合計額が一定の上限額を超えた場合には超えた分が申請により払い戻される仕組み(=高額介護サービス費の支給)があります。詳しくは支援相談員にご相談ください。

(2) 食費(1日当たり)・・・介護保険給付対象外

第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
300	390	650	1,360	1,445

(3) 居住費(1日当たり)・・・介護保険給付対象外(外泊期間中においてもご負担いただきます。)

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
個室	550円	550円	1,370円	1,370円	1,728円
多床室	0円	430円	430円	430円	437円

※食費、居住費につきましては市町村より発行される負担限度額認定証でご確認ください。まだ申請されていない方は代行申請を行いますので支援相談員にご相談ください。

(4) 介護保険給付外サービス (一部を除き、消費税がかかります。)

サービスの種別	内 容	自己負担額
日用品費	施設で用意する日用品 (ウエットティッシュ、入浴用タオル・バスタオル、ボディソープ、シャンプー等) をご使用される場合の費用となります。	175円/日
特別な室料	一般棟(3階、4階)の個室をご利用される場合の費用となります。	1,375円/日
教養娯楽費	利用者の希望により行う、レクリエーションやクラブ活動等でご使用される材料の費用となります。	実 費
冷蔵庫使用料	施設に設置している冷蔵庫をご使用される場合の費用となります。	110円/日
テレビ使用料	居室にてテレビをご使用される場合の費用 (電気代) となります。	44円/日
電話使用料	一般棟(3階、4階)の個室に設置している電話をご使用される場合の費用 (通話料) となります。	実 費
家族介護教室使用料	利用者のご家族等が宿泊等で家族介護教室をご使用される場合の費用となります。	3,300円/泊
コイン式洗濯機・乾燥機使用料	施設に設置しているコイン式の洗濯機・乾燥機をご使用される場合の費用となります。	(洗濯機) 150円/回
		(乾燥機) 100円/回
理容・美容代	施設において理美容サービスをご利用される場合の費用となります。	(理容) 実 費
		(美容) 実 費
クリーニング代	私物の洗濯をクリーニング業者に依頼される場合にお支払いいただく費用となります。	実 費
趣味・嗜好品代	食品等の趣味・嗜好品を購入する場合の費用となります。	実 費
文書料	利用者等からの依頼により施設において健康診断書等の文書を作成する場合にお支払いいただく費用となります。	1,650 ～ 3,300円
インフルエンザ予防接種料	利用者等の希望によりインフルエンザ予防接種を受けられる場合の費用となります。	実 費
肺炎球菌ワクチン接種料	利用者等の希望により肺炎球菌ワクチン接種を受けられる場合の費用となります。(肺炎球菌による肺炎予防)	実 費

*その他、日用品に必要な物品 (ただし、オムツを除きます。) につきましては、利用者のご負担となりますのでご了承ください。

*私物の洗濯物は原則としてご家族にて洗濯していただきます。なお、外部のクリーニングサービスをご希望の方は当施設職員までお申し出ください。

*介護老人保健施設で対応ができない医療については、通院や往診により対応します。その場合、医療保険が適用されるものに関しては自己負担が生じます。また、入所中の薬については施設医師が処方致します。ただし、効果は同じでも入所前の薬と名前の違う薬 (ジェネリック薬品) を処方する場合があります。

(5) 利用料金のお支払い方法 (契約書第6条)

利用料につきましては、毎月1日～末日分を当月分として翌月10日以降に請求書を発行いたします。お支払方法は、自動払込・窓口支払・郵送・銀行振込と致しますが、郵送料・振込手数料に

関してはご利用者様の負担とさせていただきます。

※ 自動払込の際は別の手続きが必要となりますので、支援相談員にご確認下さい。

※ 銀行振込の際は下記の口座へお振込み下さいますようお願い致します。

振込先	北洋銀行	五稜郭公園支店	普通預金	4204785
口座名義	函館厚生院ケンゆのかわ	施設長	浅島 弘志	

※ なお、低所得者等で経済的理由により利用料金のお支払いが困難な方については減免制度がございますので、支援相談員にご相談下さい。

13. 苦情等の受付について（契約書第19条）

(1) 苦情等の受付

ケンゆのかわでは、介護保健施設サービスの提供に係る利用者及び家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講ずるものとする。

ケンゆのかわでは、提供した介護保健施設サービスに関し、市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市町村からの質問及び照会に応じ、利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って改善を行います。

ご意見箱（1階事務所前）での受付も致しておりますのでご利用ください。また、申し出者の求めに応じて、第三者を交えたWRM委員会（苦情・相談対応委員会）を開催し、解決に向けて対応いたします。

- 相談受付窓口 施設長および支援相談員
- 電話番号 0138-59-1211
- FAX番号 0138-59-3990
- 受付時間 午前9時～午後5時30分（土・日、12月30日～1月3日を除く）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

北海道国民健康 保険団体連合会 総務部 介護・障害者支援課	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館6階 電話番号 011-231-5175 FAX番号 011-233-2178 受付時間 午前9時～午後5時（土日・祝日を除く）
函館市保健福祉部 高齢福祉課高齢・介護 総合相談窓口	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 0138-21-3025 FAX番号 0138-26-5936 受付時間 午前8時45分～午後5時30分（土日・祝日を除く）
北海道社会福祉協議会 北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 電話番号 011-204-6310 FAX番号 011-204-6311 受付時間 午前9時～午後5時（土日・祝日を除く）

(3) 高齢者の虐待に係る連絡先

函館市保健福祉部 指導監査課 高齢者担当	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 ①0138-21-3926 ②0138-21-3927 ③0138-21-3923 受付時間 午前8時45分～午後5時30分（土日・祝日を除く）
----------------------------	---

1 4. 高齢者虐待防止について

虐待に関する責任者	施設長 浅島 弘志
-----------	-----------

(1) 施設の取組について

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催し、施設長が虐待防止責任者となり、虐待防止の周知徹底をおこなっています。
- ・虐待防止に関する指針を活用し身体拘束等の適正化に関する基本的な考え方を学習しています。
- ・年2回または定期的に勉強会を開催しています。
- ・啓発ポスターなどを作成し防止の意識付けをしています。

1 5. 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	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

16. 当施設利用の際の留意事項

来訪・面会	面会時間は午前9時から午後8時までとなっております。 来訪者は面会時間を遵守し、各階カウンターに備え付けの面会票に記入するようにしてください。
外出・外泊	3日前までに届出用紙を提出することで、いつでも外出・外泊をすることができます。なお、医師が身体状況等により外出を認めない場合もあります。また、在宅復帰を目的とした試験的外泊も可能となっております。
食事のキャンセルについて	各食事のキャンセルについては、締め切り時間（朝食は前日の17時、昼食は当日10時、夕食は当日16時、おやつは当日13時30分）までに申告願います。
設備・器具の利用等	施設内の設備や器具は本来の使用方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等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	施設内及び施設敷地内での喫煙と飲酒は禁止となっております。
迷惑行為等	騒音等他の利用者に迷惑になるような行為はお控えください。また、他の居室等に故意に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	発火や危険性のある物品の持ち込みは厳禁です。また、所持品は自己管理していただいておりますので、必ず名前を記入してください。
現金・貴重品等の管理	現金・貴重品の管理については施設では一切行いません。電話代等に必要の小銭についても、自己の責任で管理してください。ご希望により鍵付チェストを使用する場合には、所定の手続きの上、鍵をお貸し致します。万が一、鍵を紛失された場合は交換にかかる費用の全額をお支払頂きます。その他の紛失や盗難についても責任を負いかねますのでご了承ください。
電化製品の持ち込み	原則としてテレビ、ラジオ、電気カミソリ以外の持ち込みはお断りします。持ち込まれた製品については、自己の責任で管理してください。施設では破損や故障等の責任を負いかねますのでご了承ください。
携帯電話の持ち込み	携帯電話の持ち込みは可能となっておりますが、多床室での通話をご遠慮ください。多床室をご利用の方は、電話コーナーや他者に迷惑のかからないよう所定の場所でご使用ください。
宗教活動・政治活動等	施設内での職員及び他の利用者に対する執拗な宗教活動、政治活動及び営利活動等はお控えください。
ペット及び植物の持ち込みについて	施設内へのペット及び植物の持ち込みはお断りします。
食品の持ち込みについて	腐敗しやすいもの（生ものなど）・窒息、誤嚥の恐れのあるもの（もち類や大福、こんにゃくゼリーなど）・手作りのもの、賞味期限を確認できないものにつきましては持ち込みをしないでください。持ち込み可能な食品であっても当施設の指定する保管方法を遵守してください。また、疾病により制限がある方は必ず医師の指示を厳守してください。利用者間の食べ物のやり取りについても上記の理由によりお控えください。あわせて衛生管理のため食品の持ち込みの際には職員に必ず声をかけるようにしてください。 ※持ち込まれた食品につきまして、記載されている賞味期限を過ぎた場合や傷んでいる場合などは施設職員の判断で処分させていただく場合もございますので、ご了承ください。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

施設入所サービス契約の締結に当たり、本書面に基づいて重要事項の説明をしました。
内容にご不明な点がありましたら、下記説明者にお問い合わせください。

施設 所在地 函館市湯川町3丁目29番15号
施設名 介護老人保健施設 ケンゆのかわ

説明者 _____

職 種 支援相談員

施設入所サービス契約の締結に当たり、本書面に基づいて重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

(代筆者 氏名)

(代筆者 続柄)

代筆理由 (視覚障害・手の震えや拘縮、麻痺・認知機能の低下)
(その他理由)

利用者の 住 所 _____
ご家族等

氏 名 _____

続 柄 _____