

## 介護療養型老人保健施設の重要事項

(令和 7 年 4 月 1 日現在)

### 1. 運営規程の概要

#### (1) 施設の名称等

|                  |                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------|
| 施 設 名            | 医療法人社団青寿会 介護療養型老人保健施設 青海荘式番館                                   |
| 開設年月日            | 平成 3 0 年 3 月 1 日                                               |
| 所 在 地            | 〒 7 5 1 - 0 8 3 3<br>下関市武久町 2 丁目 5 3 番 8 号                     |
| 電話番号<br>F A X 番号 | TEL : 0 8 3 - 2 5 2 - 2 1 2 4<br>FAX : 0 8 3 - 2 5 2 - 5 2 4 0 |
| 管理者              | 顥原 健                                                           |
| 介護保険指定番号         | 介護老人保健施設 ( 3 5 5 0 1 8 0 1 3 1 号 )                             |

#### (2) 目的と運営方針

入所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、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下における機能訓練、看護、介護その他日常的に必要な医療並びにケアを提供し、居宅における生活への復帰をめざします。

入所者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として身体拘束を行いません。

当施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携を図り、入所者が地域において統合的なサービス提供を受けることができるよう努めます。

明るく家庭的な雰囲気を重視し、入所者が「にこやか」で「個性豊か」に過ごすことができるようサービス提供に努めます。

サービスの提供に当たっては、親切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに入所者の同意を得て実施するよう努めます。

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに連絡をいたします。また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います。

施設に対する要望や苦情については、支援相談員へお寄せ下さい。速やかに対応いたします。また、備え付けのご意見箱もご利用下さい。

#### (3) 入所定員                      定員：6 0 名

(4) 従業員の職種、員数

| 職種      | 勤務形態及び員数            | 兼務状況                 |
|---------|---------------------|----------------------|
| 管理者     | 常勤兼務 1名             | 青寿会理事長               |
| 医師      | 常勤専従 1名             |                      |
| 薬剤師     | 非常勤専従 1名            |                      |
| 看護職員    | 常勤専従 13名<br>常勤兼務 1名 | 介護支援専門員（1名）          |
| 介護職員    | 常勤専従 13名<br>常勤兼務 2名 | 介護支援専門員（2名）          |
| 介護支援専門員 | 常勤兼務 3名             | 看護職員（1名）<br>介護職員（2名） |
| 理学療法士   | 常勤専従 1名             |                      |
| 作業療法士   | 常勤専従 1名             |                      |
| 支援相談員   | 常勤専従 1名             |                      |
| 管理栄養士   | 常勤兼務 1名             |                      |

(5) 従業員の職務内容

|                |                                                                                               |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管 理 者          | 介護療養型老人保健施設に携わる従業員の総括管理、指導を行います。                                                              |
| 医 師            | 入所者の病状及び心身の状況に応じて日常的な医学的管理を行います。                                                              |
| 薬 剤 師          | 医師の指示に基づき調剤を行い、施設で管理する薬剤を管理するほか、入所者に対し、服薬指導を行います。                                             |
| 看護職員           | 医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、入所者の施設サービス計画に基づく看護を行います。                                       |
| 介護職員           | 入所者の施設サービス計画に基づく介護を行います。                                                                      |
| 介護支援専門員        | 入所者の施設サービス計画を作成します。                                                                           |
| 理学療法士<br>作業療法士 | 医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し、指導を行います。                                   |
| 支援相談員          | 入所者及びその家族からの相談に適切に応じるとともに、レクリエーション等の計画、指導を行い、市町村との連携を図るほか、ボランティアの指導を行います。また、要介護認定に関する支援を行います。 |
| 管理栄養士          | 入所者の栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理を行います。                                                           |

(6) サービスの内容

|                                |
|--------------------------------|
| ① 施設サービス計画の立案、実施               |
| ② 食事                           |
| ③ 入浴（介助を要する入所者には特殊浴槽にて対応いたします） |
| ④ 医学的管理・看護                     |
| ⑤ 介護                           |
| ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション等）    |
| ⑦ 相談援助サービス                     |
| ⑨ 栄養状態の管理                      |
| ⑩ 要介護認定申請手続代行                  |
| ⑪ その他                          |

(7) 部屋別一覧

|                      |           |     |
|----------------------|-----------|-----|
| 療養室（3人部屋）            | 本館2階・本館3階 | 20室 |
| 食堂・談話室               | 本館2階・本館3階 |     |
| スタッフステーション           | 本館2階・本館3階 |     |
| 機能訓練室<br>レクリエーションルーム | 本館2階      |     |
| 便所・洗面所               | 本館2階・本館3階 |     |
| 汚物処理室                | 本館2階・本館3階 |     |
| 診察室（共用）              | 本館1階      |     |
| 浴室（共用）               | 本館3階      |     |
| 洗濯室（共用）              | 本館1階      |     |
| 調理室（共用）              | 本館1階      |     |
| 相談室（共用）              | 管理棟2階     |     |
| 薬剤室（共用）              | 新館1階      |     |
| DI室（共用）              | 新館1階      |     |

(8) 利用料金

① 介護保険給付によるサービス（一定以上所得者の場合は掲載額より2倍または3倍の額）

《介護保健施設サービス費》

| 区分   | 自己負担額  |
|------|--------|
| 要介護1 | 839円   |
| 要介護2 | 924円   |
| 要介護3 | 1,044円 |
| 要介護4 | 1,121円 |
| 要介護5 | 1,197円 |

※表示はあくまでも1日当たりの金額であり、利用日数によって負担額は異なりますのでご注意ください。

《加算料金》（一定以上所得者の場合は掲載額より2倍または3倍の額）

| 項目        | 料金                        | 備考                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 初期加算      | (I) 60円/日<br>(II) 30円/日   | (I) 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、入所した場合に算定。<br>(II) 入所後30日間に限って算定。                                                                                                                                                               |
| 協力医療機関連携  | (I) 50円/月<br>(II) 5円/月    | 協力機関との間で、病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催した場合に算定。                                                                                                                                                                                               |
| 初期入所診療管理  | 250円/日                    | 医師・看護師等の共同により診療計画が策定されており、診療計画に入所に関し必要な事項（病名、病状、検査内容、検査日程、リハビリテーションの内容、その他必要な事項）が記載され、診療計画が入所した日から起算して2週間以内に、入居者に対し文書により交付され、説明がされていること。                                                                                            |
| 緊急時治療管理   | 518円/日                    | 利用者の症状が重篤となり救命救急医療が必要な場合において、緊急的な治療管理として投薬、検査、注射、処置を行った場合に算定。                                                                                                                                                                       |
| 所定疾患施設療養費 | (I) 239円/日<br>(II) 480円/日 | 肺炎等により治療を必要とする状態となった利用者に対し投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に算定。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ること。<br>(I) 診断、診断を行った日、投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載した場合に算定。<br>(II) 医師が感染症対策に関する研修を受講しており、尚且つ、診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載した場合に算定。 |

|                |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 科学的介護推進体制加算    | (Ⅰ) 40円/月<br>(Ⅱ) 60円/月              | (Ⅰ) 生活状況(ADL、栄養状態、口腔機能、認知症、心身の状況等)の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて施設サービス計画書の見直しを行った場合に算定。<br>(Ⅱ) (Ⅰ)の要件に加え、病状等の情報を厚生労働省に提出し施設サービス計画書に反映した場合に算定。                                                                                                                       |
| 排せつ支援加算        | (Ⅰ) 10円/月<br>(Ⅱ) 15円/月<br>(Ⅲ) 20円/月 | (Ⅰ) 排せつに介護を要する入所者ごとに、入所時等に評価を行い、医師、看護師、介護支援専門員が共同して介護軽減に対して、原因を分析し支援計画を作成して実施。その後、3月に1回評価し結果を厚生労働省に提出した場合算定。<br>(Ⅱ) (Ⅰ)の要件に加え、排尿・排便の状態が改善され、悪化がない場合又は尿道カテーテルが抜去された場合算定。<br>(Ⅲ) (Ⅰ)の要件に加え、排尿・排便の状態が改善され、悪化がない場合又は尿道カテーテルが抜去され、かつ、「オムツ使用あり」から「なし」に改善していること。 |
| 褥瘡対策指導管理       | 6円/日                                | 常時褥瘡対策を行い、褥瘡対策について十分な体制が整備されていること。                                                                                                                                                                                                                        |
| 褥瘡マネジメント加算     | (Ⅰ) 3円/月<br>(Ⅱ) 13円/月               | (Ⅰ) 入所時に褥瘡のリスクの評価を行い、褥瘡予防に対し医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して計画書を作成し褥瘡管理を実施した場合に算定。その後、3か月に1回評価し結果を厚生労働省に提出すること。<br>(Ⅱ) (Ⅰ)の要件に加え、褥瘡が認められた入所者等に対して褥瘡が治癒した場合又は、褥瘡の発生がない場合に算定。                                                                                |
| 感染対策指導管理       | 6円/日                                | 常時感染予防対策を行い、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止し、十分な設備を有していること。また、感染を防止する十分な体制が整備されていること。                                                                                                                                                                               |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | (Ⅰ) 10円/月<br>(Ⅱ) 5円/月               | (Ⅰ) 医療機関との連携強化を行い、新興感染症等の発生時等の対応を行う体制を確保した場合に算定。<br>(Ⅱ) 3年に1回以上、感染症が発生した場合の感染制御に係る実地指導を受けた場合に算定。                                                                                                                                                          |
| 新興感染症等施設療養費    | 240円/日                              | 厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に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5日間を限度として算定。                                                                                                                                                                                              |

|                   |                        |                                                                                                                                                                   |
|-------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| リハビリテーション<br>指導管理 | 10円/日                  | 常勤専従の理学療法士、作業療法士が1人以上配置されて、総合的に個々の患者像に応じて理学療法等に係る指導管理を行っており、理学療法士、作業療法士が個別に20分以上の理学療法を行うこと。                                                                       |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | (Ⅰ)258円/日<br>(Ⅱ)200円/日 | (Ⅰ)医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士が入所日から3月以内に集中的にリハビリテーションを行い、入所時及び1月に1回以上評価し、その結果を厚生労働省に提出し計画の見直しを適宜実施した場合に算定。<br>(Ⅱ)入所の日から起算し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に算定。       |
| 薬剤管理指導            | 350円/回                 | 当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に週1回に限り算定できる。                                                                                       |
| 療養食加算             | 6円/回                   | 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糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合に算定。                                                                     |
| 経口維持加算            | (Ⅰ)400円/月<br>(Ⅱ)100円/月 | (Ⅰ)経口摂取の方が摂食障害を有し、誤嚥を認める方に対し、医師の指示のもと多職種で共同し、栄養管理をするための会議等を行い、経口維持計画を医師の指示を受けた管理栄養士が栄養管理を行った場合に算定。<br>(Ⅱ)経口による継続的な食事摂取を支援するための会議に医師、歯科医師、歯科衛生士または言語聴覚士が加わった場合に算定。 |
| 経口移行加算            | 28円/日                  | 医師の指導に基づき、現在、経管での食事を摂っている入所者ごとに、経口での食事に移行する計画を医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が共同して作成します。医師の指示を受けた管理栄養士または栄養士が、その計画に沿って実施された場合に加算。                                      |
| 退所時栄養情報連携加算       | 70円/回                  | 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場合、退院先の医療機関等に対して栄養管理の情報を提供した場合に算定。                                                                                                 |
| 再入所時栄養連携加算        | 200円/回                 | 医療機関より再入所する際、以前とは大きく異なる管理栄養が必要になった場合であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に一回限り算定。                                                    |

|                 |                          |                                                                                                                                                                          |
|-----------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口腔衛生管理加算        | (Ⅰ) 90円/月<br>(Ⅱ) 110円/月  | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の入所者に対して口腔衛生の管理を月2回以上行い、入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的に技術的助言及び指導をした場合に算定。                                                                                    |
| 入退所前連携加算        | (Ⅰ) 600円/回<br>(Ⅱ) 400円/回 | (Ⅰ) イ：入所予定日前30日以内または入所後30日以内に居宅介護支援事業所と連携し、退所後の居宅サービスの利用方針を定める。<br>ロ：利用者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合。<br>(Ⅱ) (Ⅰ)のロの要件を満たす場合に算定。                 |
| 外泊時費用           | 362円/日                   | 外泊された場合に基本料金に替えて算定され但し、初日と最終日は含まず、1月に6回を限度とする。                                                                                                                           |
| 在宅サービスを利用した時の費用 | 800円/日                   | 外泊の際、当該施設より提供される在宅サービスを利用した場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき一定の単位数を算定。                                                                                                        |
| 試行的退所時指導加算      | 400円/回                   | 退所が見込まれる入所者をその居宅において試行的に退所させる場合、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った場合に算定。                                                                                                       |
| 退所時情報提供加算       | (Ⅰ) 500円/回<br>(Ⅱ) 250円/回 | (Ⅰ) 居宅に退所時の主治の医師に対し、指定様式に必要事項を記入し情報提供した場合に算定。<br>(Ⅱ) 医療機関に退所時の主治の医師に対し、指定様式に必要事項を記入し情報提供した場合に算定。                                                                         |
| 医学情報提供          | 250円/日                   | 介護老人保健施設において退所時に診療に基づき、病院等で診療の必要を認め病院等に対し患者の診療状況を示す文書を添えて入所者の紹介を行うこと。                                                                                                    |
| 訪問看護指示加算        | 300円/回                   | 退所時に医師が診察に基づき、指定訪問看護に対して利用者の同意を得て訪問看護指示書を交付した場合に算定。                                                                                                                      |
| ターミナルケア加算       | 右記参照                     | ターミナルケアが行われた場合に算定。<br>死亡日前 31日～45日以内 80円<br>死亡日前 4～30日以内 160円<br>前日、前々日 850円<br>死亡日 1,700円<br>※退所した月と亡くなった月が異なる場合、亡くなった月にまとめて請求を行うことから、退所して翌月亡くなった場合、入所していない月に請求することがある。 |

|                 |       |                                                                                           |
|-----------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 安全対策体制加算        | 20円/日 | 事故発生防止対策を行い、安全対策について十分な体制が整備されていること。                                                      |
| 夜勤職員配置加算        | 24円/日 | 利用者の数が20又はその端数を増すごとに1名以上の夜勤を行う職員を配置している場合に算定。                                             |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22円/日 | 介護職員総数のうち、介護福祉士の割合が60%以上の場合に算定。                                                           |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ     | 右記参照  | 介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、所定の要件に適合するものとして届け出を行った場合、所定単位数（基本サービス費＋加算・減算）の54/1000に相当する単位数を算定。 |

②介護保険給付外によるサービス

《食費》

（1食）

|     | 朝 食  | 昼 食  | 夕 食  |
|-----|------|------|------|
| 金 額 | 385円 | 530円 | 530円 |

《居住費》

（1日）

|     | 居 住 費 |
|-----|-------|
| 金 額 | 437円  |

《入所者負担額》

（1日）

| 負担限度額      | 食 費    | 居 住 費 |
|------------|--------|-------|
| 基準費用額      | 1,445円 | 437円  |
| 入所者負担3－2段階 | 1,360円 | 430円  |
| 入所者負担3－1段階 | 650円   | 430円  |
| 入所者負担2段階   | 390円   | 430円  |
| 入所者負担1段階   | 300円   | 0円    |

※入所者負担額については、「介護保険負担限度額認定証」にて確認します。



③その他の費用

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| ※1 外泊時オムツ代        | 54円～／枚          |
| 文書発行料             | 1,000円～5,000円／枚 |
| 病衣                | 67円／日           |
| ※2 電気代（電気製品使用の場合） | 49円／日           |
| 私物の洗濯代（外部委託）      | 3,500円程度／月      |
| 理美容代（外部委託）        | 1,540円程度／回      |
| エンゼルケア～浴衣なし       | 5,500円／日        |
| エンゼルケア～浴衣あり       | 11,000円／日       |

※上記金額にそれぞれ消費税が課税されます。

※1 外泊時のオムツ代につきましては税込み価格となっております。

※2 充電器式製品（髭剃り・携帯電話等）は除く。

（9）料金の支払時期と支払方法

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 請求時期 | 毎月、10日前後に前月利用料の請求書を郵送いたします。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 支払方法 | <p>金融機関の口座引落しによるお支払いとなります。請求金額を確認の上、前日までにご指定の口座へご準備ください。</p> <p>（口座引落とし日）毎月26日（金融機関休業日の場合は翌営業日）</p> <p>領収書につきましては、口座引落とし確認後に郵送させていただきます。</p> <p>なお、諸事業により口座引落としをご利用いただけない方は、下記の銀行振込によるお支払いを受け付けております。</p> <p>＜振込先＞ 山口銀行 山の田支店 普通4075439</p> <p>＜口座名＞ 武久病院 （タケヒサビョウイン）</p> <p>※退所時の精算につきましては、精算ができ次第ご連絡いたします。</p> <p>お手数ですが本館1階外来窓口にてお支払いください。</p> |

（10）利用料金の滞納について

当施設は、利用料金の滞納が2ヶ月以上に達した場合、入所利用を解除・終了することができます。

### (1 1) 高額介護サービス費の制度

介護サービス費には、限度額が設定されております。下記の金額を超えた場合は市町村役場にて「介護保険高額介護サービス費支給申請」の手続きにより、差額分が払い戻されます（償還払い）。

| 区 分                                      | 負担の上限                                |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| 年収約 1, 1 6 0 万円以上の方                      | 1 4 0, 1 0 0 円（世帯）                   |
| 年収約 7 7 0 万円以上約 1 1 6 0 万円未満の方           | 9 3, 0 0 0 円（世帯）                     |
| 年収約 7 7 0 万円未満の課税世帯の方                    | 4 4, 4 0 0 円（世帯）                     |
| 世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方                   | 2 4, 6 0 0 円（世帯）                     |
| 前年の合計所得金額と公的年金等収入額の<br>合計が年間 8 0 万円以下の方等 | 2 4, 6 0 0 円（世帯）<br>1 5, 0 0 0 円（個人） |
| 生活保護等を受給している方等                           | 1 5, 0 0 0 円（個人）                     |

### (1 2) 被保険者証の確認

介護保健施設サービスを提供するにあたり、被保険者資格、要介護認定または要支援認定（以下「要介護認定等」）の有無、要介護認定等の有効期間を確認させていただきます。

### (1 3) 要介護認定申請等の援助

要介護認定の有効期間満了日の約 2 ヶ月前からの要介護認定の更新手続きが可能です。更新の手続き等については、支援相談員にご遠慮なくご相談ください。

### (1 4) 施設利用に当たっての留意事項

|            |                                                                   |
|------------|-------------------------------------------------------------------|
| 食事         | 朝 8 : 1 0、昼 1 2 : 0 0、夕 1 8 : 0 0 からとし、特別な事情がない限り、食堂を利用させていただきます。 |
| 入浴         | 1 週間に 2 回を原則とします。但し、状態によっては清拭等に変更する場合があります。                       |
| シーツ交換      | 1 週間 1 回としておりますが、汚れの激しい場合はその都度交換します。                              |
| オムツ交換      | 適宜行います。                                                           |
| 洗濯         | 基本的にはご家族に持ち帰っていただくようお願いしておりますが、困難な場合には外部サービスを利用することも可能です。         |
| 面会         | 9 時から 2 0 時までとさせていただきます。                                          |
| 消灯時間       | 2 1 時とさせていただきます。                                                  |
| 外出・外泊      | 事前に施設従業者にご連絡ください。                                                 |
| 飲酒、喫煙      | ご遠慮いただいております。                                                     |
| 火気の取扱      | お断りしております。なお、給茶等のご要望については、介護職員にお申し付けください。                         |
| 設備、備品の利用   | 施設従業者に使用方法を聞き、取扱いには十分ご注意ください。                                     |
| 所持品・備品等の持込 | 当施設では入所者の所持品をお預かりする倉庫がございませんので持ち込まれる物は最小限の物としてください。               |

|              |                                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 飲食物の持ち込み     | 医師、管理栄養士が入所者様の病状に応じて食事をご提供しておりますので原則ご遠慮いただいております。                     |
| 金銭、貴重品の管理    | 持ち込まないようお願いします。                                                       |
| 外泊時等の施設外での受診 | 当施設で医学的管理をさせていただいておりますのでご遠慮いただいておりますが、緊急時には施設従業者に連絡ください。              |
| 宗教活動         | 個人の信仰については自由ですが、他の入所者のご迷惑となるような行為、ご注意をしてもお聞き入れが無い場合には退所をお願いする場合があります。 |
| ペットの持込       | ご遠慮いただいております。                                                         |
| 営利行為・特定の政治活動 | ご遠慮いただいております。                                                         |

#### (15) 非常災害対策

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

## 2. 従業員の勤務体制

|         |                                                                                                 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 診 療 部 門 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日勤 : 8時30分～17時30分<br/>上記中：休憩1時間 実働8時間</li> </ul>        |
| 看護・介護部門 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日勤 : 8時30分～17時00分<br/>上記中：休憩1時間 実働7時間30分</li> </ul>     |
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・早出 : 7時30分～16時00分<br/>上記中：休憩1時間 実働7時間30分</li> </ul>     |
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・遅出1 : 10時00分～18時30分<br/>上記中：休憩1時間 実働7時間30分</li> </ul>   |
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・遅出2 : 10時30分～19時00分<br/>上記中：休憩1時間 実働7時間30分</li> </ul>   |
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・夜勤 : 16時30分～8時30分<br/>上記中：休憩2時間00分 実働14時間00分</li> </ul> |
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者当直：8時30分～翌8時30分</li> </ul>                           |
| 上 記 以 外 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日勤 : 8時30分～17時00分<br/>上記中：休憩1時間 実働7時間30分</li> </ul>     |

## 3. 事故発生時の対応

介護保健施設サービスの提供中に事故が起こった場合、速やかに身元引受人兼連帯保証人 等へ連絡するとともに、必要な場合には医療機関への搬送・診療の要請等を行います。

また、上長への報告の後、過誤によって死亡または障害が発生または、その可能性がある場合は、下関市福祉部介護保険課事業者係、下関警察署へ届出を行う場合があります。

なお、当施設は万一の事故に備え、「介護老人保健施設総合補償制度」に加入しています。

#### 4. ご相談または苦情について

ご不明な点や苦情については、下記までご遠慮なくお申し付けください。また、所定の場所に設置する「皆様の声」に投函して申し出ることができます。なお、施設の運営面での改善等を要す事項については少々お時間を頂戴することがありますので予めご了承ください。

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| 苦情受付担当者 | 支援相談員 中岡 祐子                     |
| 受付日時    | 午前8時30分～午後5時00分（土、日、祝日、年末年始を除く） |

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

|                 |                                                                                                                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 下関市福祉部介護保険課事業者係 | 所在地：下関市南部町1番1号 下関市役所福祉部介護保険課事業者係<br>電 話：083-231-1371<br>FAX：083-231-2743<br>受付日時：午前8時30分～午後5時15分<br>（土、日、祝日、年末年始を除く） |
| 山口県国民健康保険団体連合会  | 所在地：山口市朝田1980-7 国保会館<br>電 話：083-995-1010<br>FAX：083-934-9665<br>受付日時：午前9時00分～午後5時00分<br>（土、日、祝日、年末年始を除く）             |

#### 5. 緊急時の対応

当施設は入所者に対し、施設医師の医学的判断により対応が必要と認める場合、協力病院又はその他適切な病院若しくは診療所での診療を依頼することがあります。

当施設は入所者に対し、当施設における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。

入所利用中に入所者の心身の状態が急変した場合、当施設は、入所者及び身元引受人兼連帯保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

#### 6. 協力病院等

当施設では、下記の医療機関にご協力いただいております。

|        |          |              |
|--------|----------|--------------|
| 協力医療機関 | 下関医療センター | 下関市上新地3丁目3-8 |
|--------|----------|--------------|

#### 7. 身体の拘束等

当施設では、原則として入所者に対し身体拘束を行いません。但し、当該入所者又は、他の入所者などの生命又は、身体を保護するためなど緊急やむを得なく身体拘束を行う場合は、当施設の医師がその様態及び時間、その際の入所者の心身の状況、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。

#### 8. 褥瘡対策等

当施設入所者に対し、良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策ファイルを定め、その発生を防止するための体制を整備します。

## 9. 高齢者虐待対策等

当施設は、入所者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、虐待防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的に開催します。また、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。虐待の防止に係る責任者は「施設長：福本哲夫」とし、上記に掲げる措置を適切に実施します。また、当施設は、虐待又は虐待を疑われる事案が発生した場合は、速やかに市へ通報します。

## 10. 秘密の保持及び個人情報の保護

当施設とその職員は、医療法人社団青寿会の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た入所者、身元引受人兼連帯保証人又はその家族に関する個人情報の利用目的を定め、適切に取り扱います。

## 11. 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

居宅介護支援事業所またはその事業者に対し、入所者に対して当施設によるサービスを利用させることの代償として、金品その他の財産上の利益を供与することはいたしません。

## 12. 記録

当施設は、入所者の介護保健施設サービスの提供等に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間は保管します。