

# 介護予防短期入所療養介護サービス契約書

甲（利用者）

介護老人保健施設

乙（事業者） ジョイウェルス桔梗

## （契約の目的）

第1条 乙は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い甲に対し、甲が可能な限り居宅において、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう各種サービスを提供します。

## （契約期間）

- 第2条 この契約の期間は、平成 年 月 日～平成 年 月 日とします。  
ただし、契約期間満了日以前に甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。
- 2 上記契約期間満了日の7日以上前に甲から更新拒絶の申し出がない場合、乙は甲に対し、契約更新の意思を確認し本契約と同一内容での更新の意思が確認された場合には、その旨の確認書を取り交わし本契約書末尾に添付します。
  - 3 甲から更新拒絶の意思が表示された場合乙は、他の事業者の情報を提供するなどの必要な措置をとります。

## （乙が提供できる介護サービスの内容）

第3条 乙は甲に対して、甲が一時的に入所して看護、医学的管理下における介護及び機能訓練等を受ける必要がある場合に、乙が甲に交付した「重要事項説明書」の記載に従い短期入所療養介護サービスを提供します。

## （短期入所療養介護サービスの基本方針）

- 第4条 乙は、サービス提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び本契約書末尾にその写しが添付されている甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従い甲に対しサービスを提供します。
- 2 乙は、地域包括支援センターが開催するサービス担当者会議を通じて甲の心身、置かれている環境、他の保健医療サービス又は、福祉サービスの利用状況を把握するように努めます。
  - 3 乙は、甲の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態となることの予防に資するよう短期入所療養介護サービスの目標を設定し、第6条に規定する短期入所療養介護計画が作成されたときはこれに基づき、もしくは介護予防支援計画にそって計画的にサービスを行います。
  - 4 乙は、甲または他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、甲の身体を拘束し、あるいはその他甲の行動を制限することはありません。
  - 5 乙が甲に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により甲の行動を制限する場合は、甲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説明し、且つ、事前または事後速やかに甲の後見人または家族に対し、甲に対する行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。  
ただし、甲の行動を制限した場合には、第5条の介護サービス記録に次の事項を記載します。
    - 一 甲に対する行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
    - 二 前項に基づく乙の甲に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

## （介護サービス記録）

第5条 乙は、甲に対する介護予防サービスの提供に関する記録を整備し、その完成の日から2年間保存します。

## （短期入所療養介護計画の作成・変更）

- 第6条 乙は、甲が相当期間以上継続して入所する場合には、甲の心身の状況や希望及びその置かれている環境を踏まえて、短期入所療養介護計画を作成します。
- 2 短期入所療養介護計画には、短期入所療養介護の目標や目標達成のための具体的なサービス

ス内容を記載します。

- 3 乙は、短期入所療養介護計画を作成または変更したときには、甲および家族に対し、その内容を説明し甲の同意を得ます。

(サービス計画変更の援助)

第7条 乙は、介護予防サービス - 支援計画が作成されている場合で、甲が介護予防サービス - 支援計画の変更を希望するときは、速やかに地域包括支援センターに連絡するなどの必要な援助を行います。

(甲の短期入所療養介護サービス利用)

第8条 甲が乙の提供する短期入所療養介護サービスを受けようとする場合には、甲は、利用を希望する期間の初日の2カ月前から、乙に対して利用する期間を明示して申し込むものとします。

(利用料等)

第9条 甲は乙に対して、乙から提供を受ける各種介護保険給付サービスならびに各種介護保険給付外サービスについて、別紙「重要事項説明書」のとおり利用料等を支払います。

- 2 乙は、甲が支払うべき短期入所療養介護サービスに要した費用について、甲が介護サービス費として市町村より支給を受ける額の限度において、甲にかわって市町村より支払いを受けず(以下「法定代理受領サービス」といいます。)

- 3 甲が短期入所療養介護サービスの利用をキャンセルするときは、乙は甲に対し「重要事項説明書」に記載のキャンセル料を請求できるものとします。

- 4 乙は甲に対して当月の利用料等の請求をします。

請求書には、甲が利用した各種サービスにつき、種類ごとに利用回数、利用単位の内訳、介護保険適用の有無等を明示します。

- 5 甲は、利用料等を退所日に現金で支払うものとします。尚、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法でも可能です。

- 6 乙は、法定代理受領サービスに該当しない短期入所療養介護サービスを提供した場合において甲から利用料の支払いを受けたときは、甲に対してサービス提供証明書を交付します。

- 7 サービス提供証明書には、提供した短期入所療養介護サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記載します。

(利用料の滞納)

第10条 甲が乙に支払うべき利用料等を滞納した場合において、乙が甲に対して7日間以内に滞納額を支払うように催告したにもかかわらず全額の支払いがないときは、乙は全額の支払いがあるまで次回の利用をお断りすることがあります。

(秘密保持)

第11条 乙および乙の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対する介護サービスの提供にあたって知り得た甲・甲の家族または身元引受人の秘密を漏らしません。

- 2 乙は、甲・甲の家族または身元引受人の個人情報を用いる場合は、甲・甲の家族または身元引受人の同意を得るものとします。

(損害賠償)

第12条 乙は、甲に対する介護サービスの提供にあたり事故が発生した場合は、すみやかに甲の後見人、甲の家族、身元引受人等関係者に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

- 2 前項の場合において、当該事故の発生につき乙の故意または重大な過失がある場合には損害を賠償します。

- 3 甲の行為により乙もしくは他の利用者が何らかの被害・損害を受けた場合は、甲または甲の後見人、甲の家族、甲の身元引受人は連帯にて賠償をします。

(甲の契約解除)

第13条 甲は、現に短期入所療養介護サービスを利用中でない限り、この契約を解除することができます。

- 2 甲は、現に短期入所療養介護サービスを利用中であっても、乙に債務不履行、不法行為

の事由がある場合は、この契約を解除することができます。

(乙の契約解除)

第14条 乙は、次の各号に該当する場合には、この契約を解除できます。

- 一 第10条の利用停止にもかかわらず滞納額全額の支払いがない場合。
- 二 甲が故意に法令や施設運営規程等に違反し、あるいは重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込がない場合。
- 2 乙は、次の各号に該当する場合には、事態の回復が見込めないときには、即時にこの契約を解除できます。
  - 一 病状悪化や伝染性疾患により本人又は他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ治療が必要である場合。
  - 二 甲に自傷行為がある場合
  - 三 甲の行動が他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼすおそれがある場合。
- 3 乙が前2項によりこの契約を解除するときは、甲の心身の状況やその置かれている状況を踏まえて、介護支援専門員への連絡、その後のサービスの確認等の援助を行います。

(契約の終了)

第15条 次の各号の一に該当するときは、この契約は終了します。

- 一 要介護認定更新において、甲が自立と認定された場合。
- 二 甲が死亡した場合。
- 三 第13条にもとづき甲が契約解除を申し出た場合。
- 四 第14条第1項にもとづき乙が契約の解除を通告し、予告期間が満了した場合。
- 五 第14条第2項にもとづき乙が契約の解除を通告した場合。

(苦情処理)

第16条 甲又は甲の家族は、乙により提供されたサービスに不満がある場合、別紙「重要事項説明書」記載の苦情申立機関に苦情を申し立てることができます。

- 2 乙は、前項による苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処するように努めます。
- 3 乙は、甲が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(緊急時の対応)

第17条 甲が入所中に病状が変化し医療機関での治療が必要となった場合は、甲は速やかにかかりつけ医もしくは治療のできる医療機関に紹介します。

かかりつけ医  
病院名  
住 所 〒           —

電話番号           (       )

この場合、予め甲の指定する下記緊急連絡先に対し直ちに連絡します。

連絡先  
住 所 〒           —

電話番号           (       )  
続 柄

(合意管轄)

第18条 本契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、函館地方裁判所をもって第一審管轄裁判所とすることを、乙、甲及び甲の家族は予め合意します。

(契約外事項)

第19条 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところによります。

本契約を証するため、甲乙は署名又は記名押印のうえ本契約書を2通作成し、甲乙各1通保有します。

平成 年 月 日

私は、以上の契約につき説明を受け、その内容を理解し、本契約を申し込みます。

(利用者 甲) 住 所  
氏 名 印  
電話番号 ( ) -  
-----  
代 筆 者 続 柄 ( ) 印  
代筆理由： 手が不自由 認知症 その他 ( )

私は、以上の契約につき説明を受け、身元引受人の責任について理解しました。

(第1身元引受人) 住 所  
氏 名 印  
甲との続柄 ( )  
電話番号 ( ) -

(第2身元引受人) 住 所  
氏 名 印  
甲との続柄 ( )  
電話番号 ( ) -

当施設は、甲の申込を受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

(事業者 乙) 所 在 地 函館市桔梗町557番地  
名 称 医療法人 聖仁会  
介護老人保健施設ジョイウエルス桔梗  
代 表 者 管理者 森 久恒  
電話番号 0138(46)8881

# 重要事項説明書（介護予防短期入所療養介護サービス）

介護予防短期入所療養介護サービスの提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1. 事業所の概要

|            |              |
|------------|--------------|
| 法人の名称      | 医療法人 聖仁会     |
| 主たる事務所の所在地 | 函館市桔梗町557番地  |
| 法人種別       | 医療法人         |
| 代表者の氏名     | 理事長 森 敬      |
| 電話番号       | 0138(47)2222 |

## 2. ご利用施設

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| 施設の名称      | 医療法人 聖仁会 介護老人保健施設ジョイウエルス桔梗 |
| 施設の所在地     | 函館市桔梗町557番地                |
| 都道府県知事許可番号 | 0151480035                 |
| 管理者の氏名     | 森 久恒                       |
| 電話番号       | 0138(46)8881               |
| ファクシミリ番号   | 0138(46)8880               |

## 3. ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業所の種類          | 都道府県知事の指定 |            | 利用定員 |
|-----------------|-----------|------------|------|
|                 | 指定年月日     | 指定番号       |      |
| 入所サービス          | 平成12年4月1日 | 0151480035 | 100人 |
| 短期入所療養介護サービス    | 平成12年4月1日 | 0151480035 |      |
| 通所リハビリテーション     | 平成12年4月1日 | 0151480035 | 60人  |
| 訪問リハビリテーション     | 平成16年7月1日 | 0151480035 |      |
| 介護予防通所リハビリテーション | 平成18年4月1日 | 0151480035 |      |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 平成18年4月1日 | 0151480035 |      |

## 4. 施設の目的と運営の方針

〔目的〕 医療法人聖仁会が開設する介護予防短期入所療養介護事業所ジョイウエルス桔梗の適正な運営を行うために人員及び管理運営に関する事項を定め事業所の医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、リハビリ職員、管理栄養士及び介護支援専門員その他の職員が、要支援状態にある利用者に対し、適正な介護予防短期入所療養介護サービスを提供することを目的とする。

〔方針〕 事業所の介護予防短期入所療養介護従業員は、要支援状態等になった利用者が可能な限り、その居宅において、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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を計るよう努めるものとする。

事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業所その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携により、介護予防短期入所療養介護の提供の開始前から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めるものとする。

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、当施設が得た利用者に関する個人情報については（別紙1）、当施設

での介護サービスの提供にかか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、必要に応じて利用者又はその代理人の了承を得ることとする。

## 5. 施設の概要

介護老人保健施設「ジョイウェルス桔梗」

|     |      |                         |
|-----|------|-------------------------|
| 敷 地 |      | 12,427 m <sup>2</sup>   |
| 建 物 | 構 造  | 鉄筋コンクリート造3階建            |
|     | 延床面積 | 4,193.53 m <sup>2</sup> |
|     | 利用定員 | 100名                    |

### (1) 居 室

| 居室の種類 | 室 数 | 1人あたりの面積             |
|-------|-----|----------------------|
| 1人部屋  | 3   | 15.86 m <sup>2</sup> |
| 2人部屋  | 9   | 9.84 m <sup>2</sup>  |
| 3人部屋  | 1   | 10.94 m <sup>2</sup> |
| 4人部屋  | 19  | 8.16 m <sup>2</sup>  |

### (2) 主な設備

| 設備の種類           | 数      | 面 積                   |
|-----------------|--------|-----------------------|
| 機能訓練室           | 2      | 176.08 m <sup>2</sup> |
| 談話室             | 3      | 62.92 m <sup>2</sup>  |
| 食堂              | 2      | 338.20 m <sup>2</sup> |
| 一般浴室            | 2      | 135.05 m <sup>2</sup> |
| 特殊浴室            | 1      | 24.34 m <sup>2</sup>  |
| レクリエーション<br>ルーム | 2      | 68.38 m <sup>2</sup>  |
| 便所              | 1階 1箇所 | 45.97 m <sup>2</sup>  |
|                 | 2階 1箇所 | 37.50 m <sup>2</sup>  |
|                 | 3階 2箇所 | 59.26 m <sup>2</sup>  |

## 6. キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかにご連絡ください。
- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。(但し、利用者の容体の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)
- (3) キャンセル料は、下記のとおりお支払いいただきます。

| 期 間      | キャンセル料       |
|----------|--------------|
| 利用日の前日まで | 無 料          |
| 利用日の当日   | 利用者負担金の 100% |

## 7. 職員体制

| 従業者の職種 | 人 員        |
|--------|------------|
| 管理者    | 1名         |
| 医師     | 1名         |
| 薬剤師    | 1名（常勤兼務1名） |

|         |              |
|---------|--------------|
| 看護職員    | 14名          |
| 介護職員    | 28名（非常勤1名含む） |
| 支援相談員   | 3名（常勤兼務3名）   |
| 理学療法士   | 2名（常勤兼務2名）   |
| 作業療法士   | 1名（常勤兼務1名）   |
| 言語聴覚士   | 2名（常勤兼務2名）   |
| 管理栄養士   | 1名           |
| 介護支援専門員 | 3名（常勤3名）     |
| 事務員     | 6名           |
| その他の従業者 | 3名           |

## 8. 施設サービスの内容

| サービスの種別 | 内 容   |
|---------|---|
| 食事      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事時間 <ul style="list-style-type: none"> <li>朝食 8時～ 8時40分まで</li> <li>昼食 12時～ 12時40分まで</li> <li>夕食 18時～ 18時40分まで</li> </ul> </li> <li>・ 食事場所<br/>できるだけ離床して食堂で召し上がっていただきます。<br/>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。</li> </ul> |
| 医療・看護   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ あなたの病状にあわせた医療・看護を提供します。<br/>それ以外でも必要がある場合には適宜診察しますので、看護師等にお申し付けください。<br/>ただし、当施設では行えない処置（透析等）や手術、その他病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で治療していただきます。</li> </ul>  |
| 機能訓練    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 機能訓練指導員による機能訓練をあなたの状況にあわせて行います。</li> </ul>   |
| 排せつ     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立排せつか、時間排せつか、おむつ使用について利用者の状況にあわせて行います。</li> </ul>   |
| 入浴・清拭   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入浴は週2回程度</li> <li>・ 入浴日、入浴時間は職員よりご連絡します。</li> <li>・ 入浴日に体調不良等で入浴できない方はタオルで体をお拭きします。</li> </ul>   |
| 離床      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。</li> </ul>   |
| 着替え     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 毎朝夕の着替えのお手伝いをします。</li> </ul>   |
| 整容      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身の回りのお手伝いをします。</li> </ul>  |
| シーツ交換   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ シーツ交換は週1回行います。</li> </ul>  |
| 介護相談    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入所者とその家族からのご相談に応じます。</li> </ul>  |

### ※ 医療について

当施設の医師で対応できる医療につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、当施設で対応できない処置や手術、または著しい変化に対する医療につきましては他の医療機関による往診や入院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくこととなります。

### ※ 守秘義務及び個人情報の保護

施設職員に対して、施設職員である期間および施設職員でなくなった後においても、正当な理由が無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報等を漏らすことがないよう指導教育を適時行うほか、施設職員等が本規定に反した場合は、違約金を求めるものとしております。

## 9. 利用料等

- (1) 介護予防短期入所療養介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該介護予防短期入所療養介護が法定代理受領サービスであるときは、その1割の額とする。
- (2) 「食費」及び「居住費」の支払額、そして国が定める負担限度額段階（第1段階から3段階まで）の利用者の自己負担額（利用料金参照）
- (3) 前項のほか、介護保険給付外サービスの支払いを利用者から徴収する。
- (4) 支払い方法は退所時に一括精算する方法をとっており、お支払いいただきますと領収書を発行いたします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上双方合意した方法でも可能です。

## 10. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設の各窓口までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

|                  |         |                 |
|------------------|---------|-----------------|
| ・相談窓口<br>・苦情対応窓口 | 電話番号    | 0138-46-8881    |
|                  | Fax 番号  | 0138-46-8880    |
|                  | 支援相談員   | 信太克則、佐藤大典、熊木清仁  |
|                  | 介護支援専門員 | 福崎伶子、木村トモ子、関大樹  |
|                  | 対応時間    | 午前8時45分～午後5時15分 |

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

|  |        |                          |
|--|--------|--------------------------|
| 函館市福祉部<br>福祉推進課<br>福祉サービス苦情<br>処理委員事務局 | 所在地    | 函館市東雲町4番13号              |
|  | 電話番号   | 0138-21-3297             |
|  | Fax 番号 | 0138-26-6657             |
|  | 対応時間   | 午前8時45分～午後5時15分          |
| 北斗市民生経済部<br>健康推進課<br>介護保険グループ          | 所在地    | 北斗市中央1丁目3番10号            |
|  | 電話番号   | 0138-73-3111 (内144 内145) |
|  | Fax 番号 | 0138-74-2510             |
|  | 対応時間   | 午前8時30分～午後5時00分          |
| 七飯町保健福祉課<br>介護福祉係                      | 所在地    | 亀田郡七飯町字本町568番3号          |
|  | 電話番号   | 0138-65-2511             |
|  | Fax 番号 | 0138-65-1472             |
|  | 対応時間   | 午前8時30分～午後5時00分          |

|                                  |        |                       |
|----------------------------------|--------|-----------------------|
| 北海道国民健康保険<br>団体連合会               | 所在地    | 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館   |
|                                  | 電話番号   | 011-231-5161          |
|                                  | Fax 番号 | 011-233-2178          |
|                                  | 対応時間   | 午前9時00分～午後5時00分       |
| 北海道保健福祉部<br>福祉局介護保険課<br>保険運営グループ | 所在地    | 札幌市中央区北3条西6丁目         |
|                                  | 電話番号   | 011-231-4111 内線25-911 |
|                                  | Fax 番号 | 011-232-1097          |
|                                  | 対応時間   | 午前8時45分～午後5時30分       |



### 1 1. 協力医療機関（1）

|         |                        |
|---------|------------------------|
| 医療機関の名称 | 森 病院                   |
| 院長名     | 森 敬                    |
| 所在地     | 函館市桔梗町557番地            |
| 電話番号    | 0138-47-2222           |
| 診療科     | 内科、循環器、消化器科、理学診療科、放射線科 |
| 入院設備    | 135床                   |

### 協力医療機関（2）

|         |                        |
|---------|------------------------|
| 医療機関の名称 | 函館新都市病院                |
| 院長名     | 青野 允                   |
| 所在地     | 函館市石川町331-1            |
| 電話番号    | 0138-46-1321           |
| 診療科     | 脳神経外科、内科、理学診療科、整形外科、歯科 |
| 入院設備    | 155床                   |

### 協力医療機関（3）

|         |               |
|---------|---------------|
| 医療機関の名称 | 遠藤整形外科        |
| 院長名     | 遠藤 尚暢         |
| 所在地     | 函館市桔梗町333番地の5 |
| 電話番号    | 0138-46-8525  |
| 診療科     | 整形外科、理学診療科    |
| 入院設備    | 19床           |

### 1 2. 協力歯科医療機関

|         |              |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 三ツ石歯科        |
| 院長名     | 三ツ石 信        |
| 所在地     | 函館市桔梗町327番地  |
| 電話番号    | 0138-47-1000 |
| 入院設備    | 無            |

### 1 3. 非常災害時の対策

|                  |   |
|------------------|---|
| 災害時の対応           | 消防計画にのっとり対応を行います。   |
| 平常時の訓練           | 年2回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。  |
| 防災設備<br>※消防法適合施設 | スプリンクラー 避難階段 自動火災報知器 誘導灯<br>防火扉・シャッター 屋内消火栓 自動通報装置 漏電火災報知器<br>カーテン、布団等は、防災性能のあるものを使用しております。 |
| 消防計画等            | 毎年5月提出 防火管理者 幸地長仁   |

#### 1 4. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

|             |   |
|-------------|---|
| 来訪・面会       | 面会時間 午前10時～午後7時<br>来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。<br>来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 |
| 外出・外泊       | 外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。  |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。<br>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       | 全館禁煙となっております。<br>飲酒は原則禁止です。   |
| 迷惑行為等       | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。                     |
| 所持品の管理      | 自己管理とさせていただきます。   |
| 現金等の管理      | 自己管理とさせていただきます。ご自分で管理できない方は職員に申し出てください。   |
| 宗教活動・政治活動   | 施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。  |
| 動物飼育        | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。   |

#### 1 5. 緊急時の対応

##### (1) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

かかりつけ医

病院名

住 所 〒           —

電話番号                   (           )

##### (2) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

かかりつけ医

病院名

住 所 〒           —

電話番号                   (           )

##### (3) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

緊急の場合には「利用同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します

#### 1 6. 介護保険給付費と利用料等

##### (1) 施設サービス費（1日あたりの自己負担分）

| 要介護度  | 施設サービス費 I | 施設サービス費 II |
|-------|-----------|------------|
|       | (個 室)     | (多床室)      |
| 要支援 1 | 5 5 8 円   | 6 1 7 円    |
| 要支援 2 | 6 9 8 円   | 7 7 1 円    |

①入所及び退所の際、ご自宅までの送迎を行った場合は、片道につき184円かさんされます。

②リハビリ基準を取得しておりますので、上記施設サービス費に1日につき30円加算されます。

③ご利用者の容体が急変した場合等、緊急時に所定の対応を行った場合は、1日500円が加算されます。但し、1月1回、連続3日以内

④栄養管理の評価（1日）

- ・管理栄養士配置加算（管理栄養士が栄養管理を行っています） 12円
- ・療養食加算（医師の指示により治療食を行っています） 23円

⑤「食費」「居住費」の国が定めた利用者負担限度額(1日)

|           | 食費     | 居住費    |      |
|-----------|--------|--------|------|
|           |        | 個室     | 多床室  |
| 利用者負担第1段階 | 300円   | 490円   | 0円   |
| 利用者負担第2段階 | 390円   | 490円   | 320円 |
| 利用者負担第3段階 | 650円   | 1,310円 | 320円 |
| 利用者負担第4段階 | 1,380円 | 1,640円 | 320円 |

(2) 介護保険給付外サービス

①食費（お支払いは1食あたりとなります） 朝食380円 昼食500円 夕食500円  
 （但し、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費が1日の負担限度額となります）

②滞在費（1日）外泊時も部屋を確保しますので室料頂きます。  
 個室－1,640円 多床室－320円  
 （但し、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費が1日の負担限度額となります）

③特別な室料（1日：内税）外泊時も部屋を確保しますので室料頂きます。

|                |        |
|----------------|--------|
| 1人部屋（バス・トイレ付）※ | 1,785円 |
| 1人部屋（バス・トイレ無）※ | 1,575円 |
| 2人部屋※          | 1,050円 |

|                   |            |     |   |
|-------------------|------------|-----|---|
| ④日常生活品費（1枚、1回、1本） | バスタオル      | 45円 |   |
|                   | フェイスタオル    | 20円 |   |
|                   | リンスインシャンプー | 8円  |   |
|                   | ボディソープ     |     | 1 |
| 5円                |            |     |   |
|                   | 食事用おしぼり    |     | 1 |
| 5円                |            |     |   |
|                   | おやつ        |     | 5 |
| 0円                |            |     |   |
|                   | カミソリ       |     | 1 |
| 5円                |            |     |   |

施設から一律に提供しているものではなく、利用者様よりご希望があったもの限りお支払いいただきます。

⑤教養娯楽費

倶楽部で使用する、習字、七宝焼、粘土等の材料等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にはお支払いいただきます。

⑥テレビ使用料／1日（内税） 105円、52円

テレビを見られる方は、貸し出しと持ち込みの料金どちらかをお支払いいただきます。

⑦冷蔵庫使用料／1日（内税） 105円

施設内に備えてあります冷蔵庫の使用料としてお支払いいただきます。

⑧家族介護室寝具利用料／泊（内税） 3,150円

利用者の家族等が宿泊した時の1人あたりの料金としてお支払いいただきます。

⑨理美容代 1,000～5,000円

理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。

⑩私物の洗濯代（内税） 2,100～5,775円

私物の洗濯を外部の洗濯業者に依頼される場合にお支払いいただきます。

⑪コイン式洗濯機・乾燥機 150、100円

施設内に備えてありますコイン式の洗濯機と乾燥機の1回の使用料です。

⑫文書料（内税） 525～5,250円

診断所等の文書の発行手数料としてお支払いいただきます。

⑬その他、日常生活に必要な物品（但し、おむつを除きます。）につきましては、ご入所者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。