

介護医療院サービス

利用契約書

別紙 重要事項説明書

医療法人 八甲会 潮田病院介護医療院

目 次		ページ番号
第 1 条	目 的	4
第 2 条	契約期間	
第 3 条	運営規定の概要	
第 4 条	施設サービス計画の作成・変更	
第 5 条	施設サービスの内容及びその提供	5
第 6 条	身体的拘束その他の行動制限	
第 7 条	協力義務	6
第 8 条	苦情対応	
第 9 条	医療体制	
第 10 条	費 用	
第 11 条	秘密保持	7
第 12 条	甲の解除権	
第 13 条	乙の解除権	
第 14 条	契約の終了	
第 15 条	契約終了後の退所と清算	8
第 16 条	事故発生時の対応及び損害賠償	
第 17 条	利用者代理人	
第 18 条	身元保証人	
第 19 条	合意管轄	8
第 20 条	協議事項	

利用者 _____ 様（以下「甲」という。）と事業者 医療法人八甲会潮田病院介護医療院（以下「乙」という。）とは、乙が運営する介護医療院（以下「施設」という。）の介護医療院サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

（目的）

第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、施設において、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他の必要な医療を行うことにより、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービスを提供します。

2 乙は、施設サービスの提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います。

（契約期間）

第2条 この契約書の契約期間は、____年__月__日から____年__月__日（現在の介護保険被保険者証の有効期間の満了日）までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、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の満了日までとします。

2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとしします。

3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日までとします。

（運営規程の概要）

第3条 乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、サービスの内容等）、従業員の勤務の体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

（施設サービス計画の作成・変更）

第4条 乙は、施設の介護支援専門員に、甲のための施設サービス計画を作成する業務を担当させ、本条項に定める職務を誠意を持って遂行するよう責任を持って指導します。

2 担当介護支援専門員は、甲の心身の状況及びその有する能力、置かれている環境等の評価に基づき、甲が人間的で自立した日常生活を営むことができるよう、施設の他の従業員と協議の上、施設サービス計画案を作成し、これを甲及びその後見人、家族又は身元保証人に対し説明し、その同意を得るものとしします。

3 施設サービス計画には、施設で提供する施設サービスの目標、その達成時期、施設サービスの内容、施設サービスを提供するうえで留意すべき事項等を記載します。

4 乙は、次のいずれかに該当する場合には、第1条に規定する施設サービスの目

的に従い、施設サービス計画の変更を行います。

- 一 甲の心身の状況等の変化により、当該施設サービス計画を変更する必要がある場合
- 二 甲が施設サービス計画の変更を希望する場合

5 乙は、前項に定める施設サービス計画の変更を行う際には、甲及びその後見人、家族又は身元保証人に対し説明し、その同意を得るものとします。

(施設サービスの内容及びその提供)

第5条 乙は、前条により作成された施設サービス計画に基づき、甲に対し施設サービスを提供します。各種施設サービスの内容は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 乙は、甲に対し、前条により甲のための施設サービス計画が作成されるまでの間は、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう配慮し、適切な介護サービスを提供します。

3 乙は、甲の施設サービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければなりません。

4 甲及びその後見人（後見人がいない場合は、甲の家族又は身元保証人）は、必要がある場合は、前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。

(身体的拘束その他の行動制限)

第6条 乙は、甲又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、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しません。

2 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ます。また、この場合乙は、事前又は事後速やかに、甲の後見人又は甲の家族（甲に後見人がなく、かつ身寄りがない場合には身元保証人）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。

3 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した場合には、前条第3項の施設サービスの提供に関する書類に次の事項を記載します。

- 一 甲に対する行動制限を決定した者の氏名、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
- 三 前項に基づく甲の後見人又は甲の家族（甲に後見人がなく、かつ身寄りがない場合には身元保証人）に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

(協力義務)

第7条 甲は、乙が甲のため施設サービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

(苦情対応)

第8条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した施設サービスについて甲、甲の後見人、甲の家族又は甲の身元保証人から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2 乙は、甲、甲の後見人、家族又は身元保証人が苦情申し立て等を行ったことを理由として何ら不利益な取扱いをすることはありません。

(医療体制)

第9条 乙は、配置の医師及び看護職員に常に甲の病状、心身の状況等を把握させ、甲及びその家族に適切な指導を行うとともに必要な医療を行います。

2 乙は、甲に病状の急変が生じ、必要な医療を提供することが困難であると認められた場合は、他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じます。

(費用)

第10条 乙が提供する施設サービスの要介護状態区分毎の利用料及びその他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担金を乙に支払います。

3 乙は、提供する施設サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービス内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。

4 乙は、施設サービスの要介護状態区分毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。

5 乙は、前項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく重要事項説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

(秘密保持)

第11条 乙及びその職員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその後見人、家族又は身元保証人の秘密を漏らしません。

2 乙は、居宅介護支援事業者等必要な機関に対し、甲及びその後見人、家族又は身元保証人に関する情報を提供する必要がある場合には、甲及びその後見人、家族又は身元保証人に使用目的等を説明し、文書により同意を得ます。

(甲の解除権)

第12条 甲は、3日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第13条 乙は、甲が次の各号に該当する場合は、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

- 一 甲が正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を2カ月以上滞納し、再三の督促にも関わらずお支払いいただけないとき。
- 二 甲の行動が、他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、乙において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- 三 甲が重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺をする危険性が極めて高く、乙において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- 四 甲が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。
- 五 ハラスメント行為があったとき。
- 六 人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了せざるをえないとき。その場合は30日以上前までに文書で通知するものとします。

(契約の終了)

第14条 次に掲げる事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- 一 甲が要介護認定において非該当（自立・要支援）となったとき。
- 二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。
- 三 甲が第12条により契約を解除したとき。
- 四 乙が第13条により契約を解除したとき。
- 五 甲において、介護医療院サービス提供の必要性がなくなったとき。
- 六 甲について、他の病院又は診療所に入所する必要が生じ、その病院又は診療所において甲を受け入れる態勢が整ったとき。
- 七 甲について、他の介護保険施設への入所が決まり、その施設において甲を受け入れる態勢が整ったとき。
- 八 甲が死亡したとき。

(契約終了後の退所と清算)

第15条 甲は、この契約終了後、ただちに施設を退所します。

- 2 契約期間中に契約が終了した場合、サービスの未給付分について乙がすでに受領している利用料があるときは、乙は甲に対し相当額を返還します。
- 3 この契約の終了により甲が施設を退所することになったときは、乙はあらかじめ甲の受入先が決まっている場合を除き、居宅介護支援事業者、保健機関、医療機関、福祉サービス機関等と連携し、甲の円滑な退所のために必要な援助を行います。

(事故発生時の対応及び損害賠償)

- 第16条 乙は、施設サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族又は身元保証人に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- 2 前項において、事故により甲に損害が発生した場合は、乙は速やかに甲の損害を賠償します。ただし、乙に故意・過失がない場合にはこの限りではありません。
- 3 前項の場合において、当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(利用者代理人)

- 第17条 甲は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、又、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。
- 2 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

(身元保証人)

- 第18条 乙は甲に対し、身元保証人を求めることがあります。ただし甲に身元保証人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、この限りではありません。
- 2 身元保証人は次の責任を負います。
- 一 甲が他の医療機関に入所する場合、入所手続きが円滑に進行するように協力すること。
 - 二 契約終了の場合、乙と連携して甲の状態に見合った適切な受入先の確保に努めること。
 - 三 甲が死亡した場合、遺体及び遺留金品の引受けその他必要な措置をとること。

(合意管轄)

- 第19条 この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、奈良地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

(協議事項)

- 第20条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、甲乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲乙記名押印して1通ずつを保有します。

年 月 日

利用者(甲)

住所_____

氏名_____印

上記代理人

住所_____

氏名_____印

事業者(乙)

住所 奈良県吉野郡吉野町上市2135

事業者(法人)名 医療法人 八甲会

施設名 医療法人八甲会 潮田病院介護医療院

(事業所番号)

代表者名 理事長 潮田悦男 印

介護医療院サービス

契約書別紙【重要事項説明書】

当施設はご契約者（又はあなたの家族）に対して、介護医療院サービスを提供いたします。施設の概要や提供するサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

目次	ページ番号
1. 事業者の概要	12
2. 事業所の概要	
3. 事業の目的及び運営方針	
4. 建物の構造・設備の概要	
5. 利用定員	13
6. サービスを提供する職員体制及び勤務体制	
7. 提供するサービスの内容及び費用について	14
8. 料金の支払時期及び支払方法	21
9. 苦情の申立について	
10. 事故・トラブル発生等について	22
11. 損害賠償	
12. 非常災害時の対策	
13. ご利用の際にご留意いただく事項	
14. 緊急時の対応方法	
個人情報の取り扱いについて	24

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 八甲会
主たる事務所の所在地	奈良県吉野郡吉野町上市 2 1 3 5 番地
電話・FAX番号	電話 0746-32-3381 FAX0746-32-1210
代表者氏名	理事長 潮田 悦男

2. 事業所の概要

介護保険事業者番号	29B3500017
ご利用事業所の名称	医療法人八甲会 潮田病院介護医療院
管理者の氏名	奥野 太嗣
事業所の所在地・連絡先	奈良県吉野郡吉野町上市 2 1 3 5 番地 電話 0746-32-3202 FAX0746-32-1210
ホームページアドレス	http://hakkohkai.com

3. 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的・運営の方針

当施設は、療養を必要とする利用者様に対し施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話および機能訓練その他の必要な医療を行うことにより、利用者様が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を旨として、サービスを提供することを目的とします。

また施設を運営するにあたり、長期療養を必要とする要介護者に対し、常に人格を尊重し、要介護者の立場に立った専門性のあるサービス提供、地域や家庭との結び付きを重視し、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、保健、医療又は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。

4. 建物の構造・設備の概要

(1) 建物

敷地	600.44 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート地下1階地上4階建
	延床面積	1900.91 m ²
	利用定員	60名

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	1人当たり面積
個室（従来型個室）	2室	15.9 m ²	7.95 m ² 以上
2人部屋（多床室）	5室	83.4 m ²	8.34 m ² 以上
4人部屋（多床室）	12室	354.35 m ²	7.38 m ² 以上

(3) 主な設備

設備の種類	室数	面積	設備の種類	室数	面積
機能訓練室	1室	95.51 m ²	食堂兼談話室 レクレーション室	1室	64.45 m ²
言語聴覚室	1室	9.20 m ²	浴室	1室	27.62 m ²

5. 利用定員

介護医療院サービスの利用定員は、60人とします

6. サービスを提供する職員体制及び勤務体制

施設では、利用者に対して介護医療院サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

(1) 職員体制

職種	常勤換算後の人数(人)	職務内容
医師	2人以上	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的管理(診療)を行います。
薬剤師	1人以上	医師の処方箋に基づき、投薬、注射等の薬剤を調剤するとともに、薬学的管理指導を行います。
管理栄養士	1人以上	利用者の食事の適切な衛生管理を行い、適切な栄養管理と食事の献立を作成します。
看護職員	入所利用者数6人に対し1人以上	利用者の病状、心身の状況等の把握に努め、身体の清潔保持等必要な看護を行います。
介護職員	入所利用者数4人に対し1人以上	看護及び医学的管理下における日常生活上の介護を行うことを基本とし、必要に応じて看護職員の補助業務を行います。
介護支援専門員	1人以上	利用者の施設介護サービス計画作成に関する業務を行います。
理学療法士	機能回復・維持のためリハビリテーション等を行うに必要な、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置しております	
作業療法士		
言語聴覚士		

(2) 勤務体制

職種	勤務時間
医師	日勤 8:30～17:30 当直 17:30～翌日 8:30
薬剤師・管理栄養士	日勤 8:30～17:30
看護職員	日勤 8:30～17:30 遅出 10:00～19:00 夜勤 16:30～翌日 9:30
介護職員	日勤 8:30～17:30 早出 7:00～16:00 夜勤 16:30～翌日 9:30
介護支援専門員	日勤 8:30～17:30
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	日勤 8:00～18:00 のうち 4～9 時間

7. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスについて

サービス種別	サービスの内容
医療・看護	医師による定期診察は1週間に1回行います。それ以外でも、適時診察を行っています。*ただし、当施設では行えない複雑な処置・手術・歯科治療・精神科治療、当施設にない診療科の治療等が必要な場合は、専門の機関にて治療を受けていただく場合があります。
食事	<p>食事時間 朝食 8時頃～ 昼食 12時頃～ 夕食 18時頃～</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うとともに食事の自立についても適切な援助を行います。 2. 一般食、治療食等利用者様の健康状態に合わせた献立を作成し調理します。好き嫌いやアレルギーがある方は事前にご相談下さい。
機能訓練	心身の諸機能維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、医師の指示のもと、理学療法士、言語聴覚士が必要な訓練を行い、機能の低下を防ぎます。
入浴・清拭	週2回以上の入浴を行います。寝たきり等で座位のとれない方は特殊浴槽での入浴を行います。また入浴ができないまたは適切でない場合には、清拭を行います。
排泄	利用者様の状況・様態に応じた排泄介助を行います。可能な限り排泄の自立についても適切な援助を行います。
離床・着替え・整容	寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。生活のリズムを考え着替えのお手伝いをします。尊厳および心の刺激の観点から、適切な整容を支援します。
シーツ交換等	シーツの交換は、週1回以上行います。寝具の消毒は随時行います。
サービス実施状況の把握・評価	施設サービスが効果的なものとして提供されるよう、利用者様の状態を定期的に評価します。
レクリエーション等	当施設では適宜レクリエーションを行います。
感染防止	当施設は、施設内での感染を防止するために必要な体制をとっています。
ご相談等	ご利用者様、ご家族様からのご相談を随時受け付けております。遠慮なくお声掛けください。

(2) 提供するサービスの利用料について

①介護保険給付対象サービスの利用料

介護保険給付対象サービスの「基本利用料」は以下の通りです。
利用者様からお支払いいただく「負担金」は、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額とする。

A 基本部分：介護療養施設サービスの利用料（1日につき）

多床室	I型介護医療院 サービス費（I）	従来型個室	I型介護医療院 サービス費（I）
要介護1	8,330円	要介護1	7,210円
要介護2	9,430円	要介護2	8,320円
要介護3	11,820円	要介護3	10,700円
要介護4	12,830円	要介護4	11,720円
要介護5	13,750円	要介護5	12,630円

以下の加算項目及び特定診療費の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

B：加算項目

療養環境減算（室面積）	1日につき	▲250円	療養室の床面積が8.0㎡/床に満たない場合
夜間勤務等看護Ⅰ		230円	夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たす場合
夜間勤務等看護Ⅱ		140円	
夜間勤務等看護Ⅲ		140円	
夜間勤務等看護Ⅳ		70円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		220円	当該加算の体制・人員要件を満たす場合
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		180円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		60円	
安全対策体制加算	1回につき	200円	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いる場合
初期加算	1日につき	300円	入所日から30日以内の期間
外泊時費用		3,620円	居宅における外泊を行った場合（月6日限度）
栄養マネジメント強化加算		110円	低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画書に従い、食事の観察を週3回以上行った場合
再入所時栄養連携加算	1回につき	2,000円	病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院し、再度当該介護医療院に入所する際、当該介護医療院の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し、厚生労働大臣が定める特別食を必要とする当該者に関する栄養ケア計画を策定した場合（入所後1回限り）
退所時栄養情報連携加算	1回につき	700円	管理栄養士が退所先の医療機関に対して、栄養管理に関する情報を提供した場合。
自立支援促進加算	1月につき	2,800円	多職種共同による自立支援計画の作成、見直し等を行い、自立支援に係る質の管理を行った場合。

経口移行加算	1日につき	280円	胃瘻が造設されている利用者様等に対し、経管食から経口食へ安全に移行するための計画を作成し、経口摂取をすすめるための安全な取り組みを行った場合
療養食加算	1回につき	60円	療養食を提供した場合（1日につき3回が限度）
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	1月につき	400円	入所者・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入所者の心身の状況等に係る基本的な情報（科学的介護推進体制加算（Ⅱ）では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報）を、厚生労働省に提出した場合
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）		600円	
経口維持加算Ⅰ		4,000円	経口摂取をするための計画を作成し、計画に従い特別な管理を行った場合
経口維持加算Ⅱ		1,000円	
排泄支援加算（Ⅰ）		100円	多職種共同による排泄支援計画の作成、見直し等を行い、排泄支援に係る質の管理を行った場合。
排泄支援加算（Ⅱ）		150円	（Ⅰ）の支援の結果、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場合。又は、尿道カテーテルが留置されていたものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。
排泄支援加算（Ⅲ）		200円	（Ⅰ）の支援の結果、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。かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善している場合。又は、尿道カテーテルが留置されていたものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。
他科受診費用	1日につき	3,620円	入所中に他医療機関を受診した場合（歯科を除く）
退所前後訪問指導加算	1日につき	4,600円	利用者等に退所前後の療養指導を居宅等に訪問して指導を行った場合
退所時指導加算	退所時	4,000円	利用者およびその家族に対して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）	1回	5,000円	（Ⅰ）居宅へ退所する入所者 （Ⅱ）医療機関へ退所する入所者について、退所後の主治医に診療情報心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合。
退所時情報提供加算（Ⅱ）		2,500円	
退所前連携加算	退所時	5,000円	利用者の退所に先立ち、利用を希望する居宅介護支援業者に必要な情報を提供しかつ該当事業者と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合
訪問看護指示加算		3,000円	退所後訪問看護が必要と認められ、訪問看護ステーションに対して指示書を交付した場合
協力医療機関連携加算	1月につき	1,000円 又は500円	協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催した場合。
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	1月につき	100円	平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関と連携体制を構築した場合。
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	1月につき	50円	一定の要件を満たす医療機関から3年に1回、感染制御等に係る実地指導を受けた場合。

認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	1月につき	1,500円	認知症の行動・心理状態の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取り組みをした場合。
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)		1,200円	
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	1月につき	1,000円	介護ロボットやICT等のテクノロジー導入後、利用者の安全並びにサービスの質の確保及び職員の負担軽減を検討するための対策を講じる場合。
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)		100円	

C：特別診療費

感染対策指導管理	1日につき	60円	施設として常時感染防止対策を行っている場合
褥瘡対策指導管理(Ⅰ)		60円	ご利用者様に対して常時褥瘡対策を行っている場合
褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	1月につき	100円	褥瘡対策指導管理(Ⅰ)の基準を満たし、施設入所時の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者に、褥瘡の発生がない場合。褥瘡が認められた患者について当該褥瘡が治癒した場合。
初期入所診療管理	1回につき	2,500円	診療方針について説明を行った場合、入所中1回診療方針の重要な変更あれば2回加算
特別療養費(薬剤管理指導)	1月につき	200円	入所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した場合
医学情報提供(Ⅰ)	1回につき	2,200円	退所時、病院に対して診療情報を提供した場合
医学情報提供(Ⅱ)		2,900円	退所時、診療所に対して診療情報を提供した場合
理学療法(Ⅰ)	1回につき	1,230円	リハビリテーション総合実施計画書に基づき理学療法を行った場合
		860円	入所またはその利用を開始した日から起算して4月を超えた期間において、1月に11回以上行った場合、11回目以降が70/100の利用料となります
作業療法		1,230円	リハビリテーション総合実施計画書に基づき作業療法を行った場合
		860円	入所またはその利用を開始した日から起算して4月を超えた期間において、1月に11回以上行った場合、11回目以降が70/100の利用料となります
言語聴覚療法		2,030円	リハビリテーション総合実施計画書に基づき言語聴覚療法を行った場合
		1,420円	入所またはその利用を開始した日から起算して4月を超えた期間において、1月に11回以上行った場合、11回目以降が70/100の利用料となります
リハビリテーション体制強化加算		350円	専従の常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を各2名以上配置している場合に各療法の利用料に加算
摂食機能療法		2,080円	医師の指示に基づき摂食機能療法を行った場合 1月4回まで
短期集中リハビリテーション	1日につき	2,400円	入所した日から起算して3月以内の期間に集中的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法、摂食機能療法を行った場合
特別診療費(理学療法、作業療法又は言語聴覚療法に係る加算)	1月につき	330円	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書を入所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している場合

特別診療費（理学療法、作業療法又は言語聴覚療法に係る加算）	1月につき	200円	リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で有し、その情報を踏まえ、計画等を見直し、厚労省に提出した情報を活用すること。
集団コミュニケーション療法	1回につき	500円	集団コミュニケーション療法を行った場合
緊急時治療管理	1日につき	5180円	入所者の病状が著しく変化し、急その他やむを得ない事情により行われる医療行為を行った場合。（3日を限度とする）
新興感染症等施設療養費	1日につき	2400円	厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合、適切な感染対策を行ったうえで介護サービスを行った場合。

D：処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1月の介護保険利用料に対して	5.1%	介護職員の安定的確保及び資質向上の取り組み、雇用管理の改善、労働環境の改善の取り組みに対して、各算定要件を満たした場合に加算
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		4.7%	
介護職員等処遇改善加算Ⅲ		3.6%	
介護職員等処遇改善加算Ⅳ		2.9%	
介護職員等処遇改善加算Ⅴ ※令和6年度のみ		3.0%	

※負担額は上記金額より介護保険負担割合証に記載の1割～3割の額となります。

※高額介護サービス費の制度について

介護保険では所得区分に応じた月額上限が設けられていますので、利用者が1カ月に支払った負担額が、上限を超えたときは超えた分が市町村から払い戻されます。

利用者段階区分・対象者			上限額
現役並み所得者の方		第4段階	(世帯) 44,400円
世帯のどなたかが市区町村民税を課税されている方			※同じ世帯の全ての65歳以上の方の利用者負担割合が1割の世帯に年間上限額(446,400)を設定
市区町村民税非課税世帯の方	第2段階以外の方	第3段階	(世帯) 24,600円
	前年の公的年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方等	第2段階	(世帯) 24,600円 (個人) 15,000円
生活保護受給者の方		第1段階	(個人) 15,000円

②介護保険給付対象外サービスの利用料

A：食費・居住費

食費・居住費は1日あたりで計算してお支払いいただきます。

第1段階～第3段階の方は負担段階ごとの食費・居住費の額に自己負担額が軽減されます。軽減を受けるためには介護保険負担限度額認定証の提示が必要です。介護保険負担限度額認定証については、お住まいの市町村役場にて手続きが必要です。

食費・居住費の額（1日あたり）

対象者	負担段階	食 費	居 住 費	
			多床室	従来型個室
現役並み所得者・一般世帯の方	第4段階	1,990円	710円	2,310円
市区町村税 非課税世帯 かつ預貯金 額が一定額 以下の方	年金収入等120万円超	第3段階②	430円	1,370円
	年金収入等80万円超 120万円以下	第3段階①	430円	1,370円
	公的年金収入額と合計 所得金額の合計が80 万円以下の方	第2段階	430円	550円
	老齢福祉年金受給者	第1段階	0円	550円
生活保護の受給者				

※利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合

介護保険料の滞納等により、法定代理受領を行わない場合（保険給付金が直接事業者を支払われない場合）にあつては、下記にかかる基本利用料（10割）を一旦お支払いいただきます。

B：法定外利用料（実費）

費 目		金 額 (非課税)	備 考
日常生活品費	1日あたり	400円	利用者様の身の回り品として日常生活に必要な物品を当施設で提供いたします。 □利用します □利用しません
教養娯楽費	1回あたり	200円	レクリエーション時の材料費、遊具等の費用
費 目		金 額 (本体価格)	備 考
個室料	1日	3,000円	
2人室 室料	1日	2,000円	
おやつ代	1食	150円	希望者のみ
行事食	1食	1200円	希望者のみ
病衣貸出料	1日	200円	施設の病衣をご利用の場合

テレビ使用料	1日	100円	
冷蔵庫使用料	1日	100円	
電気使用料	1日	40円	その他の電気製品1品目について
洗濯代（業者委託）		5,000円	1月4ネット以上
洗濯代（業者委託）	1ネット	600円	1月3ネットまで
理美容代（業者委託）	1回	3,000円	顔剃りを含みます
健康管理料		8,000円	肺炎球菌ワクチン接種料
		当院規定の額	インフルエンザワクチン接種料

※上記料金に消費税が加算されます。

※上記以外で利用者に日常生活に必要な物品（おむつ、尿とりパッドを除く）等、負担いただくことが適当と認められるものについては、事前に説明し同意を得た後にお支払いいただきます。

あなたの介護療養施設サービスのご負担（概算）は下記のとおりです。

要介護度区分 _____ 居室（ 多床室 ・ 従来型個室 ）

居住費及び食費の負担段階 _____

1月 _____ 30 _____ 日

■介護保険給付対象サービスの利用料

1日あたりの利用者負担額 基本部分 _____ × 30日 = A : _____ 円

加算 _____ × 30日 = B : _____ 円

■居住費 _____ × 30日 = C : _____ 円

■食費 _____ × 30日 = D : _____ 円

■日用生活品費 400円 × 30日 = E : 12,000 円

◎利用料合計（概算）（A～E合計） _____ 円

8. 料金の支払時期及び支払方法

請求・支払時期

前月より継続して入所されている利用者様は、1月ごとの清算とし、毎月末で締め、翌月10日頃に1階受付窓口にて請求書を用意しております。請求月の20日までに現金または銀行振込にてお支払い下さい。なお振込手数料は、利用者様負担でお願い致します。

請求書送付希望の方は、送付手数料として110円(税込)いただきます。

また、料金のお支払いを受けたときは領収書を発行いたします。領収書は再発行できませんので大切に保管して下さい。

※利用料の受領は、1階受付窓口以外の場所では行いません。また、当院では預金通帳等をお預かりし、金銭管理する事はできませんのでご了承下さい。

1階 受付・会計窓口 お取り扱い時間

月曜日から土曜日 9時から17時

※休診日(夏季休診日及び年末年始休診日、祝日)を除きます。

お振込は、下記の口座へお願いします。

※利用者様のお名前でお振込下さい。

南都銀行 上市支店 普通預金口座 0019787 口座名義 医療法人 八甲会 理事長 潮田悦男 フリガナ イ) ハッコウカイ リジチョウ ウシオダエツオ

9. 苦情の申立・その他ご相談について

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、ご遠慮なくお申し付け下さい。

事業者窓口	苦情等相談窓口 担当者： 奥田 剛 電話：0746-32-3202 f a x：0746-32-1210 受付日：月曜～金曜日 受付時間：9時～17時
吉野町の窓口	吉野町長寿福祉課 電話：0746-32-8856
奈良県国民健康保険団体連合会	介護保険課指導相談係 電 話：0744-29-8326 フ-ダイヤル：0120-21-6899

10. 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じるとともに、当該措置を適切に実施するための担当者を設置します。

- ①虐待防止のための対策を検討する虐待防止委員会の定期的な開催と、その結果の職員への周知徹底。
- ②虐待防止のための指針の整備。
- ③職員に対する虐待を防止するための定期的な研修の実施。

11. 事故・トラブル発生等について

電話番号 0746-32-3202 宛にご連絡をお願いいたします。必要に応じ介護支援専門員、市町村窓口へ連絡等必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し再発を防ぐための対策を講じます。

12. 損害賠償

サービス提供にあたって、利用者様に対して当施設の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、当施設が加入している損害賠償保険にて速やかに対応いたします。ただし、当施設に故意・過失のないものはこの限りではありません。

13. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「医療法人 八甲会 潮田病院 消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「医療法人 八甲会 潮田病院 消防計画」にのっとり年2回訓練を行います。
防災設備	(非常用災害設備等) 消火器、自動火災報知設備、放送設備、誘導灯、火災通報設備 避難器具、屋内散水栓設備、スプリンクラー設備、 非常電源(自家発) 防火戸、防火シャッター、防火スクリーン、屋外階段 カーテン布団等は、防災性のあるものを使用しております。
消防計画等	奈良県広域消防組合 吉野消防署へ届出 防火管理者：小柳真太郎

14. ご利用の際にご留意いただく事項

施設においては、他の利用者の方の迷惑にならないように次の項目についてご留意いただきますようお願いいたします。これらの項目にご留意頂けなかった場合は、退所などの措置をとらせていただくことがあります。

- (1) 面会は平日午後1時～午後7時 土曜・日曜・祝日は午前11時～午後6時までとします。面会者はナースステーションに立ち寄り受付をして下さい。
- (2) 外出は事前に許可願を記入し、施設の許可を得て下さい。
- (3) 設備、備品の利用は、施設に申し込んで下さい。
- (4) 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従って利用して下さい。
これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- (5) 喫煙・飲酒は原則禁止となっております。
- (6) 他の利用者の迷惑になるような行為はしないで下さい。また、無断で他の居室に入らないで下さい。
- (7) 当施設では、多くの方に安心して療養生活を過ごしていただくために、「宗教活動及び政治活動」は禁止します。
- (8) 所持品・現金等の管理は行なっておりません。利用者ご自身で管理をお願いします。
- (9) 施設内へのペットの持ち込み及び飼育は禁止します。
- (10) 原則食べ物の持込は禁止しています。食べ物を持ち込む場合は事前にナースステーションに相談して下さい。また持ち込んだ食べ物を他の利用者に提供しないで下さい。

15:緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合その他緊急な場合、必要な処置を講ずるほか、利用者があらかじめ指定する連絡先へ速やかに連絡します。

住所・電話番号等に変更がありましたら必ずご連絡下さい。

16: 協力医療機関等

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

名称	所在地	電話番号
南奈良総合医療センター	奈良県吉野郡大淀町福神 8-1	0747-54-5000
森本歯科医院	奈良県吉野郡吉野町上市 137	0746-32-2180

※医療機関に対し、病歴等の情報を提供する場合があります。

介護医療院サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項を利用者に説明を行いました。

事業者
所在地 奈良県吉野郡吉野町上市 2 1 3 5
名称 医療法人八甲会潮田病院介護医療院

説明者氏名 印

私は、本書面により、「重要事項」の説明を受け、サービスの提供に同意します。

年 月 日

契約者

氏名 _____ 印

上記代理人

氏名 _____ 印

契約者との関係 (○印)	
親族 (: 続柄)
その他 ()

入所費のお支払いをされる方 (金銭管理をされる方)

氏名 _____ 印

住 所 _____

契約者との関係 (○印)	
親族 (: 続柄)
その他 ()

附則

この説明書は、令和6年4月1日から施行する。

個人情報の取り扱いについて

医療法人八甲会 潮田病院介護医療院（以下「当施設」）はサービス提供する上で知り得た利用者様及びそのご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

当施設は「医療法人八甲会 潮田病院介護医療院 個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。情報を第三者に提供する場合を別紙にてご呈示し、事前に利用者様の承認をいただきます。あらかじめお示しした用途以外には決して使用しません。また収集した個人情報の保存方法、保存期間及び廃棄処分については、適用される法律のもとに管理・処分いたします。

医療法人八甲会 潮田病院介護医療院 個人情報の利用目的

I 利用者様への介護・医療の提供に必要な利用目的

1 施設内部での利用に係る事項

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス・医療サービス
- ・介護保険事務・医療保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る施設の管理運営業務のうち次のもの
 - *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

II 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ・当該事業所等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
 - *その他の業務委託
 - *利用者の診療等にあたり、外部の医師の意見・助言等を求める場合
 - *家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務・医療保険事務のうち、
 - *審査支払機関への請求明細書の提出
 - *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
- ・行政機関等、法令に基づく照会・確認

III 上記以外の利用目的

1 施設内部での利用に係る利用目的

- ・介護関係事業者の管理運営業務のうち
 - *介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - *介護保険施設等において行われる学生の実習への協力
 - *施設において行われる事例研究等

2 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

- ・施設管理運営業務のうち外部監査機関、評価期間等への情報提供

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報について、「医療法人八甲会 潮田病院介護医療院
個人情報の利用目的」に記載するところにより使用することに同意します。

年 月 日

契約者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

上記代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

