

介護予防短期入所療養介護サービス
短期入所療養介護サービス

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	1
第 2 条	契約期間	
第 3 条	運営規定の概要	
第 4 条	(介護予防) 短期入所療養介護計画の作成・変更	2
第 5 条	(介護予防) 短期入所療養介護サービスの 内容及びその提供	
第 6 条	(介護予防) 短期入所療養介護サービスの利用	
第 7 条	身体拘束その他の行動制限	
第 8 条	協力義務	3
第 9 条	苦情処理	
第 10 条	診療の方針	
第 11 条	費 用	
第 12 条	利用者負担額の滞納	4
第 13 条	秘密保持	
第 14 条	甲の解除権	
第 15 条	乙の解除権	
第 16 条	契約の終了	5
第 17 条	清算	
第 18 条	損害賠償	
第 19 条	利用者代理人	
第 20 条	合意管轄	
第 21 条	協議事項	

期入所療養介護サービスの目的に従い、（介護予防）短期入所療養介護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（介護予防）短期入所療養介護計画を変更する必要がある場合
- 二 甲が（介護予防）短期入所療養介護計画の変更を希望する場合

- 5 乙は、前項に定める（介護予防）短期入所療養介護計画の変更を行う際には、甲及びその後見人又は家族に対し説明し、その同意を得るものとします。

（（介護予防）短期入所療養介護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（介護予防）短期入所療養介護計画に基づき、甲に対し（介護予防）短期入所療養介護サービスを提供します。ただし、（介護予防）短期入所療養介護計画を作成する必要がある場合は、乙は、甲の要介護状態の軽減もしくは悪化防止のために甲の心身の状況等に配慮し、適切な（介護予防）短期入所療養介護サービスを提供します。各種サービスの内容は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

- 2 乙は、甲の（介護予防）短期入所療養介護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。
- 3 甲及びその後見人（後見人がいない場合は、甲の家族）は、必要がある場合は、乙に対し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。

（（介護予防）短期入所療養介護サービスの利用）

第6条 甲は、乙が提供する（介護予防）短期入所療養介護サービスの利用にあたっては、利用を希望する期間の初日の1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ことができます。

- 2 前項の申し込みに対して、乙は正当な理由がない限り、甲の利用を拒めません。
- 3 乙は、自ら適切な（介護）短期入所療養介護サービスを提供することが困難な場合は、甲の利用する居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の（介護予防）指定短期入所療養介護事業者等の紹介その他必要な措置を速やかに講じます。

（身体的拘束その他の行動制限）

第7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、第5条第2項の(介護予防)短期入所療養介護サービスの提供に関する記録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8条 甲は、乙が甲のため(介護予防)短期入所療養介護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9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(介護予防)短期入所療養介護サービスについて甲、甲の後見人又は甲の家族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、甲の後見人又は甲の家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として不利益な取扱いをすることはできません。

(診療の方針)

第10条 乙は、配置の医師及び看護職員に常に甲の健康状態に注意させ、必要に応じて適切な診療・指導を行うよう誠意を持って指導します。

- 2 乙は、甲に病状の急変が生じた場合等により、自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、他の医師の対診を求める等診療について適切な対応を講じます。

(費用)

第11条 乙が提供する(介護予防)短期入所療養介護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額を乙に支払います。
- 3 乙は、提供する(介護予防)短期入所療養介護サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。
- 4 乙は、甲が正当な理由もなく(介護予防)短期入所療養介護サービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、別紙重要事項説明書に記載したキャンセル料の支払いを求めることができます。
- 5 乙は、(介護予防)短期入所療養介護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。

- 6 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。

(利用者負担額の滞納)

第12条 甲が正当な理由なく乙に支払うべき利用者負担額を滞納した場合において、乙が甲に対して2週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、乙は全額の支払いがあるまでの次回の利用をお断りすることがあります。

(秘密保持)

第13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又は家族の秘密を漏らしません。

- 2 乙及びその職員は、サービス担当者会議等において、甲及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

第14条 甲は、現に（介護予防）短期入所療養介護サービスを利用中でない限り、いつでもこの契約を解除することができます。

- 2 甲は、現に（介護予防）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、即時にこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第15条 乙は、甲が次の各号に該当する場合は、2週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 第12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。
 - 三 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。
 - 四 ハラスメント行為があったとき。
- 2 乙は、甲が次の各号に該当する場合において、事態の回復が見込めないときは、即時にこの契約を解除することができます。
- 一 甲が伝染性疾患により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る場合。
 - 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。

- 3 乙は、前二項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって甲の居宅サービス計画（要支援においては介護予防サービス計画）を作成した居宅

介護支援事業者や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第16条 次に掲げるいずれかの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（支援）認定を受けられなかったとき
- 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 第14条に基づき、甲が契約を解除したとき
- 四 第15条に基づき、乙が契約を解除したとき
- 五 甲が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入所等をしたとき
- 六 甲が、死亡したとき

(清算)

第17条 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。

(損害賠償)

第18条 乙は、（介護予防）短期入所療養介護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に連絡を行うとともに、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、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意、過失がない場合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19条 甲は、代理人を選任し、この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。

(合意管轄)

第20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21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、甲乙各署名押印して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 2 1 3 5
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

〈令和6年8月1日現在〉

介護予防短期入所介護サービス
短期入所療養介護サービス

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、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. 事業所の概要	9
2. 事業の目的及び運営方針	
3. 建物の構造・設備の概要	
4. 通常の事業の実施地域及び送迎の実施地域	10
5. 利用定員	
6. サービスを提供する職員体制及び勤務体制	
7. 提供するサービス内容及び費用について	11
8. キャンセル料	17
9. 料金の支払時期及び支払方法	
10. 苦情の申立について	18
11. 虐待防止に関する事項	
12. 事故・トラブル発生等について	
13. 損害賠償	
14. 非常災害時の対策	
15. ご利用の際にご留意いただく事項	19
16. 緊急時の対応方法	
17. 第三者による評価の実施状況	

1. 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 及び管理者の氏名	医療法人八甲会 潮田病院介護医療院 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 F A X 0746-32-1210
ホームページアドレス	http://hakohkai.com

2. 事業の目的及び運営方針

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、療養を必要とする要介護・要支援者に対し、常に人格を尊重し、利用者様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、関係法令等を遵守し、事業を実施します。

3. 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・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

4. 通常の事業の実施地域及び送迎の実施地域

指定短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護の通常の事業の実施地域は下記の地域です。

吉野町の山口、河原屋、津風呂、平尾、峰寺、千股、志賀、滝畑、佐々羅、西谷、上市、立野、飯貝、丹治、吉野山の下千本、吉野山の中千本、六田、左曾、橋屋、香束、宮滝、御園、檜井、菜摘

大淀町の畑屋、越部、土田、桧垣本、下渕の下渕新町1丁目～3丁目、下渕岡崎1丁目～6丁目、下渕車坂町、下渕つつじヶ丘、岩壺、西増、中増、北六田、北野、新野、馬佐、比曾

5. 利用定員

(介護予防) 短期入所療養介護サービスの利用定員は、利用者が申込をしている当該日の介護医療院サービスの定員数(60名)より当日の入所者数を差し引いた数とします。

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・言語聴覚士	日勤 8:15～18:15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

介護予防短期入所療養介護サービス・短期入所療養介護サービス(共通)

サービス種別	サービスの内容
短期入所療養介護計画(介護予防短期入所療養介護計画)の作成	利用者にかかる居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画(要支援の利用者においては介護予防サービス計画)に基づき、利用者の意向や、心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた短期入所療養介護計画(介護予防短期入所療養介護計画)を作成します。
食事	食事時間 朝食 8時～ 昼食 12時～ 夕食 18時～ 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、療養食等利用者の健康状態に合わせた献立を作成し調理し、提供いたします。 好き嫌いやアレルギーがある方は事前にご相談下さい。
医療・看護	診療は適宜行います。 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、専門の医療機関にて治療を受けていただく場合があります。
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回の入浴または清拭を行います。
排泄	利用者の状況・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・整容等	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。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 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。
レクリエーション等	適宜レクリエーションを行います。
送迎	ご希望により居宅から施設間の送迎を行います。
ご相談等	利用者、ご家族様からのご相談を随時受け付けております。 ご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-1：基本部分：短期入所療養介護サービスの利用料

多床室	I型介護医療院短期入所療養介護費（I）
要介護1	8,940円
要介護2	10,060円
要介護3	12,500円
要介護4	13,530円
要介護5	14,460円

従来型個室	I型介護医療院短期入所療養介護費（I）
要介護1	7,780円
要介護2	8,930円
要介護3	11,360円
要介護4	12,400円
要介護5	13,330円

A-2：基本部分：介護予防短期入所療養介護サービスの利用料

多床室	I型介護医療院短期入所療養介護費（I）
要支援1	6,660円
要支援2	8,270円

従来型個室	I型介護医療院短期入所療養介護費（I）
要支援1	6,030円
要支援2	7,410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	▲25円	室面積が8㎡/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加算します
夜間勤務等看護Ⅱ		140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加算します 当該加算の体制・人員要件を満たす場合加算します。
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	

サービス提供体制強化加算Ⅱ	1日につき	160円	当該加算の体制・人員要件を満たす場合加算します。 療養食を提供した場合（1日につき3回が限度）
サービス提供体制強化加算Ⅲ		60円	
療養食加算	1回につき	80円	
送迎加算		1,840円	送り、迎え各々につき加算します。
緊急短期入所受入加算	1日につき	900円	ご利用者の状態やご家族様等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所療養介護を受けることが必要と認められた利用者に対して90単位を加算します。
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		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
医学情報提供(Ⅰ)		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
重度療養管理	1日につき	1,230円	短期入所療養介護サービスの利用者のみ 重度療養管理に係る状態にある利用者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に加算します。
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

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		(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		(世帯) 44,400円 ※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	(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	(世帯) 24,600円 (個人) 15,000円
生活保護受給者の方		(個人) 15,000円

②介護保険給付対象外サービスの利用料

A：居住費・食費

居住費は1日あたり、食費はご利用になった実績(1食単位)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(1食あたりで計算)

対象者	負担段階	食費(1食あたり)			自己負担額 上限額/日
		朝食	昼食	夕食	
現役並み所得・一般世帯の方	第4段階	422円	784円	784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	285円	580円	580円	1,300円
	年金収入等80万円超120万円以下				1,000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

	老齢福祉年金受給者	第1段階				300円
生活保護受給者の方						

居住費（1日あたりで計算）

対象者		負担段階	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	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。

この場合「サービス提供証明書」を交付いたしますので、「領収証」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行って下さい

②介護保険給付対象外サービスの利用料

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	330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。 <input type="checkbox"/> 利用します <input type="checkbox"/> 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）	1月	5,000円	1月4ネット以上ご利用された場合
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
健康管理料		当院規定の額	インフルエンザワクチン接種料
送迎費 *通常の事業の実施地域を超えて送迎を実施する場合		片道 1kmにつき400円	通常の事業の実施地域を越えた地点より、介護保険利用者負担額に加えて別途料金（片道1kmにつき400円）をご負担いただきます。

※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。

あなたの介護予防短期入所療養介護サービス・短期入所療養介護サービスのご負担（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 _____

利用日数 _____ 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 _____ × _____ 日 = A : _____ 円

加算 _____ × _____ 日 = B : _____ 円

■居住費 _____ × _____ 日 = C : _____ 円

■食費 _____ × _____ 日 = D : _____ 円

■日常生活品費 330円 × _____ 日 = E : _____ 円

◎利用料合計（概算）（A～E合計） _____ 円

8. キャンセル料

利用者様のご都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料を頂きます。ただし、利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の2日前までに連絡があった場合	無料
利用日の前日に連絡があった場合	利用料自己負担部分の10%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の15%

9. 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。

退所時は、会計準備が出来ましたら療養棟へご連絡いたしますので、居室でお待ち下さい。

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

10. 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：ケアマネージャー奥田 剛 電話：0746-32-3202 fax：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 フリーダイヤル：0120-21-6899

11. 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。

12. 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、他のサービス事業者、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。

13. 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。

14. 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

15. 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。面会者はサービ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サービ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。

16. 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必要な場合、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、主治医等へ速やかに連絡します。変更の場合は、ご連絡をお願いいたします。

17. 第三者による評価の実施状況

なし

指定介護予防短期入所療養介護サービス、短期入所療養介護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2135
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

住 所 _____

氏 名 _____ 印

上記代理人

住 所 _____

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

