

重要事項説明書

介護老人保健施設ハイム・メアーズ

宮城県本吉郡南三陸町志津川字袖浜 255 番地

0 2 2 6 - 4 6 - 2 7 7 2

○目次

| | |
|--------------------------|-----------------|
| 1. 施設の概要 | (2 ページ・3 ページ) |
| 2. 利用手続きについて | (3 ページ・4 ページ) |
| 3. サービス内容について | (4 ページ) |
| 4. 利用料金について | (5 ページ) |
| 5. 協力医療機関について | (5 ページ) |
| 6. 施設利用に当たっての留意事項について | (5 ページ・6 ページ) |
| 7. 禁止事項 | (6 ページ) |
| 8. 緊急時・事故発生時の対応方法について | (6 ページ) |
| 9. 非常防災対策について | (7 ページ) |
| 10. 損害賠償について | (7 ページ) |
| 11. サービス内容に関する相談・苦情について | (7 ページ・8 ページ) |
| ※ 添付資料① 苦情処理 | (9 ページ) |
| ※ 添付資料②-1 利用料金表 | (10 ページ・14 ページ) |
| ※ 添付資料②-2 介護保険制度について | (15 ページ・16 ページ) |
| 12. 短期入所療養介護利用約款 | (17 ページ・20 ページ) |
| 13. 個人情報利用目的 ※添付資料 3 | (21 ページ) |
| 14. 個人情報使用についての同意書 | (22 ページ) |
| 15. サービス提供に伴う利用負担にかかる同意書 | (23 ページ) |
| 16. 短期入所療養介護利用同意書 | (24 ページ) |

短期入所療養介護重要事項説明書

(令和 6年 8月 1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設経営法人

- ・法人名 社団医療法人 啓愛会
- ・法人所在地 〒023-0104
岩手県奥州市水沢羽田町駅前二丁目87番地
- ・電話番号 0197-22-2688
- ・FAX番号 0197-24-0338
- ・代表者名 理事長 井筒 岳
[啓愛会理念]
『良き医療とやすらぎの環境』

(2) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設ハイム・メアーズ
- ・開設年月日 平成18年 4月10日
- ・所在地 宮城県本吉郡南三陸町志津川字袖浜255番地
- ・電話番号 0226-46-2772
- ・FAX番号 0226-46-2773
- ・管理者名 山野上 昭光
- ・施設長名 山野上 昭光
- ・介護保険指定番号 宮城県 指定番号 0453680027 号

(3) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、短期入所療養介護サービスの提供においては、利用者の心身の状況若しくは病状により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図る為に、居宅サービス計画の内容に沿って、一時的に入所して看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話等の短期入所療養介護サービスを提供する事を目的としています。

この目的に沿って、当施設では、以下の様な運営の方針を定めていますので、ご理解頂いた上でご利用下さい。

[介護老人保健施設ハイム・メアーズの運営方針]

- ・利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。
- ・明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者や老人保健施設その他の保健、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。

(4) 敷地及び建物

| | | | | |
|-------|-------|--------------------|---------------|-------------|
| 敷地 | | 9973.35㎡ | | |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造3階建(耐火建築) | | |
| | 延べ床面積 | 4919.46㎡ | | |
| 設備の種類 | | 数 | 面積(1室当り) | 1人当りの面積 |
| 共同生活室 | | 8室(4室/4室) | 45.63㎡/35.89㎡ | 4.56㎡/3.59㎡ |
| 機能訓練室 | | 1室 | 114.93㎡ | |
| 浴室 | | 8室(4室/4室) | 9.11㎡/8.08㎡ | |

| | | | |
|------|---------------|---|--|
| 機械浴室 | 2 室 | 33.05 m ² | |
| 便所 | 24 個所(2F・3F) | 5.53 m ² (2)/5.18 m ² (2)/5.12 m ² (8)/4.66 m ² (4) /3.65 m ² (4)/3.39 m ² (4) | |
| 居室 | 80 室 (定員 1 名) | 13.52 m ² (4)/11.49 m ² (64)/11.68 m ² (12) | |

(5) 施設の職員体制

(老人保健施設・短期入所療養介護：人員数)

| | 職員数 | 常勤 | 非常勤 | 兼務 | 業務内容 |
|----------|-----|----|-----|----|------------------------|
| ・医師 | 1 | 1 | | | 利用者の健康管理及び適切な医療処置 |
| ・看護職員 | 10 | 8 | 1 | 1 | 利用者の保健衛生並びに看護業務 |
| ・介護職員 | 34 | 32 | 2 | 0 | 利用者等の日常生活全般にわたる介護業務 |
| ・作業療法士 | 4 | | | 3 | 利用者等に対する作業療法 |
| ・理学療法士 | | | | 1 | 利用者等に対する理学療法 |
| ・管理栄養士 | 1 | 1 | | | 利用者等の栄養指導及び栄養ケアマネジメント |
| ・介護支援専門員 | 1 | 1 | | | 利用者のサービス計画の作成全般と苦情処理業務 |
| ・支援相談員 | 2 | 2 | | | 利用者等の相談の支援及び苦情処理業務 |
| ・薬剤師 | 1 | | 1 | | 利用者の調剤及び服薬指導 |
| ・事務職員 | 4 | 4 | | | 施設の維持管理及び事務処理 |

- (6) 短期入所療養介護 定員 利用者が申込みをしている当該日の介護保健施設サービスの定員数より実入所者数を差し引いた数
(予防短期入所療養介護)

※利用施設であわせて実施する事業
事業の種類

入所利用 定員 80名

通所リハビリテーション 定員 20名

(通所リハビリテーション)

指定年月日 平成18年 4月10日

介護保険指定番号 宮城県 指定番号 0453680027 号

2. 利用手続きについて

- (1) ご利用希望日を担当の居宅支援事業所の介護支援専門員(ケアマネージャー)の方へご相談ください。担当者がサービス計画を作成し調整した上でご利用頂けます。又、利用に際して、施設へ来所若しくはご自宅等に訪問し、サービス説明を行います。その際にご利用希望者様の介護保険証を確認させて頂き、当施設より必要書類(重要事項説明書、申請書)をお渡し致します。又、本人状況の確認、診療情報提供書の作成の依頼を行います。書類提出後、ご利用希望者様が、当施設が提供する介護サービスをご利用可能か、職種間にて検討し決定させて頂きます。
- (2) サービスを受けられない方
 - ①要介護認定を受けてない方
 - ②緊急な医学的管理が既に必要とされている方
 - ③入所生活、集団生活を送る事が困難と判断される方
- (3) 入所・退所の時間について
原則として、午前10時～午後3時の間とします。
※ それ以外の時間を希望される場合は施設職員までご相談下さい。

(4) 送迎について

居宅介護サービス計画に基づき、居宅及び施設間の送迎を実施します。
ご利用希望者様の身体状況によって、ご家族対応が困難の場合にはご相談下さい。

(5) 持ち物について

- ・介護保険被保険者証・健康保険証類・負担限度額証等（写しでも可）・かかりつけの診察券
- ・日数相当分の衣類、タオル類・洗面用具・入れ歯ケース・内履きの靴・お薬（現在内服中の物）
- ・爪切り ・ヘアブラシ

3. サービス内容について

(1) 介護保険の基準サービス

①短期入所療養介護サービス計画の立案・・・当施設でのサービスは、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画の内容に沿って、どのような介護サービスを提供すれば、その利用者が可能な限りその家庭において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営む事が出来る状態になるのか、という短期入所療養介護計画に基づいて、利用者の療養生活の質の向上およびご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご本人・ご家族様、身元引受人等の希望を十分に取り入れ、同意を頂いた上で短期入所療養介護サービス計画の立案を行います。

②食事・・・嚥下状況・咀嚼機能・疾病状況を考慮した食事を提供いたします。

③入浴・・・一般浴槽の他、入浴に介助を要するご利用者には特別浴槽で対応します。入所利用者に関しては、週2回ご利用いただけます。但し、心身の状況により、身体清拭となる場合もございます。

④医学的管理・看護・・・医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者様の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

⑤介護・・・居宅介護サービス計画の内容に沿った、短期入所療養介護計画に基づいて実施します。

⑥機能訓練・・・原則として機能訓練室にて実施しますが、施設内での全ての活動が機能訓練の為のリハビリテーション効果を期待したものです。

⑦栄養状態の管理・・・心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

⑧相談援助サービス

※これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を頂くものもありますので、具体的にご相談下さい。

(2) 介護保険の基準外サービス

当施設が提供するサービスは介護保険給付対象（基準サービス）が原則ですが、利用者（身元引受人）との合意に基づき、以下のサービスを提供するものとします。

①介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

②特別療養室のご利用・・・特別療養室A・Bのご利用

③特別に定める日用品の提供・・・ティッシュ、シャンプー、ボディソープ等

④特別な食事の提供

⑤理容サービス・・・カットのみ

⑥教養娯楽費・・・レクリエーションで使用する材料等

⑦衣類のクリーニングサービス・・・水洗いできる衣類等のみ

⑧預り金管理サービス・・・現金管理のみ（買い物等の代行は致しません）

⑨電気使用料・・・持ち込んだ家電製品を居室内で使用する場合

⑩各種証明書等の発行

※これらのサービスについて、その利用料金はすべて実費にてお支払いいただきます。

4. 利用料金について

(1) 《添付資料②》の料金表をご覧ください。

(2) 支払い方法

- ・毎月10日頃までに、前月分の請求書を発行しますので、その月末までにお支払い下さい。お支払い頂きますと領収書を発行致します（再発行は致しませんのでご注意ください）。
- ・お支払いの方法は、会計窓口での現金払いを原則とさせていただきます。
- ・利用料金、減額の申請及び高額介護(居宅支援)サービス費等の制度もございますので、市町村の介護保険担当窓口にてご相談下さい。

5. 協力医療機関について

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力を頂いています。

・協力医療機関

- ・名称 南三陸病院
- ・住所 宮城県本吉郡南三陸町志津川字沼田14番地3
- ・電話番号 0226-46-3646

- ・名称 美希病院
- ・住所 岩手県奥州市前沢古城字丑沢上野100番地
- ・電話番号 0197-56-6111

・協力歯科医療機関

- ・名称 南三陸病院
- ・住所 宮城県本吉郡南三陸町志津川字沼田14番地3
- ・電話番号 0226-46-3646

- ・名称 志津川歯科クリニック
- ・住所 宮城県本吉郡南三陸町志津川字南町203番地7
- ・電話番号 0226-46-5678

※入所者に係る往診及び通院（他科受診）について

- ①比較的安定している病状に対する医療については施設で対応いたします。入所者の傷病等からみて必要な場合には往診、通院を認めますが、不必要に往診を求めたり通院することは出来ません。
- ②受診する場合には、提供している介護保険サービスについて必要な事項が記載されている入所者の健康手帳及び介護保険法21条第3項に規定する被保険者証を携えて受診しなければなりません。
- ③受診する場合は、当施設医師による受診先病院又は診療所の医師又は歯科医師に対して診療状況に関する情報提供（診療情報提供書）が必要です。

※歯科受診について

- ①歯科受診については、保険請求が認められております。（利用者負担）
 - ・受診を希望する場合には、職員へご相談下さい。

6. 施設利用に当たっての留意事項について

①面会

- ・面会時間は午前8時30分～午後5時15分迄とさせていただきます。
- ・面会の際には、事務室前にある面会簿に所定事項の記入をお願いします。
- ・飲食物の持ち込み、差し入れにつきましては、衛生管理及び医学的管理上、問題となる場合がございますので、ご遠慮下さい。

②外出

- ・外出を希望される場合は、所定の届出用紙にご記入の上、お申し出下さい。
- ・外出の時間が変更になる場合は、予めご連絡をお願いします。

③飲酒

- ・飲酒は禁止させていただきます。但し、施設行事に伴って提供される場合はこの限りではありません。

④喫煙・火気の取り扱い

- ・施設内での喫煙については、健康管理上、禁煙と致します。また、火気の手配については、火災防止の為、施設敷地内での使用は禁止致します。

⑤設備・備品の利用

- ・設備・備品の利用に当たっては、損傷や汚染等に十分にご注意願います。尚、寝具備品等を著しく破損又は汚染した場合には、修理代又はクリーニング代の実費を申し受ける場合があります。
- ・居室内は常に整理整頓に心掛け、必要以外の物は置かない様をお願い致します。

⑥金銭・貴重品の持ち込み

- ・金銭及び貴重品の施設内への持ち込みは、原則としてお断り致します。但し、やむを得ない事由による場合は、所定の手続きを経た上で事務室にてお預かり致します。
- ・万一、金銭等（小銭も含む）を利用者ご自身でお持ちになる場合は、盗難や紛失に十分にお気を付け願います。尚、この場合、盗難や紛失が発生した場合でも当施設ではその責任を一切負いません。

⑦外出時の施設外での受診

- ・介護保健施設サービスを受けている方が、外出時等に他の保健医療機関を受診する場合、その医療機関では、治療費や薬剤代等の保険者への請求が法的に制限されていますので、受診を希望する際には当施設に事前にご相談下さい。

⑧宗教活動

- ・宗教活動については、信仰の自由を妨げるものではありませんが、騒音等での他の施設利用者の迷惑にならない範囲とさせていただきます。

⑨ペットの持ち込み

- ・ペットの持ち込みについては、ご遠慮下さい。

⑩消灯

- ・共用部分の消灯時間は21時となっています。

⑪衣類管理

- ・夏物冬物の交換、修繕、洗濯はご家族の方の責任でお願いいたします。

7. 禁止事項

- ・当事業所では、多くの方に安心してサービスを受けていただくために、事業所内（送迎車両内を含む）での利用者の営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動及び、他の利用者への迷惑となる行為は、禁止させていただきます。

もし、再三の注意にもかかわらず、これらの行為を止めない場合は、利用契約を解除・終了とさせていただきます。

8. 緊急時・事故発生時の対応方法について

- ①当施設は、利用者に対し施設医師の医学的判断により受診が必要と認める場合には、協力医療機関又は、協力歯科医療機関での診察を依頼することがあります。
- ②当施設は、利用者に対し当施設における介護保険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いたします。
- ③前2項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は利用者の家族（緊急連絡先）に対して、速やかに連絡を行い、状況報告を行うように致します。
- ④緊急時又事故発生時の内容等については状況等を記録し、再発防止に努めるように致します。

9. 非常防災対策

当施設では、次の様な防災設備の設置と、防災訓練等を実施しています。

- ・防災設備 誘導灯、非常警報設備、受電設備、発電機械設備、消火器設備、スプリンクラー設備、屋内消火栓設備、避難器具（すべり台）
- ・防災訓練 年2回

10. 損害賠償について

・当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。また、守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その障害について利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

11. サービス内容に関する相談・苦情について

- ・当施設には利用者からの相談又は苦情に対して「支援相談員」「介護支援専門員」が勤務していますのでお気軽にご相談ください。要望や苦情などは支援相談員、介護支援専門員にお寄せいただければ、相談担当者が速やかに対応いたします。また、玄関ホールに備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

・当施設における苦情の受付

電話番号 0226-46-2772
F a x 0226-46-2773
担当 主任支援相談員 村上 知大 支援相談員 高橋 香
介護支援専門員 武山 富美
受け付け時間 9:00～16:00

・行政機関その他苦情受付機関

名称 南三陸町保健福祉課
所在地 本吉郡南三陸町志津川字沼田14番地3
連絡先 Tel 0226(46)3041
Fax 0226(46)4587
受付 月曜日～金曜日 8時30分～17時まで

名称 国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談室
所在地 仙台市青葉区上杉1-2-3 自治会館6階
連絡先 Tel 022-222-7700
Fax 022-222-7260
受付 月曜日～金曜日 9時～16時まで

名称 宮城県社会福祉協議会
福祉サービス利用に関する運営適正化委員会
所在地 仙台市青葉区本町3-7-4
連絡先 Tel 022-716-9674
Fax 022-716-9298
受付 月曜日～金曜日 9時～16時まで

※ 迅速かつ円滑に苦情処理を行う為の処理体制・手順について（添付資料①）

- ① 苦情があった場合、相談担当者が利用者やその家族に連絡をとり、必要のある場合は訪問し、事実を確認する。
- ② 苦情がサービス提供に関するものである場合、担当の職員へ事実確認を行う。
- ③ 必要に応じて職員会議を招集し、その結果に基づいた対応を協議する。
会議構成員（施設長・事務長・看護師長・各部署主任）
- ④ 苦情の記録は台帳に保管し、再発の防止に役立てる。

苦情処理体制及び手順

(目的)

入所・短期入所・通所の利用者及びその家族、または来所者等より、当施設の提供する施設サービス・通所リハビリテーションサービスに対する要望又は苦情等の申し出があった場合、迅速かつ適切に対応し、今後の施設運営に反映させることとする。

(要望又は苦情の受付)

要望又は苦情等についての申し出は、担当の支援相談員、介護支援専門員が直接受ける事ができる。又は、施設の窓口に備え付けの用紙、若しくは文書等により所定の場所に設置する「ご意見箱」への投函により申し出を受け付ける事が出来る。

(苦情処理の体制及び手順)

| ＜対応の手順＞ | ＜担当者＞ | ＜実施内容＞ |
|-----------|--|---|
| 要望又は苦情の受付 | 介護支援専門員 支援相談員 | 別に定める「相談・苦情内容報告書」に受付内容を記入する。当事者から詳しく事情を確認する。 |
| 対応についての協議 | 師長 介護支援専門員 支援相談員 各部署の所属長 (施設長含む) | 関係部署の所属長と対応について協議し、対応及び処理方法について「相談・苦情内容報告書」に記入し、施設長に提出する。協議の結果、早急に具体的な対応を行う(利用者に説明・謝罪に行く等)。 |
| 対応についての指示 | 施設長 | 苦情内容の確認と処理方法について必要がある時は指示を行う。 |
| 施設運営への反映 | 事務長 | 苦情内容と処理方法について、運営会議に報告し、必要があるときは処理方法について協議し、施設運営の改善策を決定する。また、記録を台帳に保管する。 |

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ 短期入所療養介護利用料金表

【 ユニット型個室 施設基準(基本型) 】

単位 円

| | | 介護保険分 | | 自己負担分 | | 1日当 利用合計 | |
|------------------|-----------------------|---------|---------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|-------|
| | | 要介護度 | 基本サービス費 | 滞在費 | 食費 | | |
| 一 割 負 担 | 第 一 段 階 | 要介護1 | 836 | 880 | 300 | 2,016 | |
| | | 要介護2 | 883 | | | 2,063 | |
| | | 要介護3 | 948 | | | 2,128 | |
| | | 要介護4 | 1,003 | | | 2,183 | |
| | | 要介護5 | 1,056 | | | 2,236 | |
| | | 要介護1 | 836 | | | 880 | 600 |
| | 要介護2 | 883 | 2,363 | | | | |
| | 要介護3 | 948 | 2,428 | | | | |
| | 要介護4 | 1,003 | 2,483 | | | | |
| | 要介護5 | 1,056 | 2,536 | | | | |
| | 第 三 段 階 ① | 要介護1 | 836 | 1,370 | 1,000 | 3,206 | |
| | | 要介護2 | 883 | | | 3,253 | |
| | | 要介護3 | 948 | | | 3,318 | |
| | | 要介護4 | 1,003 | | | 3,373 | |
| | | 要介護5 | 1,056 | | | 3,426 | |
| | 第 三 段 階 ② | 要介護1 | 836 | 1,370 | 1,300 | 3,506 | |
| | | 要介護2 | 883 | | | 3,553 | |
| | | 要介護3 | 948 | | | 3,618 | |
| | | 要介護4 | 1,003 | | | 3,673 | |
| | | 要介護5 | 1,056 | | | 3,726 | |
| 第 四 段 階 | 要介護度 | 基本サービス費 | 自己負担分 | | 1日当 利用合計 | | |
| | 要介護1 | 836 | 2,066 | 1,600 (朝 380 昼 610 夕 610) | 4,502 | | |
| | 要介護2 | 883 | | | 4,549 | | |
| | 要介護3 | 948 | | | 4,614 | | |
| | 要介護4 | 1,003 | | | 4,669 | | |
| | 要介護5 | 1,056 | | | 4,722 | | |
| | 要介護1 | 1,672 | | | 2,066 | 1,600 (朝 380 昼 610 夕 610) | 5,338 |
| | 要介護2 | 1,766 | | | | | 5,432 |
| | 要介護3 | 1,896 | | | | | 5,562 |
| | 要介護4 | 2,006 | | | | | 5,672 |
| | 要介護5 | 2,112 | | | | | 5,778 |
| 第 四 段 階 | 要介護1 | 2,508 | | | 2,066 | 1,600 (朝 380 昼 610 夕 610) | 6,174 |
| | 要介護2 | 2,649 | 6,315 | | | | |
| | 要介護3 | 2,844 | 6,510 | | | | |
| | 要介護4 | 3,009 | 6,675 | | | | |
| | 要介護5 | 3,168 | 6,834 | | | | |
| 二 割 負 担 | | | | | | | |
| 三 割 負 担 | | | | | | | |

| 項目 | 内容 | 料金 | | |
|--------------------|---|--------|--------|--------|
| | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 送迎加算 #1,#2 | 入退所時に送迎サービスをご利用される場合。(片道) | 184/片道 | 368/片道 | 552/片道 |
| 夜勤職員配置加算 | 利用者20名以上に夜勤職員が1名以上、かつ入所者41名以上では2名以上の配置の場合。 | 24 | 48 | 72 |
| 個別リハビリテーション実施加算 | 医師、看護職員、理学療法士、作業療法士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、計画に基づいて医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士等が個別リハビリテーションを20分以上実施した場合。 | 240 | 480 | 720 |
| 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為、在宅生活が困難であり、緊急に指定短期入所療養介護を利用することが適当であると判断し、サービスを行なった場合。 ※利用開始日から7日を限度 | 200 | 400 | 600 |
| 緊急短期入所受入加算 | 利用者の状態や家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が必要と認め、居宅サービス計画において計画されていない指定短期入所療養介護を緊急に行なった場合。 ※利用開始日から7日を限度とするが、利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日を限度とする。 | 90 | 180 | 270 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 若年性認知症(初老期における認知症と診断された者)利用者に対して短期入所療養介護を行なった場合。 受入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めている場合。 | 120 | 240 | 360 |
| 重度療養管理加算 | 要介護4又は要介護5の利用者に対して計画的な医学的管理を継続して行い、かつ療養上必要な処置を行なった場合。 ・常時頻回の喀痰吸引を実施している場合。 ・人口呼吸器を使用している場合。 ・中心静脈栄養を実施している場合。 ・人工腎臓を実施しており、重篤な併症を有する場合。 ・重篤な心機能障害、呼吸器障害等により常時モニター測定を実施している場合。 ・膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者程度等級表の四級以上に該当し、かつストーマ処置を実施している場合。 ・経鼻経管、胃婁等の経腸栄養が行われている場合。 ・褥瘡に対する治療を実施・気管切開が行われている場合。 (いずれかに該当する状態) | 120 | 240 | 360 |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ) | ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)の(i)又は(iii)に該当し、以下の基準について算定した数(※)が40以上となった場合。 ※A+B+C+D+E+F+G+H+I+J A:算定月前6月間において退所者のうち居宅において介護を受けることになったものの占める割合が50/100を超える場合は20、50/100以下で30/100を超える場合は10、30/100以下は0。 B:30.4を平均在所日数で除した数が10/100以上で20、10/100未満で5/100以上の場合は10、5/100未満で0。 C:算定月前3月間において入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に居宅を訪問し、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を行なったものの占める割合が35/100以上で10、35/100未満で15/100以上の場合は5、15/100未満で0。 D:算定月前3月間において、入所者のうち入所期間が1月を超えると見込まれる者の退所前30日以内、または退所後30日以内に居宅を訪問し当該者及びその家族等に対して指導を行なった者の割合が、35/100以上で10、35/100未満で15/100以上の場合は5、15/100未満で0。 E:訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・短期入所療養介護について当該施設においてすべてのサービスを実施している場合は5、いずれか2種類実施している場合で、訪問リハビリテーションを実施している場合は3、訪問リハビリテーションを実施していない場合は1、いずれか1種類を実施またはいずれも実施していない場合は0。 F:常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が5以上でありリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除した数に100を乗じた数がそれぞれ0.2以上である場合は5、5以上の場合は3、5未満であり、3以上である場合は2、3未満である場合は0。 G:常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が3以上かつ社会福祉士の配置がある場合は5、配置がない場合は3、3未満で2以上の場合は1、2未満の場合は0。 | 51 | 102 | 153 |

| 項目 | 内容 | 料金 | | |
|----------------|---|----------------|-----------------|-----------------|
| | | 1割 | 2割 | 3割 |
| | H:算定月の前3月間における入所者のうち要介護 4,5 の者の占める割合が50/100 以上で、5、50/100 未満で35/100 以上の場合は3、35/100 未満で0。 I:算定月前3月間における入所者のうち喀痰吸引が実施された者の割合が10/100 以上で5、10/100 未満で5/100 以上の場合は3、5/100 未満で0。 J:算定月前3月間における入所者のうち経管栄養が実施された者の割合が10/100 以上で5、10/100 未満で5/100 以上の場合は3、5/100 未満で0。 地域に貢献する活動を行っていること。 | — | — | — |
| 総合医学管理加算 | 治療管理を目的とし、以下の基準に従い居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合。 ・診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。 ・診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。 ・かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。 ※10日を限度として1日につき加算 | 275 | 550 | 825 |
| 口腔連携強化加算 | 従業者が、口腔の健康状態の評価実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行った場合。 ※1月に1回に限り | 50 | 100 | 150 |
| 療養食加算 | 医師の食事せんに基づく療養食(※)を提供した場合。 ※療養食…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、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食(減塩食については総量6g未満) ※1日につき3回を限度とする。 | 8 (1日3回を限度) | 16 (1日3回を限度) | 24 (1日3回を限度) |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 事業所における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来す恐れのある症状若しくは行動が認められ介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。また、認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者が20人未満の場合は1以上。対象者の数が20人以上である場合には1に対象者の数が19を超えて10又はその端数が増すごとに1を加えた数以上を配置し、専門的な認知症ケアを実施、従業者に対して留意事項の伝達や技術指導に係る会議を定期的に開催した場合。 | 3 | 6 | 9 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 認知症専門ケア加算(Ⅰ)の要件をすべて満たし、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行っている場合。また、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、研修の実施または実施を予定している場合。 | 4 | 8 | 12 |
| 緊急時治療管理 | 救命救急医療を要し、緊急的な治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行った場合。 ※月に1回連続する3日を限度とする。 | 518 | 1,036 | 1,554 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 以下の内容のいずれにも適合している場合 (1) 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うえで、生産性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場合。 (2) 介護機器(見守り機器等)複数種類活用している場合。 (3) 職員の業務分担の明確化等による効率化や質の確保、負担軽減等についての検討と必要な取り組みを定期的実施し確認している場合。 (4) 1年以内ごとに1回、業務改善の取り組みによる効果を示すデータを厚生労働省に報告している場合。 | 100/月 | 200/月 | 300/月 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 以下の内容のいずれにも適合している場合 (1) 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うえで、生産性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場合。 (2) 介護機器(見守り機器等)を1台以上活用している場合。 (3) 1年以内ごとに1回、(1)及び(2)の取り組みによる効果を示すデータを厚生労働省に報告している場合。 | 10/月 | 20/月 | 30/月 |

| 項目 | 内容 | 料金 | | |
|------------------|--|----------|----|----|
| | | 1割 | 2割 | 3割 |
| サービス提供体制 強化加算 | (I) 以下のいずれかに該当した場合。 ①介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 80/100 以上 ②介護職員の総数のうち勤続 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 35/100 以上 | 22 | 44 | 66 |
| | (II) 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 60/100 以上 | 18 | 36 | 54 |
| | (III) 以下のいずれかに該当した場合。 ①介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 50/100 以上 ②看護・介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が 75/100 以上 ③利用者、入所者に直接サービスを提供する職員総数のうち、勤続7年以上の者を占める割合が 30/100 以上 | 6 | 12 | 18 |
| 介護職員等処遇改善加算 | (I) 算定した単位数の75/1000に相当する単位数を所得単位数に加算する。新加算(II)に加え、以下の要件を満たすこと。 ・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上 配置している | +75/1000 | | |
| | (II) 算定した単位数の71/1000に相当する単位数を所得単位数に加算する。新加算(III)に加え、以下の要件を満たすこと。 ・改善後の賃金年額 440 万円以上が1人以上 ・職場環境の更なる改善、見える化 | +71/1000 | | |
| | (III) 算定した単位数の54/1000に相当する単位数を所得単位数に加算する。新加算(IV)に加え、以下の要件を満たすこと。 ・資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備 | +54/1000 | | |
| | (IV) 算定した単位数の44/1000に相当する単位数を所得単位数に加算する。以下の要件を満たすこと。 ・加算率の 1/2 以上を月額賃金で配分 ・職場環境の改善(職場環境等要件) ・賃金体系等の整備及び研修の実施等 | +44/1000 | | |

・その他料金（該当の場合その他のみ加算 / 利用頻度に応じて加算：円）

| | | |
|-------------|---|-----------------|
| 特別室 A (4室) | テレビ・冷蔵庫・リクライニングチェア・スツール・木製チェスト・キャビネット等 | 1,100 |
| 特別室 B (36室) | テレビ・折りたたみチェア・木製チェスト・キャビネット等 | 330 |
| 日常生活品費 | ティッシュペーパー、シャンプー、ボディソープ等の費用/日額 | 81 |
| | 歯ブラシ(歯科医師推奨) /1本 | 43 |
| 教養娯楽費 | レクリエーションで使用する材料費 | 実費 |
| 理髪料 | カットのみ | 1,545 |
| 私物洗濯代 | 業者委託対応 / 定額制 月(28日の場合) : 6,300円(税込) 月(29日の場合) : 6,525円(税込) 月(30日の場合) : 6,750円(税込) 月(31日の場合) : 6,975円(税込) ※月途中の入退所の場合は日割り計算【利用日数×225円(税込)】の契約となります。 ご希望の際は、別途契約書が必要となります。 | ※225 (日割の場合) |
| 短期入所証明書 | 入所されている事の証明書を発行した場合 | 3,300 |
| 持ち込み品の電気使用料 | テレビ 35円 : ラジカセ・ポット等 11円/日額(特別室利用以外の方) | 実費 |
| 支払証明書 | 領収書を紛失等した際の証明書発行料 /1通につき | 1,100 |
| 個人情報等開示手数料 | 個人情報に関する開示(面会簿・サービス提供の記録等)/1通につき | 2,200 |
| | 書面での開示(コピー)を請求した場合/1通につき | 11 |
| 死亡診断書 | 施設において死亡診断書を作成・発行した場合 | 5,500 |

#1 通常事業の実施範囲を超える地域の送迎を行った場合、介護保険上の送迎加算とは別に当施設が規定する送迎車両使用料を負担して頂く場合があります。

#2 自宅以外（医療機関・介護施設等）から施設への送迎を行った場合、介護保険上の送迎加算ではなく、別に当施設が規定する送迎車両使用料を負担して頂きます。

※ 上記#1・#2の場合は、別に書類(使用同意書)を作成していただく事となります。

※ その他利用料金につきましては、税込表示となっております。

#3 利用者（身元引受人）の意向により、介護保険給付外サービスの提供を実施した場合は基本サービス費及び加算にかかる費用は全額自己負担（10割負担）となります。また、滞在費・食費において負担限度額認定適用の場合も介護保険給付外サービスの利用期間は適用外となり、1日あたり 滞在費 2,006円 食費 1,600円をご負担いただく事となります。

○ 介護保険サービス費の利用者負担割合について

介護保険サービスを利用する場合には、費用の一定割合を利用者の方にご負担いただくことが必要となります。この利用者負担につきまして、これまでは1割又は一定以上の所得のある方は2割としていましたが、平成30年8月から65歳以上の方で現役並みの所得のある方は3割をご負担いただくこととなります。

・ 3割負担の対象となる方

本人の合計所得が220万円以上で年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で340万円以上、または2人以上世帯で463万円以上。

・ 2割負担の対象となる方

本人の合計所得が220万円以上であっても、年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で280万円以上340万円未満、または2人以上世帯で346万円以上463万円未満。

本人の合計所得が160万円以上220万円未満で年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で280万円以上、または2人以上世帯で346万円以上。

・ 1割負担の対象となる方

本人の合計所得が160万円未満の方、220万円未満の形で年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で280万円未満または2人以上で346万円未満の方。

※要介護・要支援認定を受けた方には、毎年（6～7月頃）に市区町村より負担割合が記された「介護保険負担割合証」が交付されますので当施設へご提出願います。

○ 高額介護サービス費について

利用した介護サービスについて、被保険者が負担する1ヶ月（暦月）あたりの利用者負担額（通常1割）の合計額が一定の上限額を上回った場合には、市区町村役所への申請により上限額を超えた分が払い戻しされる仕組みがありますので、発行された領収書は大切に保管してください。

| 利用者負担段階区分 | 上限額（月額） |
|--------------------------------|--------------|
| ・ 生活保護受給者 | 15,000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 | |
| 高齢福祉年金を受給している方、前年の合計所得金額と | 15,000円（個人） |
| 公的年金等収入額の合計が80万円以下の方 | 24,600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 | 24,600円（世帯） |
| ・ 世帯内のどなたかが市区町村民税を課税されている方 | |
| 課税所得が380万円（年収約770万円）未満の方 | 44,400円（世帯） |
| ・ 課税所得が380万円（年収約770万円）から | |
| 690万円（年収約1,160万円）未満の方 #1 | 93,000円（世帯） |
| ・ 課税所得が690万円（年収1,160万円）以上の方 #1 | 140,100円（世帯） |

#1) 令和3年8月より、負担能力に応じた負担を図る観点から、一定年収以上の高所得者世帯について負担限度額が見直され、新たに新設されました。

※ 高額介護合算療養費制度（年間の医療費・介護サービス費が負担限度額を超えた場合に払戻しをする制度）により医療費・介護サービス費の払い戻しを受けている方は負担上限額に変更はないため、収入や医療・介護サービス費等が同じであれば実質的な負担はこれまでと同額となります。

○ 特定入所者介護サービス費について

施設サービスなどの居住費や食費が利用者の負担となったことにより、所得が少ない方の負担が重くならないよう、所得が一定基準以下の方の利用者負担額に上限を設けた制度です。（この上限となる額を「負担限度額」といいます。） 「施設との契約により定められた利用者負担額」から「負担限度額」を引いた額が、特定入所者介護サービス費として介護保険から支給されます。したがって、サービスを利用する方が実際に負担する金額は、負担限度額となります。

・負担軽減の対象となるのは、利用者負担第1段階～第3段階の次の条件に該当される方です。

- | | |
|------------|--|
| 利用者負担第1段階 | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で老齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護を受給している方 |
| 利用者負担第2段階 | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方 |
| 利用者負担第3段階① | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等収入額の合計が80万円超120万円以下の方 |
| 利用者負担第3段階② | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等の収入額が120万円を超える方 |
| 利用者負担第4段階 | ・上記以外の方 |

※ 負担限度額の決定は、本人及び同一世帯の方の前年の所得に加え、令和3年8月より在宅で暮らす方との食費・居住費に係る公平性や負担能力に応じた負担を図る観点から見直しが行われ、下記の内容を基に対象となるか判断されております。申請にあたっては通帳の写し等の提出が必要となりますので、詳しくは市区町村の窓口までお問い合わせ願います。

① 世帯が違っていても配偶者が市区町村民税を課税されているかを判断し、課税されている場合は対象外となります。

② 預貯金等の金額を確認し、下記の基準額を超える場合は対象外となります。

| | | | |
|------------|---|----------|------------|
| 利用者負担第2段階 | ： | 単身 650万円 | 夫婦 1,650万円 |
| 利用者負担第3段階① | ： | 単身 550万円 | 夫婦 1,550万円 |
| 利用者負担第3段階② | ： | 単身 500万円 | 夫婦 1,500万円 |

※ 施設を利用した際の食費または居住費のいずれか一方でも、基準費用額を超える金額を支払った場合には、特定入所者介護サービス費が支給されず、費用の全額が利用者の負担となりますのでご了承ください。

※ 負担軽減の対象となった場合は「介護保険負担限度額認定証」が交付されますので、当施設へご提出願います。

○ 利用者負担第4段階の方の特例（特例減額措置）

上記の利用者負担第1～3段階に該当しない市区町村民税課税世帯の方でも、下記の要件等を全て満たす場合に限り、食費・居住費の特例減額措置の対象となる場合があります。

- ① 2人以上の市町村民税課税世帯であること
- ② 世帯の年間収入から施設の利用者負担（介護サービスの利用者負担、食費・居住費）の見込額を除いた額が80万円以下であること
- ③ 世帯の預貯金等の額が合計450万円以下であること
- ④ 介護保険施設に入所し、現在補足給付を受けていないこと
- ⑤ 日常生活に供する資産以外に資産がないこと
- ⑥ 介護保険料を滞納していないこと

短期入所療養介護利用約款

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設ハイム・メアーズ（以下「当施設」という。）は、要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅において、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に、一定の期間、短期入所療養介護を提供し、一方、利用者及び利用者の身元引受人は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

(適用期間)

第2条 本約款は、利用者が介護老人保健施設短期入所療養介護利用同意書を当施設に提出した日から効力を有します。但し、利用者の身元引受人又は連帯保証人に変更があった場合は、新たな身元引受人の同意を得ることとします。

2 利用者は、第4条又は第5条による解除がない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとします。但し、本約款、及び重要事項説明書の改定が行われた場合は新たな本約款等に基づく同意書を提出していただきます。

(施設サービス計画の作成・変更)

第3条 当施設は、当施設の介護支援専門員（介護計画作成担当者）に、利用者のための施設サービス計画（ケアプラン）を作成する業務を担当させるものとします。施設サービス計画（ケアプラン）は利用者及び身元引受人の希望を十分に取り入れたものを作成するとともに施設サービスについての説明を行い、同意を得たうえでサービスを提供します。

2 利用者に係る居宅サービス計画または介護サービス計画が作成されている場合、それに沿った短期入所療養介護計画書の作成に努めます。

3 利用者に係る居宅サービス計画（ケアプラン）または介護サービス計画が変更された場合若しくは利用者の心身の状況等の変化や利用者及び身元引受人がサービスの計画の変更を希望された場合には、変更の必要があるかどうか調査し、計画変更の必要があると認められた場合には利用者及び身元引受人等と協議して短期入所療養介護計画書を変更するものとします。また、変更した場合には利用者及び身元引受人等に対して説明を行い、書面を交付します。

(介護保険の基準サービス)

第4条 当施設は介護保険の基準サービスとして、利用者に対して入浴、排泄、食事等の介助、相談などの精神的ケア、社会生活上の便宜、日常生活の世話、機能訓練（リハビリ）、健康管理及び療養上の世話を提供するものとします。

(介護保険の基準外サービス)

第5条 当施設は利用者及び身元引受人との合意に基づき、介護保険給付の支給限度額を超える短期入所療養介護サービスを提供するものとします。

2 前項の他、介護保険給付外サービスとして利用者が選定する特別な食事の提供、理容サービス、衣類のクリーニングサービス、特別に定める日用品の提供、教養娯楽費、預り金サービス等を提供します。

3 前2項のサービスについて、その利用料金は利用者及び身元引受人等が負担するものとします。

(身元引受人)

第6条 利用者は、次の各号の要件を満たす身元引受人を立てます。但し、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

- ① 行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。）であること。
- ② 弁済をする資力を有すること。
- 2 身元引受人は、原則として利用者の扶養家族とします。但し、扶養家族を立てることができない相当の理由がある場合は当施設と協議のうえ取り決めることとします。
- 3 身元引受人は、利用者が本約款上当施設に対して負担する一切の債務を利用者と連帯して支払う責任を負います。
- 4 身元引受人は、前項の責任のほか、次の各号の責任を負います。
 - ① 利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように協力すること。
 - ② 入所利用が解除若しくは終了した場合の残置物の引取り等の処置、又は利用者が死亡した場合の遺体の引取をすること。但し、遺体の引取について、身元引受人と別に祭祀主宰者がいる場合、当施設は祭祀主宰者に引き取っていただくことができます。
- 5 身元引受人が第1項各号の要件を満たさない場合、又は当施設、当施設の職員若しくは他の入所者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為を行った場合、当施設は、利用者及び身元引受人に対し、相当期間内にその身元引受人に代わる新たな身元引受人を立てることを求めることができます。但し、第1項但書の場合はこの限りではありません。
- 6 身元引受人の請求があったときは、当施設は身元引受人に対し、当施設に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

(利用者からの解除)

第7条 利用者は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、本約款に基づく入所利用を解除することができます。なお、この場合、利用者及び身元引受人は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。（本条第2項の場合も同様とします。）

- 2 身元引受人も前項と同様に入所利用を解除することができます。但し、利用者の利益に反する場合は、この限りではありません。

(当施設からの解除)

第8条 当施設は、利用者及び身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく入所利用を解除することができます。

- ① 利用者が要介護認定において要支援又は自立と認定された場合。
- ② 利用者の居宅サービス計画が作成されている場合には、その計画で定められた当該利用日数を満了した場合。但し、緊急等により継続が必要と判断された場合はこの限りではありません。
- ③ 利用者の症状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な短期入所療養介護の提供を超えると判断された場合。
- ④ 利用者及び身元引受人が、本約款に定める利用料金を2ヶ月分以上滞納し、その支払を催促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合。
- ⑤ 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の入所者等に対して、ハラスメント行為や窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。
- ⑥ 第3条第5項の規定に基づき、当施設が新たな身元引受人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな身元引受人を立てない場合。但し、利用者が新たな身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除く。
- ⑦ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合。

(利用料金)

第9条 利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく短期入所療養介護の対価として、《添付資料②》の当施設の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

2 当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を毎月10日までに発行し、利用者及び身元引受人（支払い義務が生じる者）は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の末日までに、現金の持参又は指定口座への振込により支払うものとします。なお、上記の支払い方法が困難な場合は、別途話し合いの上、双方合意した方法によるものとします。

3 当施設は、利用者又は身元引受人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

(記録)

第10条 当施設は、利用者の短期入所療養介護の提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間保管します。（診療録については5年間保管します。）

2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、原則として、所定様式に記載して頂き、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。

3 当施設は身元引受人が第1項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、閲覧、謄写を必要とする事情等を所定の様式に記載して頂き、当施設が必要と認める場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者が身元引受人に対する閲覧、謄写に反対する意思を表示した場合その他利用者の利益に反するおそれがあると当施設で認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

4 前項は、当施設が身元引受人に対して連帯保証債務の履行を請求するために必要な場合は適用されません。

5 当施設は、利用者及び身元引受人以外の親族が第1項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、利用者及び身元引受人の承諾がある場合に限り、所定様式に記載して頂き、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

(身体の拘束等)

第11条 当施設は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、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。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第12条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報の利用目的を《添付資料③》のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅支援事業所（地域包括支援センター[介護予防支援事業所]）等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等

- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

（緊急時の対応）

第13条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

- 2 当施設は、利用者に対し、当施設における短期入所療養介護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。
- 3 前2項の他、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。また、指定された者は、緊急時等状況に応じて、第3条4項の規定に基づき、身元引受人と協力することとします。

（事故発生時の対応）

第14条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

- 2 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- 3 前2項のほか、当施設は利用者の身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

（要望又は苦情等の申出）

第15条 利用者、身元引受人又は利用者の親族は、当施設の提供する短期入所療養介護に対しての要望又は苦情等について、担当介護支援専門員又は支援相談員に申し出ることができ、又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

（賠償責任）

第16条 短期入所療養介護の提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

（連帯保証人）

第17条 連帯保証人は本約款から生ずる一切の債務につき、極度額30万円の範囲で利用者及び身元引受人と連帯して履行の責を負うものとします。

- 2 連帯保証人は、利用者及び身元引受人と生計を別にした者とし、極度額に相当する金額を弁済する資力を有し、独立した生計を営む成人とします。
- 3 連帯保証人の記名・押印は、連帯保証人自らが署名し、捺印するものとします。
- 4 当施設では、連帯保証人に対して、電話等の方法により債務履行の責を含む本人確認を行うものとし、万一債務保証の承諾の確認がとれない場合は、その旨を身元引受人に通知し、新たに利用者負担にかかる同意書の提出を求めるものとします。

（利用規約に定めのない事項）

第18条 この約款に定められていない事項は、介護保険法その他諸法令に定めるところにより、利用者又は身元引受人と当施設が誠意をもって協議して定める事こととします。

・以上、契約の締結を証する為、本通2通を作成し、利用者、事業者が署名捺印のうえ、各自1通ずつ保有するものとします。

個人情報の利用目的

介護老人保健施設ハイム・メアーズでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －サービス利用・休止又は入退所等の管理
 - －会計・経理・利用料請求
 - －体調・服薬管理
 - －事故報告・苦情内容等の記録
 - －当該利用者様への介護・医療サービスの向上
 - －統計データの利用の為

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設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、又はケアマネージャーとの連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －他施設への入居時の情報提供
 - －サービス提供困難時の事業者間の連絡・紹介等
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
 - －緊急時（救急隊等）の情報提供
 - －その他の業務委託（散髪・クリーニング等）
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －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

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的 及び 他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料（計画・記録）
 - －広報等への写真の掲載
 - －当施設において行われる実習生・ボランティアへの協力
 - －当施設内において行われる研究発表会等への症例発表
 - －当法人グループ内自己評価
- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供（介護保険法に基づく実施指導、外部評価等）
 - －当施設外において行われる研究発表会等への症例発表

個人情報使用についての同意書

私（及び私の家族）の個人情報の使用については、必要最小限の範囲内で使用することに同意いたします。

1. 個人情報の使用について同意できない事項

例：写真の広報誌等への使用、氏名のネームプレートへの掲示等

| |
|--|
| |
| |
| |

2. 使用する事業者の範囲

| 区分 (サービス) | 事業者名 | 所在地 | 連絡先 |
|--------------|---|---------------------------|----------------------------|
| ショートステイ | 介護老人保健施設 ハイム・メアーズ | 本吉郡南三陸町 志津川字袖浜 255 番地 | 0 2 2 6 - 4 6 - 2 7 7 2 |
| 〃 | 南三陸病院 | 本吉郡南三陸町 志津川字沼田 14 番地 3 | 0 2 2 6 - 4 6 - 3 6 4 6 |
| 〃 | <ul style="list-style-type: none"> ・請求機関…国民健康保険団体連合会(国保連) ・医療機関…(気仙沼市立病院、石巻赤十字病院、美希病院、志津川歯科クリニック等) かかりつけ医…(_____) ・地方公共団体…(宮城県内各保健所(主に気仙沼保健所)、南三陸町、 _____) ・介護サービス事業所/その他 (_____) | | |

3. 使用する期間

- ・サービスの提供を受けている期間

※但し、法律に則りサービス提供後も 5 年間以内は個人情報を保有します。

4. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当っては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

令和 年 月 日

施設名 介護老人保健施設 ハイム・メアーズ

〈利用者〉住所 _____

氏名 _____ 印

〈身元引受人〉住所 _____

氏名 _____ 印

<介護老人保健施設 ハイム・メアーズのサービス提供に伴う利用者負担にかかる同意書>

令和 年 月 日

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ

【説明者】

職 種 _____ 氏 名 _____

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ 施設長殿

【利用者】

フリガナ _____
氏 名 _____ 印 _____
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

【身元引受人】

フリガナ _____
氏 名 _____ 印 (続柄 _____)
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

【連帯保証人】

フリガナ _____
氏 名 _____ 印 (続柄 _____)
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

連帯保証人は利用者が本約款上施設に対して負担する一切の債務を極度額 _____ 万円の範囲で連帯して支払う責任を負います。

【連帯保証人】

フリガナ _____
氏 名 _____ 印 (続柄 _____)
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

連帯保証人は利用者が本約款上施設に対して負担する一切の債務を極度額 _____ 万円の範囲で連帯して支払う責任を負います。

介護老人保健施設ハイム・メアーズの短期入所療養介護サービスを利用するにあたり、利用約款に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護老人保健施設ハイム・メアーズの短期入所療養介護サービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

記

1. 介護老人保健施設 ハイム・メアーズの諸規定を守り、職員の指示に従います。
2. 使用料等の費用の支払いについては、介護老人保健施設 ハイム・メアーズに対し一切迷惑をかけません。

以上

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ 短期入所療養介護 利用同意書

介護老人保健施設 ハイム・メアーズの短期入所療養介護を利用するにあたり、短期入所療養介護利用約款を含む重要事項説明書を受領し、これらの内容について担当者より説明を受け、これらを十分に理解したうえで同意します。

令和 年 月 日

< 利用者 >

住 所 _____

氏 名 _____ 印

< 身元引受人 >

住 所 _____

氏 名 _____ 印

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ施設長殿

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

| | |
|------|-------|
| 氏 名 | (続柄) |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |

【本約款第10条3項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

第1連絡先

| | |
|------|-------|
| 氏 名 | (続柄) |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |

第2連絡先

| | |
|------|-------|
| 氏 名 | (続柄) |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |