

介護老人保健施設入所利用約款

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設マチュアハウス中条（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するとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービスを提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」という。）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入所利用同意書を当施設に提出したときから効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本約款、別紙1及び別紙2の改定が行なわれたい限り、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。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び扶養者は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、本約款に基づく入所利用を解除・終了することができます。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく入所利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定又は要支援認定により自立又は要支援と認定された場合
- ② 当施設において定期的に実施される入所継続検討会議において、退所して居宅において生活ができると判断された場合
- ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護保健施設サービスの提供を超越すると判断された場合
- ④ 利用者及び扶養者が、本約款に定める利用料金を2か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず10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、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 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5条 利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく介護保健施設サービスの対価として、別紙2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、利用者及び扶養者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日までに送付し、利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の20日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。
- 3 当施設は、利用者又は扶養者から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び扶養者が指定する送付先に対して、領収書を送付します。

(記 録)

- 第6条 当施設は、利用者の介護保健施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用完結の日から5年間は保管します。
- 2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体の拘束等)

- 第7条 当施設は、原則として利用者に対し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、利用者または扶養者の同意を得た上で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態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持)

- 第8条 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当施設は利用者及び扶養者から、予め同意を得た上で行なうこととします。
- ① 介護保険サービスの利用のための市町村、地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

- 第9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、他の専門的医療機関を紹介します。尚、受診の結果、入院加療が必要となった場合は、退所となります。
- 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、扶養者、または扶養者が指定する者に対し緊急に連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

- 第10条 利用者及び扶養者は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望又は苦情等について、担当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11条 介護保健施設サービス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、利用者及び扶養者は、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。

(利用契約に定めのない事項)

- 第12条 この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は扶養者と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

<別紙1>

介護老人保健施設マチュアハウス中条のご案内

(平成30年4月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 法人の概要

- ・法人名 社会福祉法人新潟慈生会
- ・所在地 新潟県新潟市江南区阿賀野1-2-2
- ・代表者 理事長 井上 隆二
- ・設立年月日 平成7年4月3日
- ・電話番号 0250-61-5070

(2) 施設の概要

- ・施設名 介護老人保健施設マチュアハウス中条
- ・開設年月日 平成7年10月18日
- ・所在地 新潟県胎内市中村浜字築地原699-136
- ・電話番号 0254-45-5111
- ・ファックス番号 0254-45-5115
- ・管理者名 菅野 恒平

- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (1552580019号)

(3) 介護老人保健施設の目的 「介護保険法」より

「介護老人保健施設は、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活が営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護や機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話などを行うことを目的とする施設」

この目的に沿って、当施設では、以下の運営の方針を定めています。

(4) 介護老人保健施設マチュアハウス中条の運営方針

介護保険法における要介護状態と認定された利用者の方々に対し、日常生活能力の維持及び向上を目的に、家庭的な雰囲気の中で医療ケア及び看護・介護サービスを提供し、地域との交流を図りつつ、関係行政機関及び地域医療機関等との密接な連携のもとスムーズな家庭復帰を目指します。また、生計困難者に対しては、無料又は低額な費用で利用できる施設とします。

(5) 施設の職員体制

	常勤	非常勤	夜間	業務内容
・医師	1名			病状に対する処置、処方など
・看護職員	10名		1名	医師の指示に基づいた処置など
・介護職員	28名以上		4名	入浴介助、食事介助、排泄介助など
・支援相談員	2名以上			施設での生活全般に対する相談など
・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	2名以上			リハビリ業務全般など
・管理栄養士	1名			献立作りや栄養管理、調理指導など
・介護支援専門員	1名以上			ケアプランの作成など
・事務職員	3名			事務処理全般など
・その他	2名	3名		施設設備担当・運転手等

(6) 入所定員等 ・定員 100名

・居室 個室 11室、 2人室 3室、 3人室 1室、 4人室 20室

(7) 通所定員 ・20名 (1単位)

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 短期入所療養介護計画の立案
- ③ 通所リハビリテーション計画の立案
- ④ 食事 原則として食堂でおとりいただきます。
朝食 7時45分～ 8時45分
昼食 12時00分～13時00分
夕食 18時00分～19時00分
- ⑤ 入浴は一般浴槽・個浴槽・入浴に介助を要する利用者には特殊浴槽で対応します。入所利用者は週最低2回ご利用いただきます。ただし、利用者の身体状態に応じて清拭となる場合があります。
- ⑥ 医学的管理・看護
- ⑦ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑧ 各機能訓練・栄養マネジメント等
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 利用者の状況に応じた食事の提供
- ⑪ 理容サービス（原則毎週木曜日（不定期）実施します。）
- ⑫ 行政手続代行
- ⑬ その他 これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますのでご相談ください。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や近隣医療機関及び歯科医院に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等に速やかな対応をお願いするようにしております。

<協力医療機関>

- ・名称 新潟県立新発田病院
- ・住所 新発田市本町 1丁目2番8号

<協力歯科医療機関>

- ・名称 佐藤歯科医院
- ・住所 胎内市築地 2025番地
- ・名称 村山歯科医院
- ・住所 新発田市大栄町7丁目1番8

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会 : 面会時間は原則として午前9:30～午後8:00までとなります。面会の際には面会者名簿のご記入をお願いします。
- ・食品等の持込 : 衛生上及び感染症、栄養管理の点からご遠慮頂きます。尚、飲料の差し入れは、食事制限を必要とする場合がありますので、職員にご相談下さい。
- ・外泊、外出 : あらかじめ所定の用紙での届出が必要となります。
- ・飲酒、喫煙 : 施設内での飲酒、喫煙は出来ません。
- ・備品の利用 : 施設内の物を破損された場合、実費相当を徴収する場合があります。
- ・現金の管理 : 日用品購入分としての現金（少額）を事務室で管理させていただきます。
- ・施設外受診 : 外出、外泊中に利用者が他の医療機関等で受診する際は、施設からの紹介状が必要となります。緊急で受診された場合は、当施設に必ず連絡下さい。
- ・病院受診後の対応 : 当施設での対応が困難となり、病院での入院加療が必要となった場合、退所扱いとなります。
- ・宗教活動及びペットの持込み : 禁止しております。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 : スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知設備、防火設備、非常電源設備等
- ・防災避難訓練 : 年2回(春・秋)

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

7. 苦情等の受付

サービス提供に関する要望及び苦情の相談等は、当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますのでお気軽にご相談ください。また事務室前に備えつけられた「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。

事業所相談窓口	TEL 0254-45-5111 支援相談員
---------	------------------------

下記の機関やお住まいの市町村介護保険係にも申し立てることができます。

苦情受付機関	胎内市介護保険係	TEL 0254-43-6111
	新潟県国民健康保険団体連合会	TEL 025-285-3022

8. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので申し付けください。

<別紙2>

介護保健施設サービスについて

(平成30年4月1日現在)

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 介護保健施設サービス

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば在宅での生活が可能な状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。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、事前にご本人・扶養者のご希望をお聞きし、計画の内容については同意をいただくようになります。

◇医療：

介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

◇機能訓練：

原則として機能訓練室で行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

◇生活サービス：

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立ってサービス提供しています。

3. 利用料金

(1) 介護保険適用分 **介護保険負担割合証の負担割合によって変わります**

① 施設利用料 介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。(表の金額は負担割合1割の方の1日あたりの自己負担分です。)

平成30年4月からの施設利用料が、当施設の在宅復帰、在宅療養支援機能評価によりアからオのいずれかに変動することがあります。

ア その他型

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個室	684円	728円	788円	839円	889円
多床室	756円	803円	862円	912円	964円

イ 基本型

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個室	698円	743円	804円	856円	907円
多床室	771円	819円	880円	931円	984円

ウ 加算型

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個室	732円	777円	838円	890円	941円
多床室	805円	853円	914円	965円	1018円

エ 強化型

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個室	739円	810円	872円	928円	983円
多床室	818円	892円	954円	1010円	1065円

オ 超強化型

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個室	785円	856円	918円	974円	1029円
多床室	864円	938円	1000円	1056円	1111円

- ② 加算料金（1日あたり） **介護保険負担割合証の負担割合によって変わります**
 *ただし、入所後30日間に限って、上記施設利用料に30円加算されます。
 *外泊された場合には、外泊初日と最終日以外は上記施設利用料に代えて362円となります。
 *入所前からの計画的な支援等を行った場合
 1) 入所前後訪問指導を行った場合 450円
 2) 具体的目標と支援計画を策定した場合 480円
 *退所指導等を行った場合は、下記の料金が加算されます。
 1) 退所時指導を行った場合 400円
 2) 退所後の主治医に対し情報提供を行った場合 500円
 3) 利用者が希望する指定居宅介護支援事業者に対し退所前連携を行った場合 500円
 *緊急時に所定の対応を行った場合、別途料金が加算されます。
 緊急時治療加算 511円
 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 235円
 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 475円
 *ターミナルケア加算
 死亡日以前4～30日 160円
 死亡日前日および前々日 820円
 死亡日 1650円
 *サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ 18円
 *夜勤職員配置加算 24円
 *短期集中リハビリテーション実施加算 240円
 *栄養マネジメント加算 14円
 *経口移行加算（実施した場合） 28円
 *経口維持加算（Ⅰ）（実施した場合） 400円 月額

*経口維持加算（Ⅱ）（実施した場合）	100円	月額
*口腔衛生管理体制加算	30円	月額
*口腔衛生管理加算	90円	月額
*療養食加算（実施した場合 1食）	6円	
*褥瘡マネジメント加算（3ヶ月に1回）	10円	
*排せつ支援加算	100円	月額
*かかりつけ医連携薬剤調整加算（1回）	125円	
*低栄養リスク改善加算	300円	月額
*再入所時栄養連携加算（1回）	400円	

(2) 介護保険適用外（税込）

① 居住費及び食費（1日あたり）

居 住 費	個室：1,820円、多床室：500円
食 費	1,700円 (朝食 430円 昼食 680円 夕食 590円)

*介護保険負担限度額認定を受けている方は記載記載されている金額になります。

*居住費につきましては、外泊中等でお部屋を確保されている場合も必要となります。

*食費につきましては、外出・外泊等でお食事を中止される場合、3日前までにご連絡下さい。
急な中止の場合、食費をいただく場合があります。

② 特別室利用料（1日当たり）

A棟1人部屋	1,620円
A棟2人部屋・B棟1人部屋	1,080円

③ 日用品費 200円/日 入浴用のバスタオル・タオル、おしぼり等の使用料として徴収します。

④ その他 理美容料金、クリーニング代、電気使用料等、別途料金となります。

(3) 支払い方法

- ・お支払い方法は、郵便局またはその他の金融機関からの口座自動引き落としとなります。
毎月10日までに前月分の請求書を発行しますのでその月の20日に口座振替となり
引き落とされた領収書は翌月の請求書に同封いたします。

介護老人保健施設入所利用同意書

介護老人保健施設マチュアハウス中条を入所利用するにあたり、介護老人保健施設入所利用約款及び別紙1、別紙2・料金表を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

平成 年 月 日

<利用者>
住 所

氏 名 印

<扶養者又は身元引受人>
住 所

氏 名 印

介護老人保健施設マチュアハウス中条
管理者 菅野 恒平 殿

【本約款第5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9条3項の緊急時の連絡先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	