

介護保健施設入所サービス利用契約書

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

介護老人保健施設 ジョイウェルス桔梗（以下、本施設といいます。）のサービスを利用するにあたり、次のとおり介護保健施設入所サービス利用契約を締結します。

（契約の目的）

第1条 本契約は、介護保険法等関係諸法令の定めるところにより、要介護認定の結果 要介護状態と認定された方を対象に看護・医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、甲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、甲の居宅における生活への復帰を目的とします。

（契約の期間）

第2条 本契約の有効期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。
2 上記契約期間満了日の2週間以上前に甲から更新拒絶の申し出がない場合、本契約と同一内容で更新とさせていただきます。
3 本契約が更新された場合、更新後の契約期間は従前の契約期間経過の翌日から1年間毎に引き続き自動更新とします。

（施設サービス計画）

第3条 乙は、介護支援専門員（ケアマネージャー）に、甲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ます。
2 担当介護支援専門員（担当ケアマネージャー）が、甲のための施設サービス計画（ケアプラン）を作成する際には、甲または甲の関係者から事情をよく聞き、甲の身体的・精神的並びに社会環境状況に配慮します。
3 甲のための施設サービス計画（ケアプラン）を作成・変更する際には、担当介護支援専門員（担当ケアマネージャー）が、同計画案を甲またはその関係者に説明し同意を得ることとします。

（介護サービスの内容）

第4条 乙は、甲に対し、前条により作成された甲のための施設サービス計画（ケアプラン）に基づき、別紙「重要事項説明書」記載の各種介護サービスを提供します。
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（ケアプラン）が作成されるまでの間は、甲がその有する能力に応じて自立した日常生活を送られるよう配慮し、適切な各種介護サービスを提供します。

（利用料）

第5条 甲は、乙からサービスの提供を受けたときは、乙に対し別紙サービス内容説明書の記載に従い利用料自己負担分を支払います。

（身体的拘束その他の行動制限）

第6条 乙は、甲または他の利用者および施設職員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、甲に対し身体的拘束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、身体的拘束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たうえ甲に同意能力がある場合には、その同意を得ることとします。
また、この場合乙は、事前または事後すみやかに、甲の後見人または甲の家族（甲に後見人がなく、かつ身寄りがない場合には身元引受人または関係者）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、身体的拘束その他の方法により甲の行動を制限した場合には、第7条の介護サービス記録に次の事項を記載します。

- ① 甲に対する行動制限を決定した者の氏名、制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
- ② 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
- ③ 前項に基づく甲の後見人または甲の家族（甲に後見人がなく、かつ身寄りがない場合には身元引受人または関係者）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7条 乙は、甲に対する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年間保存します。

尚、介護サービス記録については、甲若しくは代理人の求めにより、乙の定める個人情報保護規定に則り、開示することができます。

（甲の解約権）

第8条 甲は乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合は3日間以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日にこの契約は解除されます。

（甲の解除権）

第9条 乙が、介護保険法等関連諸法令及び本契約に定める債務を履行しなかった場合または不法行為を行った場合には、甲は乙に対し、いつでもこの契約の解除を申し入れることができます。この場合は、申し入れ時に契約解除となります。

（乙の解除権）

第10条 乙は、甲が次の各号に該当する場合には、この契約を解除することができます。

- ① 甲が正当な理由なく、利用料その他甲が乙に対し支払うべき費用を2か月分以上滞納したとき。
- ② 甲の行動が、他の利用者や職員等の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき。
- ③ 甲が自傷行為を行う恐れのあるとき。
- ④ 甲が法令違反その他重大な秩序破壊行為をなす恐れのあるとき。

（契約の終了）

第11条 次の各号に該当する場合は、本契約は終了します。

- ① 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の2週間以上前までに甲から更新拒絶の申し入れがあり、かつ契約期間満了したとき。
- ② 要介護認定の更新において、甲が自立または要支援と認定されたとき。
- ③ 介護保険法等関係法令に改正及び変更があり契約の継続が困難になったとき。
- ④ 甲において、介護保健施設入所サービス提供の必要性がなくなったとき。
- ⑤ 甲が死亡したとき。
- ⑥ 甲について医療機関に入院する必要性が生じ、その医療機関において甲を受け入れる態勢が整ったとき。
- ⑦ 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。

（契約終了後の退所と精算）

第12条 この契約終了後、甲はただちに本施設を退所します。

2 契約終了時、速やかに甲は乙に利用料を清算します。

3 この契約の終了により甲が本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またはその他の保健機関、医療機関、若しくは福祉サービス機関等と連携し、甲の生命・健康に支障のないよう円滑な退所のために必要な援助を行います。

(秘密の保持)

第13条 乙および乙の職員は、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。

(事故発生時の対応及び損害賠償)

第14条 乙は、甲に対する介護サービスの提供にあたって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、乙の故意・過失に基づく事故が発生した場合は、乙は甲の損害を賠償します。

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。

(サービスに関する苦情処理)

第15条 甲、甲の後見人、甲の家族または身元引受人は、乙が提供する介護サービス等に疑問や苦情がある場合、別紙「重要事項説明書」記載の苦情受付窓口にて問合せ及び申し立てることができます。その場合、乙はすみやかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の必要性の有無並びに改善の方法について適切に対処するように努めます。

2 乙は甲、甲の後見人、甲の身元引受人から前項の疑問問合せ及び苦情申立がなされたことをもって、甲に対しいかなる不利益、差別的取扱いもいたしません。

(身元引受人)

第16条 乙は甲に対し、甲の身元引受人を求めます。但し身元引受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 身元引受人は、次の各号の責任を負います。

① 甲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 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。

③ 甲が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引受その他必要な措置をすること。

④ 甲の乙に対する支払いが滞った場合は、甲とともにその支払いの連帯保証をすること。

(連帯保証人)

第17条 連帯保証人は利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担するものとします。

2 前項の負担は、極度額50万円を限度とします。

3 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者又は連帯保証人が死亡した時に確定するものとします。

4 連帯保証人の請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し、遅滞なく、利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者のすべての債務の額等に関する情報を提供します。

(合意管轄)

第18条 本契約に起因する紛争に関しては訴訟の必要性が生じたときは、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、甲および甲の家族は予め合意します。

(契約に定めのない事項)

第19条 この契約に定めのない事項について疑義が発生したときは、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、甲、甲の後見人、甲の家族及び身元引受人と乙の間で協議の上誠意を持って解決するものとします。

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。

令和 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、身元引受人及び連帯保証人の責任について理解しました。
(第1身元引受人及び連帯保証人)

住 所
氏 名 印
甲との続柄 ()
電話番号 () -

(第2身元引受人及び連帯保証人)

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ェルス桔梗
代表者 管理者 森 久恒
電話番号 0138(46)8881

重要事項説明書（介護保健施設入所サービス）

介護保健施設入所サービス提供にあたり、当施設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 久恒
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ェルス桔梗
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
FAX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	
短期入所療養介護	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6月25日	0151480035	
介護予防短期入所療養介護	平成18年4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〕 介護保健施設入所サービスの事業の適正な運営をはかるために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の医師、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、要介護状態にある利用者に対し、適正な介護保健施設入所サービスを提供することを目的とする。

〔方針〕 施設は、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及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所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出来るようにするとともに、その入所者の居宅における生活への復帰をめざすものとする。

施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護保健施設入所サービスの提供に努めるものとする。

施設は、明るく家庭的な雰囲気のもとに、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携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の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 ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造3階建
	延床面積	4,193.53 m ²
	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 ²
2人部屋	9	9.84 m ²
3人部屋	1	10.94 m ²
4人部屋	19	8.16 m ²

(2) 主な設備

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

6. 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(非常勤)
看護職員	13名
介護職員	36名(非常勤3名含む)
支援相談員	3名(常勤兼務3名)
理学療法士	3名(常勤兼務3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(常勤兼務1名)
介護支援専門員	2名(常勤)
事務員	5名
その他の従業者	2名

7. 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"> ・食事時間 <ul style="list-style-type: none"> 朝食 8時～ 8時40分まで 昼食 12時～12時40分まで 夕食 18時～18時40分まで ・食事場所 <ul style="list-style-type: none"> できるだけ離床して食堂で召し上がっていただきます。 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。
医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> ・あなたの病状にあわせた医療・看護を提供します。 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。 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。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
排せつ	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
入浴・清拭	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴は週2回程度 ・入浴日、入浴時間は職員よりご連絡します。 ・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。
離床	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着替え	<ul style="list-style-type: none"> ・毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整容	<ul style="list-style-type: none"> ・身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	<ul style="list-style-type: none"> ・シーツ交換は週1回行います。
介護相談	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者とその家族からのご相談に応じます。

※ 医療について(事故発生時も同様)

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通院により対応します。(他の医療機関への受診の際には、当施設の医師より受診先の担当医師に対して診療情報提供書をお渡しします。また医療保険適用により別途自己負担が発生する場合があります)

事故または病状によっては家族・身元引受人および行政に対して速やかに連絡致します。

※ 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。

8. 利用料等

(1) 施設が介護保健施設サービス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、当該介護保健施設サービスが法定代理受領サービスであるときは、次の各号の合計とする。

①介護保健施設サービスの自己負担額としての1割～3割。(利用料金参照)

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)

(2) 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。

(3) 支払い方法

①毎月7日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の20日までにお支払いください。

②お支払い方法は、現金、銀行振込等があります。入所契約時にお選びください。

9. 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 ・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、平田 弘司、関 大樹
	介護支援専門員	齋藤 宏和、堀合 匡、水野 利幸
	看護師長	森 敏子
	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。

函館市保健福祉部 高齢福祉課 相談支援担当	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 0138-21-3025 対応時間 午前8時45分～午後5時30分 ※養護者による高齢者虐待の通報等
函館市保健福祉部 指導監査課 高齢者担当	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 0138-21-3926 0138-21-3927 0138-21-3923 対応時間 午前8時45分～午後5時30分 ※養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報等
北斗市民生部 保健福祉課	所在地 北斗市中央1丁目3番10号 電話番号 0138-73-3111 Fax 番号 0138-74-2510 対応時間 午前8時30分～午後5時00分
七飯町福祉課 介護保険係	所在地 亀田郡七飯町本町6丁目1番1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15分
北海道国民健康保険 団体連合会 総務部介護障害者 支援課企画苦情係	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 電話番号 011-231-5175 (専用) Fax 番号 011-233-2178 対応時間 午前9時00分～午後5時00分

10. 協力医療機関 (1)

医療機関の名称	森 病院
院長名	森 久恒
所在地	函館市桔梗町557番地
電話番号	0138-47-2222
診療科	内科、循環器内科、消化器内科、緩和ケア内科、リハビリテーション科
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	原口 浩一
所在地	函館市石川町 3 3 1 - 1
電話番号	0 1 3 8 - 4 6 - 1 3 2 1
診療科	脳神経外科、脳神経内科、内科、循環器内科、整形外科、リハビリテーション科、小児科、麻酔科、放射線科、歯科
入院設備	1 5 5 床

1 1. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	みさわ歯科口腔外科クリニック
院長名	三澤 肇
所在地	函館市桔梗 5 丁目 1 4 - 1
電話番号	0 1 3 8 - 4 7 - 3 7 3 3
入院設備	無

1 2. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画に則り対応を行います。
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 ※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 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 カーテンは、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 寺田昌弘

1 3. 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 午後 2 時～午後 4 時 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。 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。 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。 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 4. 介護保険給付費と利用料等

1 基本料金

施設サービス費（1日あたりの自己負担分）

表示は1割負担の金額となります。介護保険負担割合証が2割又は3割の方は、下記表示金額の2倍又は3倍になります。

介護老人保健施設 I (基本型)	施設サービス費 i	施設サービス費 iii
	(個室)	(多床室)
要介護 1	717円	793円
要介護 2	763円	843円
要介護 3	828円	908円
要介護 4	883円	961円
要介護 5	932円	1012円

介護老人保健施設 I (在宅強化型)	施設サービス費 ii	施設サービス費 iv
	(個室)	(多床室)
要介護 1	788円	871円
要介護 2	863円	947円
要介護 3	928円	1,014円
要介護 4	985円	1,072円
要介護 5	1,040円	1,125円

※外泊された場合（外泊の初日と最終日を除く）は上記施設サービス費に代り、1日につき362円となります。（6日以内/月まで）

①初期加算（新規入所後30日間まで）

- ・初期加算（Ⅰ） 60円/日
- ・初期加算（Ⅱ） 30円/日

②短期集中リハビリテーション実施加算（入所日又は認定日から3月以内）

- ・短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 258円/日
- ・短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 200円/日

③認知症短期集中リハビリテーション実施加算（3月以内、3日/週限度）

- ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 240円/日
- ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 120円/日

④リハビリテーションマネジメント計画書情報加算

- ・リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ） 53円/月
- ・リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ） 33円/月

⑤自立支援促進加算

300円/月

⑥科学的介護推進体制加算

- ・科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 40円/月
- ・科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 60円/月

⑦安全対策体制加算（入所時に1回を限度として算定可能）

20円/回

⑧若年性認知症利用者受入加算

120円/日

⑨入所前後訪問指導加算

- ・入所前後訪問指導加算（Ⅰ） 450円/回
- ・入所前後訪問指導加算（Ⅱ） 480円/回

⑩入退所前連携加算

- ・入退所前連携加算（Ⅰ） 600円/回
- ・入退所前連携加算（Ⅱ） 400円/回

⑪試行的退所時指導加算（試行的な退所を行った場合、3回まで算定可能）

400円/回

⑫退所時情報提供加算

- ・退所時情報提供加算（Ⅰ） 500円/回
- ・退所時情報提供加算（Ⅱ） 250円/回

⑬訪問看護指示加算

300円

⑭特定治療費（緊急時に治療を行った時）

⑮緊急時治療管理加算（1月1回、連続3日以内）	518円/日
⑯栄養マネジメント強化加算	11円/日
⑰再入所時栄養連携加算	200円/回
⑱経口移行加算（原則180日限度）医師の指示により延長がある	28円/日
⑲経口維持加算	
・経口維持加算（Ⅰ）	400円/月
・経口維持加算（Ⅱ）	100円/月
⑳口腔衛生管理加算	
・口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90円/月
・口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110円/月
㉑療養食加算（3回/日限度）	6円/回
㉒ターミナルケア加算	
・死亡日以前31日以上45日以下	72円/日
・死亡日以前4日以上30日以下	160円/日
・死亡日前日及び前々日	910円/日
・死亡日	1,900円/日
㉓サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18円/日
㉔夜勤職員配置加算	24円/日
㉕在宅復帰・在宅療養支援機能加算	
・在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	51円/日
・在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	51円/日
㉖認知症行動・心理症状緊急対応加算（入所後7日間）	200円/回
㉗所定疾患施設療養費	
・所定疾患施設療養費（Ⅰ）（1月1回 連続7日以内）	239円/日
・所定疾患施設療養費（Ⅱ）（1月1回 連続10日以内）	480円/日
㉘かかりつけ医連携薬剤調整加算	
・かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) イ	140円/回
・かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) ロ	70円/回
・かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	240円/回
・かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	100円/回
㉙褥瘡マネジメント加算（3月に1回）	
・褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3円/月
・褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13円/月
⑳排せつ支援加算	
・排せつ支援加算（Ⅰ）	10円/月
・排せつ支援加算（Ⅱ）	15円/月
・排せつ支援加算（Ⅲ）	20円/月
㉑退所時栄養情報連携加算（1回/月限度）	70円/回
㉒協力医療機関連携加算	
・協力医療機関連携加算（1）（R6年度まで）	100円/月
・協力医療機関連携加算（1）（R7年度から）	50円/月
・協力医療機関連携加算（2）	5円/月
㉓高齢者施設等感染対策向上加算	
・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10円/月
・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5円/月
㉔新興感染症等施設療養費	240円/日

㉕生産性向上推進体制加算

- ・生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100円／月
 - ・生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10円／月
 - ③⑥高齢者虐待防止措置未実施減算 減算なし
 - ③⑦業務継続計画未策定減算 減算なし
 - ③⑧在宅サービスを利用したときの費用（外泊時） 800円／日
（施行的退所をされた場合（退所の初日と最終日を除く）は上記施設サービス費に代り、1日につき800円となります。（6日以内／月まで））
 - ③⑨介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 1月につき所定単位×75／1000
 - ③⑩在宅サービスを利用したときの費用（外泊時） 800円／日
（施行的退所をされた場合（退所の初日と最終日を除く）は上記施設サービス費に代り、1日につき800円となります。（6日以内／月まで））
 - ③⑪介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 1月につき所定単位×39／1000
 - ③⑫介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 1月につき所定単位×21／1000
 - ③⑬介護職員等ベースアップ等支援加算 1月につき所定単位×8／1000
- 「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	550円	0円
利用者負担第2段階	390円	550円	430円
利用者負担第3段階①	650円	1,370円	430円
利用者負担第3段階②	1,360円	1,370円	430円
利用者負担第4段階	1,445円	1,728円	437円

2 利用料 介護保険給付外サービス

- ①食費（お支払いは1食ではなく1日あたりとなります） 1,445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）
経管用チューブ代（経管にて食事を提供している方のみ） 360円／個
- ②居住費（1日）外泊時も部屋を確保しますので室料を頂きます。
個室－1,668円 多床室－377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を頂きます。
 - 1人部屋（バス・トイレ付）※ 1,870円
 - 1人部屋（バス・トイレ無）※ 1,650円
 - 2人部屋※ 1,100円
- ④日用品セット 185円（1日）
- ⑤日常生活品費
 - バスタオル 95円（1枚） 洗面用タオル 40円（1枚）
 - 入浴用タオル 45円（1枚） 除菌タオル 48円（1日）
 - リンスインシャンプー 40円（1回） BOXティッシュ 70円（1箱）
 - ボディークリーム 40円（1回） おやつ 50円（1食）
 - 清拭材料代 250円（1回）

※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によりお支払いいただきます。

- ⑥テレビ使用料／1日（内税）

貸し出し	110円/日
持ち込み	55円/日
⑦冷蔵庫使用料(内税)	110円/日
⑧理美容代 ※外部業者委託	1,100~8,500円/回
⑨私物の洗濯代(内税) ※外部業者委託	2,200~8,250円/月
⑩文書料(内税) ※診断書等の文書の発行	550~5,500円
⑪インフルエンザ予防接種料	(市町村が提示した金額をお支払いいただきます)
⑫肺炎球菌ワクチン予防接種料	(市町村が提示した金額を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。	

個人情報利用目的

介護老人保健施設ジョイウェルス桔梗では、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
 - －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

〔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等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －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
- ・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〕

- ・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
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔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
 - －外部監査機関への情報提供

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

- 1 使用する目的
施設サービスを円滑に提供するために実施する担当者会議等において必要な場合
- 2 使用する職員の範囲
利用者に対してサービス提供または相談援助等を担当する職員
- 3 使用する期間
利用開始から 1年間

但し、期間満了日の14日前までに文書による同意終了の申し出がない場合には、本同意書は同一条件で更新されたものとし、以後も同様とします。

- 4 条 件
 - (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
 - (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

介護老人保健施設入所利用同意書

介護老人保健施設ジョイウェルス桔梗を入所利用するにあたり、介護老人保健施設入所利用の重要事項説明書及び(別紙1：個人情報の利用目的)(別紙2：個人情報使用同意書)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。

令和 年 月 日

<利用者> 住 所
氏 名 印

代筆者 続柄 () 印

代筆理由： 手が不自由 認知症 その他 ()

<家族> 住 所
氏 名 続柄 () 印

<身元引受人> 住 所
氏 名 続柄 () 印

【請求書及び領収書、お知らせ等の送付先】

氏 名	(続柄：)
住 所	
電話番号	
支払方法	持参 ・ 振込 ・ 本人支払

【①緊急時及び事故発生時の連絡先】 左記の連絡先が上記と違う方は記載して下さい

氏 名	(続柄：)
住 所	
電話番号	携帯： - -

【②緊急時及び事故発生時の連絡先】 左記の連絡先が上記と違う方は記載して下さい

氏 名	(続柄：)
住 所	
電話番号	携帯： - -

施設入所サービス契約の締結にあたり、重要事項及び別紙等の説明を致しました。

所 在 地：函館市桔梗町557番地
事業所名：介護老人保健施設ジョイウェルス桔梗
説 明 者： (支援相談員) 印