

介護予防短期入所療養介護サービス契約書

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

（契約の目的）

第1条 乙は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い甲に対し甲が可能な限り居宅において、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう各種サービスを提供します。尚、本契約の対象者は要介護認定の結果、要支援状態と認定された方とします。

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、令和 年 月 日～令和 年 月 日とします。
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。尚、更新期間は一年間となります。
3 甲から更新拒絶の意思が表示された場合乙は、他の事業者の情報を提供するなどの必要な措置をとります。

（乙が提供できる介護サービスの内容）

第3条 乙は甲に対して、甲が一時的に入所して看護、医学的管理下における介護及び機能訓練等を受ける必要がある場合に、乙が甲に交付した「重要事項説明書」の記載に従い短期入所療養介護サービスを提供します。

（短期入所療養介護サービスの基本方針）

第4条 乙は、サービス提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び本契約書末尾にその写しが添付されている甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従い甲に対しサービスを提供します。
2 乙は、地域包括支援センターが開催するサービス担当者会議を通じて甲の心身、置かれている環境、他の保健医療サービス又は、福祉サービスの利用状況を把握するように努めます。
3 乙は、甲の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態となることの予防に資するよう短期入所療養介護サービスの目標を設定し、第6条に規定する短期入所療養介護計画が作成されたときはこれに基づき、もしくは介護予防-支援計画にそって計画的にサービスを行います。
4 乙は、甲または他の利用者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、甲の身体を拘束し、あるいはその他甲の行動を制限することはありません。
5 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、且つ、事前または事後速やかに甲の後見人または家族に対し、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。
ただし、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。
一 甲に対する行動制限の根拠、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

（短期入所療養介護計画の作成・変更）

第5条 乙は、甲が相当期間以上継続して入所する場合には、甲の心身の状況や希望及びその置かれている環境を踏まえて、短期入所療養介護計画を作成します。
2 短期入所療養介護計画には、短期入所療養介護の目標や目標達成のための具体的なサービス内容を記載します。
3 乙は、短期入所療養介護計画を作成または変更したときには、甲および家族に対し、その内容を説明し甲の同意を得ます。

（サービス計画変更の援助）

第6条 乙は、介護予防サービス-支援計画が作成されている場合で、甲が介護予防サービス-支援計画の変更を希望するときは、速やかに地域包括支援センターに連絡するなどの必要な援助を行います。

(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。

(利用料等)

第8条 甲は乙に対して、乙から提供を受ける各種介護保険給付サービスならびに各種介護保険給付外サービスについて、別紙「重要事項説明書」のとおり利用料等を支払います。

2 乙は、甲が支払うべき短期入所療養介護サービスに要した費用について、甲が介護サービス費として市町村より支給を受ける額の限度において、甲にかわって市町村より支払いを受けます(以下「法定代理受領サービス」といいます。)

3 甲が短期入所療養介護サービスの利用をキャンセルするときは、乙は甲に対し「重要事項説明書」に記載のキャンセル料を請求できるものとします。

4 乙は甲に対して当月の利用料等の請求をします。

請求書には、甲が利用した各種サービスにつき、種類ごとに利用回数、利用単位の内訳、介護保険適用の有無等を明示します。

5 甲は、利用料等を退所日に現金で支払うものとします。尚、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法でも可能です。

6 乙は、法定代理受領サービスに該当しない短期入所療養介護サービスを提供した場合において甲から利用料の支払いを受けたときは、甲の求めがあればサービス提供証明書を交付します。

7 サービス提供証明書には、提供した介護予防短期入所療養介護サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記載します。

(利用料の滞納)

第9条 甲が乙に支払うべき利用料等を滞納した場合において、乙が甲に対して7日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は、乙は全額の支払いがあるまで次の利用をお断りすることがあります。

(秘密保持)

第10条 乙および乙の従業員は、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。

(損害賠償)

第11条 乙は、甲に対する介護サービスの提供にあたり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、当該事故の発生につき乙の故意または重大な過失がある場合には損害を賠償します。

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。

(甲の契約解除)

第12条 甲は、現に短期入所療養介護サービスを利用中でない限り、この契約を解除することができます。

2 甲は、現に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は、この契約を解除することができます。

(乙の契約解除)

第13条 乙は、次の各号に該当する場合には、この契約を解除できます。

一 第10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 甲が故意に法令や施設運営規程等に違反し、あるいは重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込がない場合。

2 乙は、次の各号に該当する場合には、事態の回復が見込めないときには、即時にこの

契約を解除できます。

- 一 病状悪化や伝染性疾患により本人又は他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ治療が必要である場合。
- 二 甲に自傷行為がある場合
- 三 甲の行動が他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼすおそれがある場合。
- 三 乙が前2項によりこの契約を解除するときは、甲の心身の状況やその置かれている状況を踏まえて、介護支援専門員への連絡、その後のサービスの確認等の援助を行います。

(契約の終了)

第14条 次の各号の一に該当するときは、この契約は終了します。

- 一 要介護認定更新において、甲が自立と認定された場合。
- 二 甲が死亡した場合。
- 三 第13条にもとづき甲が契約解除を申し出た場合。
- 四 第14条第1項にもとづき乙が契約の解除を通告し、予告期間が満了した場合。
- 五 第14条第2項にもとづき乙が契約の解除を通告した場合。

(苦情処理)

第15条 甲又は甲の家族は、乙により提供されたサービスに不満がある場合、別紙「重要事項説明書」記載の苦情申立機関に苦情を申し立てることができます。

- 2 乙は、前項による苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処するように努めます。
- 3 乙は、甲が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(緊急時の対応)

第16条 甲が入所中に病状が変化し医療機関での治療が必要となった場合は、甲は速やかにかかりつけ医もしくは治療のできる医療機関に紹介します。

かかりつけ医
病院名
住 所 〒 -

電話番号 ()

この場合には、別紙利用同意書にご記入いただいた連絡先に直ちに連絡します。

(身元引受人)

第17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18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19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20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（介護予防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の提供にあたり、当事業者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	
入所サービス	平成12年4月1日	0151480035	100人
短期入所療養介護サービス	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〕 医療法人聖仁会が開設する介護予防短期入所療養介護事業所ジョイウェルス桔梗の適正な運営を行うために人員及び管理運営に関する事項を定め事業所の医師、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、要支援状態にある利用者に対し、適正な介護予防短期入所療養介護サービスを提供することを目的とする。

〔方針〕 事業所の介護予防短期入所療養介護従業員は、要支援状態等になった利用者が可能な限り、その居宅において、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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を計るよう努めるものとする。

事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センターその他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携により、介護予防短期入所療養介護の提供の開始前から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助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. キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかにご連絡ください。
- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。(但し、利用者の容体の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)
- (3) キャンセル料は、下記のとおりお支払いいただきます。

期間	キャンセル料
利用日の前日まで	無料
利用日の当日	利用者負担金の 100%

7. 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2名)
事務員	5名
その他の従業者	2名

8. 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 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 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。（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。

9. 利用料等

(1) 介護予防短期入所療養介護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、当該介護予防短期入所療養介護が法定代理受領サービスであるときは、その1割又は2割の額とする。

また、当該介護予防短期入所療養介護が法定代理受領サービスでないとき（区分支給限度基準を超えたサービス利用等）は、その全額を本人負担となります。

但し、居住する市町村等において、法定代理受領サービスでないときの負担を軽減する為の助成事業等がある場合には当該市町村等の定めるものとなります。

(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）

但し、当該介護予防短期入所療養介護が法定代理受領サービスでないときは、負担限度額段階の利用者の自己負担額は適用されません。

(3) 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。

(4) 支払い方法は退所時に一括精算する方法をとっており、お支払い頂きますと領収書を発行いたします。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でも可能です。

10. 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
		※養護者等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

11. 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331-1
電話番号	0138-46-1321
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	155床

1 2. 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14-1
電話番号	0138-47-3733
入院設備	無

1 3. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画に則対応を行います。
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 4. 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 5. 介護保険給付費と利用料等

1 基本料金

① 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		
	(個室 i)	(多床室 iii)
要支援1	579円	613円
要支援2	726円	774円

介護老人保健施設 I 在宅強化型		
	(個室 ii)	(多床室 iv)
要支援1	632円	672円
要支援2	778円	834円

②個別リハビリテーション実施加算	240円/日
③認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日限度)	200円/日
④若年性認知症利用者受入加算	120円/日
⑤送迎加算	184円/片道
⑥緊急時治療管理加算(1月1回、3日限度)	518円/日
⑦特定治療費(緊急時に治療を行った時)	
⑧療養食加算(3回/日限度)	8円/回
⑨サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円/日
⑩夜勤職員配置加算	24円/日
⑪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
⑫総合医学管理加算(10日を上限)	275円/日
⑬口腔連携強化加算	50円/回
⑭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
⑮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
⑯高齢者虐待防止措置未実地減算	減算なし
⑰業務継続計画未策定減算	減算なし

「食費」「滞在費」の国が定めた利用者負担限度額段階(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	600円	550円	430円
利用者負担第3段階①	1,000円	1,370円	430円
利用者負担第3段階②	1,300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

①食費	朝食	445円/食
	昼食	500円/食
	夕食	500円/食

(ただし、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る)

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滞在費(1日当たり)	個室	1,668円/日
	多床室	377円/日

(ただし、滞在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滞在費が1日の負担限度額となる)

③特別な室料	1人部屋(バス・トイレ付)※	1,870円/日
〃	1人部屋(バス・トイレ無)※	1,650円/日
〃	2人部屋※	1,100円/日

④日用品費

日用品セット	185円/日
バスタオル	95円/枚
入浴用タオル	45円/枚
リンスインシャンプー	40円/回
ボディーソープ	40円/回
洗面用タオル	40円/枚
除菌タオル	48円/日
BOXティッシュ	70円/箱
おやつ	50円/食
清拭材料費	250円/回

⑤教養娯楽費

材料費等の実費徴収

3 その他の料金

①	テレビ使用料(貸出し)※	110円/日
	〃(持参)※	55円/日
②	冷蔵庫使用料※	110円/日
③	理美容料(実費)外部委託	1,100~8,500円/回
④	洗濯料(実費)※外部委託	2,200~8,250円/月
⑤	文書料※	550~5,500円

※印は消費税込みで表示しています。

個人情報の利用目的

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。

介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護利用同意書

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、介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護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： - -

介護予防短期入所療養介護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