

介護老人保健施設ゆうあい

介護予防短期入所療養介護利用約款

(約款の目的)

第1条 医療法人真庭慈風会 介護老人保健施設ゆうあい（以下「当施設」という。）は、要支援状態と認定されたご利用者（以下単に「ご利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、ご利用者がある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介護予防を目的に介護予防短期療養介護サービスを提供致します。一方、ご利用者及び身元保証人は、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、ご利用者が介護予防短期入所療養介護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、身元保証人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 ご利用者は、前項に定める事項の他、本契約、別紙1及び別紙2の改定が行なわれない限り、同意書提出をもって、当施設を利用することができるものとします。

(ご利用者からの解除)

第3条 ご利用者及び身元保証人は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、本契約に基づく介護予防短期入所療養介護の利用を解除・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、ご利用者及び身元保証人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。

- ① ご利用者が要介護認定において非該当又は要介護と認定された場合
- ② ご利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護保険施設サービスの提供を超えると判断された場合
- ③ ご利用者及び身元保証人が、本契約に定める利用料金を1か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず7日間以内に支払われない場合
- ④ ご利用者が、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（故意による暴言・暴力行為等並びにセクハラ行為等）又は反社会的行為を行った場合
- ⑤ 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 ご利用者及び身元保証人は、連帯して、当施設に対し、本契約に基づく介護予防短期入所療養介護サービスの利用料金を支払う義務があります。但し、当施設は、ご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、原則的には前月又は当月利用料金を、翌月10日に請求しますが、介護予防短期入所療養介護サービス終了時にも請求致します。なお支払方法は別途話し合いの上双方合意した方法とします。

3 当施設は、ご利用者又は身元保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、ご利用者及び身元保証人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、ご利用者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作成し、その記録を利用終了後2年間は保管します。なお、診療録については、5年間保管します。

2 当施設は、ご利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、身元保証人その他の者（ご利用者の代理人を含みます。）に対しては、ご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、原則としてご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、施設長が判断し、身体拘束その他ご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状態及び時間、その際のご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8条 当施設とその職員は、業務上知り得たご利用者又は身元保証人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、ご利用者及び身元保証人から、予め同意を得た上で行うこととします。

① 介護予防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その委託を受けた居宅介護支援事業者、他の介護予防事業所等への情報提供、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 介護予防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、ご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、ご利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、主治医もしくは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、ご利用者に対し、当施設における介護予防短期入所療養介護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します。

3 前2項のほか、入所利用中にご利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、緊急連絡者に対し、速やかに連絡します。

(事故発生時の対応)

第10条 当施設は、ご利用者に対する介護予防サービスの提供の際には、安全に十分配慮をしておりますが、転倒・骨折などの事故がおこる可能性があります。事故が発生した場合は、速やかに県、市町村、地域包括支援センター及びその委託を受けた居宅介護支援事業者、他の介護予防事業所、ご利用者の家族等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 当施設の提供する介護予防短期入所療養サービスに対しての要望又は苦情等について、支援相談員又は看護師長に申し出ることができます。また、ご意見箱に投函して申し出ることができます。

2 ご利用者及び身元保証人は、提供されたサービスに苦情がある場合は、市町村又は、国民健康保険団体連合会に対して、申し出ることができます。

(賠償責任)

第12条 介護予防短期入所療養介護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、ご利用者が損害を被った場合、当施設は、ご利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2 ご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、ご利用者及び身元保証人は、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。

(利用契約に定めのない事項)

第13条 この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令の定めるところにより、ご利用者又は身元保証人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

重要事項説明書

(令和 7 年 1 月 1 日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施 設 名	介護老人保健施設 ゆうあい
開 設 年 月 日	平成 12 年 4 月 1 日
所 在 地	岡山県真庭市勝山 1070 番地
電 話 番 号	(0867) 44-7500
フ ァ ッ ク ス 番 号	(0867) 44-5556
施 設 長 名	宮 島 孝 直
介 護 保 険 指 定 番 号	介護老人保健施設 (3353480035 号)

(2) 介護老人保健施設ゆうあいの目的と運営方針

当施設は、要支援状態にあるご利用者に対し適切な介護予防短期入所療養介護を提供することを目的としています。

[介護老人保健施設ゆうあいの運営方針]

- 1 当施設は、要支援者の居宅における自立支援を目的として、ご利用者に応じた介護予防サービスを行います。
- 2 職員は、ご利用者の要支援状態の軽減を図るよう、その目標を設定し介護予防サービスを計画的に行います。
- 3 介護予防サービスの実施にあたっては、地域包括支援センターとその他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村と連携し、総合的なサービス提供に努めます。

(3) 施設の職員体制

	人員配置	夜間	業務内容
医 師	1 人以上		診療・治療を行う。
薬 剤 師	0.2 人以上		服薬管理を行う。
看護職員	4.2 人以上	夜勤帯	日常生活上のケアや診療の補助を行う。
介 護 職	12 人以上	3 人	日常生活上のケアを行う
支援相談員	1 人以上		相談業務を行う。
理学療法士 又 は 作業療法士	1 人以上		運動療法・日常生活訓練を行う。
管理栄養士	1 人以上		献立作成や栄養指導を行う。
介護支援 専 門 員	1 人以上		ケアプランの作成および見直しを行う。
事務職員	1.5 人以上		請求書の発行および集金業務を行う。
用務員	1 人以上		施設内の清掃を行う。

- (4) 入所定員等 ・定 員 50名（短期入所は空床利用とする）
 ・療養室 個室－4室、2人室－1室、4人室－11室

2. サービス内容

- ① 介護予防短期入所療養介護サービス計画の立案
（ご利用者やご家族と相談しサービスの提供をします）

- ② 食事
③ 入浴
④ 医学的管理・看護
⑤ 介護（退所時の支援も行います）
⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
⑦ 栄養管理サービス
⑧ 相談援助サービス
⑨ 理美容サービス
⑩ 送迎
⑪ その他

＊これらのサービスのなかには、ご利用者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、具体的にご相談ください。

3. 利用料金

- (1) 介護老人保健施設ゆうあい利用料金表をご参照ください。
(2) 支払い方法
・翌月10日と退所時にお支払いください。（銀行振替の方は毎月15日引落とし、15日が土日祝の場合はその翌日）お支払い頂きますと領収書を発行いたします。
・お支払い方法は、現金・銀行振替の2方法があります。利用契約時にお選びください。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

・協力医療機関

名 称	津山中央まにわ病院
住 所	岡山県真庭市勝山 1070

・協力歯科医療機関

名 称	飯田歯科医院
住 所	岡山県真庭市勝山 243

5. 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会…直接面会・タブレット面会・LINE面会の3方法を実施しておりますが、感染症の状況により、随時対応を変更しています。詳細は窓口へお問い合わせください
- ・喫煙…施設内での喫煙はご遠慮ください。
- ・火気の取扱い…火災予防のため、火気の使用は固く禁じます。
- ・設備、備品の利用…ご利用者の皆さんで使うものですので、大切に扱ってください。
- ・居室でのテレビの利用について…イヤホンは各自ご持参ください。（貸出しはしておりません）
なお、利用時は他の方のご迷惑となりますのでイヤホンをご使用ください。
利用時間は午前7時から午後9時までとなっております。
- ・所持品、備品等の持ち込み…自分で責任もてる範囲内をお願い致します。

- ・ 金銭、貴重品の管理…持ち込みは最少限にとどめてください。なお、紛失の場合、施設では責任を負いかねますのでご了承ください。
- ・ 営利行為、宗教の勧誘等の禁止…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、ご利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

6. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓
- ・ 防災訓練 年2回

7. 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、ご覧ください。

介護予防短期入所療養介護サービスについて

◇介護保険証の確認

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

◇介護予防サービス

当施設でのサービスは、介護予防短期入所療養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、ご本人・身元保証人の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意を頂くようになります。

医療：

医師・看護職員が、ご利用者の介護予防を目的とした日常生活上の医学的な管理、指導を行います。

介護：

介護職員が、ご利用者の介護予防を目的とした日常生活上の支援や相談を行います。

リハビリテーション：

理学療法士又は作業療法士が、ご利用者の介護予防を目的とした体操等の指導を行います。

栄養管理：

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養サービスを提供します。

◇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、常にご利用者の立場に立って運営しています。

療養室：

個室・2人室・4人室

＊個室のご利用には、別途料金をいただきます。

食事：

朝食 8：00 （430円）

昼食 12：00 （650円）

夕食 18：00 （650円）

＊食事は原則として食堂でおとりいただきます。

なお、介護負担限度額認定証がある方も併設病院（津山中央まにわ病院）からの入所・退所日には上記の食事代を頂くこととなります。

入浴：

原則として週2回です。

理美容：

月3回、理美容サービスを実施します。

＊理美容サービスは、別途料金をいただきます。

＊ご希望の方は、職員までお申し出ください。

洗濯：

ご家族の方に取りに来て頂くか、委託業者に依頼ができます。

※業者に依頼する場合は別途料金がかかります。

◇他機関・施設との連携

協力医療機関への受診：

当施設では、病院や歯科医院に協力をしていただいております。ご利用者の状態が急変した場合には、速やかに主治医もしくは協力医療機関への連絡を行う等必要な措置を行います。

他施設の紹介：

当施設での対応が困難な状態になったり、専門的な対応が必要になった場合には、責任を持って他の医療機関・施設を紹介しますので、ご安心ください。

◇緊急時の連絡先

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。

なお、当施設には支援相談の専門員として支援相談員がいますので、お気軽にご相談ください。また、ご要望や苦情なども速やかに対応いたします。

【当施設の相談又は、苦情等に対応する常設の窓口】

担当者 支援相談員：久保田 裕香
看護師長：湯浅 有子
電話番号 0867-44-7500
対応時間 午前 9 時 00 分～午後 6 時 00 分
意見箱 1 階玄関設置

【公的機関の窓口】

- 岡山県国民健康保険団体連合会（介護 110 番）
所在地 岡山県岡山市桑田町 11 番 6 号
電話番号 086-223-8811
対応時間 午前 9 時～午後 5 時
- 真庭市役所 健康福祉部高齢者支援課
所在地 岡山県真庭市久世 2927-2
電話番号 0867-42-1074
対応時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
- 新庄村 介護保険相談窓口
所在地 岡山県真庭郡新庄村 2008-1
電話番号 0867-56-2626
対応時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
- 津山市 社会福祉事務所 高齢介護課（介護保険担当）
所在地 岡山県津山市山北 520
電話番号 0868-32-2070
対応時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分

- 新見市市役所 福祉部 介護保険課
 - 所在地 新見市新見 310-3
 - 電話番号 0867-72-3148
 - 対応時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時

- 鏡野町役場 保健福祉課福祉係
 - 所在地 苫田郡鏡野町竹田 660（鏡野町役場福祉課内）
 - 電話番号 0868-54-2984
 - 対応時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分

介護予防短期入所療養介護利用同意書

介護老人保健施設ゆうあい
施設長 宮 島 孝 直 殿

介護老人保健施設ゆうあいの介護予防短期入所を利用するにあたり、介護予防短期入所療養介護利用契約及び別紙1、別紙2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
電話番号

印

<身元保証人1または成年後見人>

住 所
氏 名
続 柄
電話番号

印

<身元保証人2（同居家族以外の方）>

住 所
氏 名
続 柄
電話番号

印

【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	

介護予防短期入所療養介護利用同意書

介護老人保健施設ゆうあい
施設長 宮島 孝直 殿

介護老人保健施設ゆうあいの介護予防短期入所を利用するにあたり、介護予防短期入所療養介護利用契約及び別紙１、別紙２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
電話番号

印

＜身元保証人 1 または成年後見人＞

住所名 続柄 電話番号

印

＜身元保証人 2（同居家族以外の方）＞

住所
氏名
続柄
電話番号

印

【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	

個人情報使用同意書

私（利用者または身元保証人若しくはその家族）の個人情報については、
（ 介護予防通所リハビリテーション ・ 介護予防短期入所療養介護 ）の利用にあたり、次に記載することにより、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

- ① 介護保険サービスの利用のため県、市町村、地域包括支援センターまたはその委託を受けた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をする場合
- ② 介護予防サービスの質の向上のための学会、研究会での事例研修発表等

2 条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあ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。
- ③ 1の②の使用目的の場合は、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。

令和 年 月 日

介護老人保健施設ゆうあい
施設長 宮 島 孝 直 殿

利用者	住所 _____
	氏名 _____ 印 _____
身元保証人	住所 _____
	氏名 _____ 印 _____
家 族	住所 _____
	氏名 _____ 印 _____
家 族	住所 _____
	氏名 _____ 印 _____

個人情報保護に関する確認票

当施設では、個人情報について下記の内容の表示を予定しております。内容をご確認の上、記入をお願いいたします。なお、一度出された同意はいつでも変更することができます。

表示内容	回答欄	
療養室入口への氏名の記載	可	不可
ベッドネームの掲示	可	不可
顔写真の掲示	可	不可
作品の展示	可	不可
広報誌への顔写真・氏名の掲載	可	不可
面会者の案内	可	不可
電話の取り次ぎ	可	不可
ご家族等の来所時や電話等での療養上の問合せによる説明	可	不可
容態急変時のご家族等への連絡	可	不可

令和 年 月 日

ご利用者氏名 _____ 印

※本人の意志が確認できない場合

身元保証人または成年後見人 _____ 印

介護老人保健施設ゆうあい

施設長 宮 島 孝 直 殿

予防短期入所利用契約及び別紙 1・2 に説明を受け、理解したうえで同意します。

(利用期間 年 月 日 ～ 年 月 日)

令和 年 月 日

〈利用者〉

利用者同意欄 氏名 _____ 印

予防短期入所利用契約及び別紙 1・2 に説明を受け、理解したうえで同意します。

(利用期間 年 月 日 ～ 年 月 日)

令和 年 月 日

〈利用者〉

利用者同意欄 氏名 _____ 印

予防短期入所利用契約及び別紙 1・2 に説明を受け、理解したうえで同意します。

(利用期間 年 月 日 ～ 年 月 日)

令和 年 月 日

〈利用者〉

利用者同意欄 氏名 _____ 印

予防短期入所利用契約及び別紙 1・2 に説明を受け、理解したうえで同意します。

(利用期間 年 月 日 ～ 年 月 日)

令和 年 月 日

〈利用者〉

利用者同意欄 氏名 _____ 印