

介護老人保健施設スイートケアなかよし 入所利用契約書

(2024年 4月 1日現在)

様（以下「利用者」という。）と 介護老人保健施設スイートケアなかよし（以下「当施設」という。）は、利用者に対して行う介護保健施設入所サービスについて、各々対等な立場でその内容を確認し、次の通り契約を締結します。

第1条（契約の目的）

当施設は、要介護状態と認定された利用者に対し、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、保証人」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、契約の目的とします。

第2条（適用期間）

本契約は、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。

利用者は、前項に定める事項の他、本契約の改定が行なわれない限り、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。

第3条（利用者からの解除）

利用者及び保証人は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。

第4条（事業者からの解除）

当施設は、利用者及び保証人に対し、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 利用者が要介護認定において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判定会議において、退所して居宅において生活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えると判断された場合
- ④ 利用者及び保証人が、本契約に定める支払を督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利用者等に対して、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

第5条（利用料金）

利用者及び保証人は、連帯して、当施設に対し、本契約に基づく介護保険施設サービスの対価として、利用料金表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、利用者及び保証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15日までに送付し、利用者及び保証人は、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支払うものとします。その際保証人の極度額は50万円を限度とします。
- 3 月の途中で退所される場合には、退所時に入所中のご利用料金の合計額を請求し、お支払いいただきます
- 4 当施設は、利用者又は保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び保証人が指定する送付先に対して、領収書を送付します。

第6条（記録）

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、その記録を利用終了後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、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、保証人その他の者（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。

第7条（身体の拘束等）

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、施設長が判断し、ご家族の同意の上、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。

第8条（秘密の保持）

当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は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、施設は、利用者及び保証人から、予め同意を得た上で行うこととします。

- ①介護保険サービスの利用のための市町村、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。尚、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。

第9条（緊急時の対応）

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険施設サービスでの対応が困難な状態、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、又は、本人及び家族の希望により他の専門的機関を紹介します。
- 3 前2項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

第10条（事故発生時の対応）

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、当施設は利用者の家族等利用者又は扶養者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。

第11条（要望又は苦情等の申出）

利用者及び扶養者は、当施設の提供する介護保険施設サービスに対しての要望又は苦情等について、苦情受付担当者に申し出ることができ、又は、備付けの用紙、施設長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。

第12条（賠償責任）

介護保険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。

第13条（利用契約に定めのない事項）

本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に定めるところにより、利用者又は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。

スイートケアなかよし 介護老人保健施設入所サービス重要事項説明書

(2024年 4月 1日現在)

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、介護保険法に関する厚生省令第40号第5条に基づいて、当事業者があなたに説明する事項は次の通りです。

1. 【開設者】

名称	医療法人 玉水会
所在地	鹿児島市下伊敷1丁目1番5号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 永友 知澄
電話番号	099 (223) 3330

2. 【事業者】

名称	介護老人保健施設 スイートケアなかよし
開設年月日	平成3年3月1日
管理者名	永友 知澄
所在地	鹿児島市下伊敷1丁目1番5号
電話番号	099 (223) 3390
FAX番号	099 (223) 6957
指定番号	鹿児島県 No. 4650180021
指定年月日	平成12年4月1日

3. 【事業の目的と運営方針】

事業の目的	<ol style="list-style-type: none">1. 介護老人保健施設は、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などのサービスを施設サービス計画（ケアプラン）に基づいて提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援することを目的とした施設です。2. さらに、家庭復帰の場合には、療養環境の調整などの退所時の支援も行いますので、安心して退所いただけます。3. また利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、居宅介護サービス計画（ケアプラン）に基づき短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設でもあります。
運営方針	<ol style="list-style-type: none">1. ご利用者様の意思及び希望を尊重し、常にご利用者様の立場に立って安心・安全な介護サービスを提供します。2. ご利用者様の有する能力に応じ、自立した日常生活を営めるよう支援し、在宅復帰を目指した介護サービスを提供いたします。3. 地域連携を進め、在宅復帰も安心して生活できるようにサポートいたします。4. 個人情報の保護に努め、ご利用者様の人権を守ります。

4. 【施設の職員体制】

	人数	業 務 内 容
医 師	1	利用者の健康管理・療養上妥当適切な診療
看護職員	5名以上	医師の指示下における利用者の健康管理・処置
介護職員	12名以上	食事・入浴介助等利用者の日常生活の介護
薬剤師	1	利用者の調剤・服薬指導・薬剤管理等
リハビリ スタッフ	3名以上	利用者のリハビリテーションの計画・実施
管理栄養士	1	利用者への食事の提供・栄養管理
介護支援専門員	1	利用者のケアプラン作成
支援相談員	1名以上	利用者・家族からの相談
歯科衛生士	1	歯科医師の指示下のもと利用者の口腔内の管理等
事務職員	2	利用者の請求事務・施設会計経理準則による会計業務

5. 【入所定員と居室数】

定員	50名
個室	3室
2人室	7室
3人室	3室
4人室	6室

6. 【サービス提供予定表】

回診	月2回以上
入浴	週2回以上
リハビリ	週3回以上
シーツ交換	週1回以上
年間行事	年4回以上
園芸クラブ	毎週火・金曜日
生花クラブ	毎週月曜日
音楽レク(カラオケ等)	毎週水・土曜日
書道クラブ	毎週木曜日
塗絵・折り紙	毎週金曜日

7. 【施設サービスの内容】

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事時間（朝食7:30～9:00、昼食11:30～13:00、夕食17:30～19:00）
食事の場所 居室、4階フロア、食堂(5階)、その他（※上記内でご希望に応じます。）
- ③ 入浴（週に最低2回。一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応。
但し利用者の身体の状況に応じて清拭となる場合があります。）
- 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 相談援助サービス
- ⑧ 行政手続代行
- ⑨ 処方（こちらの施設に入所された場合、効果は同じですが名前の違う薬を使う場合があります。）
- ⑩ その他

8. 【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き、利用者の状態が急変した場合には、本人及びご家族の希望も含め速やかに対応をお願いするようにしています。

○協力医療機関

- ・名 称 医療法人 玉水会 玉水会病院
- 住 所 鹿児島市下伊敷1丁目1番5号

○協力歯科医療機関

- ・名 称 大迫歯科医院
- 住 所 鹿児島市小川町2番25号

9. 【施設利用にあたっての留意事項】

- (1) 居室内では他のご利用者のご迷惑にならないようお静かにお願いします。
- (2) 外出・外泊は、お気軽にお申し出下さい（事前に許可を必要とします）。
- (3) 他のご利用者様とはお互い仲良くお過ごし下さい。
- (4) 居室でのご飲酒・ご喫煙及び火気類のご使用はご遠慮下さい。
- (5) ご利用者様・ご家族の希望により、入所中又は外泊時等に他の医療機関（歯科は除く）での診察又はお薬をもらえる場合は、必ず事前に当施設看護師又は介護職員へお申し出ください。
- (6) 入所中は現金・貴重品等の持ち込みは事故防止上、ご遠慮いただいております。また、紛失・破損等に関しましても、施設は一切責任を負いませんのであらかじめご了承下さい。
- (7) その他、職員からご説明・お願い等させていただく事もございますので、よろしくお願いいたします。

10. 【非常災害対策】（地震、火災、風水害）

当施設は、防災設備として、スプリンクラー、消火器、消火栓など万全の設備を備えており、非常時には利用者等の人命安全を第一とし、非常災害対策計画・夜間訓練を含む年3回の避難訓練・緊急連絡網等により迅速な行動がとれるようになっております。また地域との連携を密にするため地域住民との共同訓練への参加も求めるように努めて参ります。

11. 【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。また、個人情報保護のため、施設・病院内での写真動画撮影及び録音は原則禁止しております。ご理解ご協力のほどお願いいたします。

12. 【苦情等窓口】

利用者の権利を守り満足度を高めるために、また良質な施設サービスの提供と職員の資質を高めるために、ご不明な点、ご要望、苦情等ございましたらご遠慮なくお申し出ください。

<スイートケアなかよしの相談窓口>

当施設の相談窓口	介護支援専門員
電話番号	099-223-3390
その他の申し出方法	・ 備え付けのアンケートをご意見箱（1階ロビー、4階フロア）へ投函して下さい。 ・ 当施設職員へお申し出下さい。郵送でも構いません。

<医療法人玉水会の相談窓口>

当法人の相談窓口	地域連携室（総合相談窓口）
電話番号	099-223-3330
その他の申し出方法	備え付けのアンケートをご意見箱（1階ロビー、4階フロア）へ投函して下さい。

<公的機関の相談窓口>

鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談室	住 所：鹿児島市鴨池新町6番6号 電話番号：099-213-5122
鹿児島市 介護保険課	住 所：鹿児島市山下町11番1号 電話番号：099-216-1277
鹿児島県高齢者生き生き推進課 介護保険室	住 所：鹿児島市鴨池新町10番1号 電話番号：099-286-2674
鹿児島県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局	住 所：鹿児島市鴨池新町1番7号 県社会福祉センター5階 電話番号：099-286-2200

13. 【高齢者虐待防止について】

当施設は利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、責任者及び担当者を定め必要な措置を講じます。研修や委員会を通じて従業者の人権意識・知識・技術の向上に努め、利用者等の権利擁護に取り組みます。

14. 【ハラスメント対策】

当施設は、より良い介護サービスの提供を行うために、従業者の安全確保と安心して働ける労働環境が築けるよう、ハラスメントの防止に向け取り組みます。また、ハラスメントと判断された場合には関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用継続の検討等を講じます。

15. 【情報提供と個人情報の保護】

施設では、利用者に安心して施設サービスを受けていただくために、ご利用者の個人情報の取扱いにも万全の体制で取り組んでいます。

また、適正かつ効果的な施設サービスを受けるために下記利用目的で個人情報を利用する場合があります。必要なご利用者およびご家族の情報を使用することに同意を頂きます。なお、下記に同意できない項目やその他個人情報の取り扱いについてご希望・ご要望がございましたら、介護老人保健施設利用同意書にご記入願います。

項 目
1. サービスの提供 ①当施設での介護サービスの提供 A. 居室の入所者様の名札掲示・ベッドの名札掲示・食札の使用 B. 注入食、点滴ボトルへの名前の記入 C. 症状説明は状況によっては居室で行うこともあります D. 利用者の個別ケアに関する注意事項を居室内や車イス等に掲示する事 E. レクリエーション等で撮影した写真の掲示や作品の展示 F. 各種月行事(誕生会・敬老会等)にてお名前、年齢等の紹介 G. 面会に来られた方への居室へのご案内 H. 入所の有無についてのお問い合わせにお応えいたします J. 治療・処置等に必要撮影 ②居宅介護支援事業者との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答 ③病院、診療所、介護サービス事業者等との連携、照会への回答 ④その他の業務委託 ⑤ご家族等への心身の状況説明
2. 介護給付費請求のための事務 ⑥当事業所での介護、公費負担サービスに関する事務およびその委託 ⑦審査支払機関へのレセプト提出 ⑧審査支払機関又は保険者からの照会への回答 ⑨公費負担サービスに関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
3. 当事業所の管理運営業務 ⑩会計・経理 ⑪事故等の報告 ⑫当該利用者様の介護サービスの向上 ⑬その他、当事業所の管理運営業務に関する利用

4. その他

- ⑭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
- ⑮介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ⑯当事業所内において行われる実習への協力
- ⑰サービスの質の向上を目的とした当事業所内での研究等
- ⑱外部監査機関への情報提供

個人情報の保護に関するお問い合わせ窓口

お問い合わせ窓口	地域連携室（総合相談窓口）
電話番号	099-223-3330

《Memo》

介護老人保健施設の利用、利用者負担にかかる同意書

私は、介護老人保健施設スイートケアなかよしを利用するにあたり、入所利用契約書・重要事項説明書の施設内容、および利用料金の利用者負担について、担当者から交付・説明を受け、これらを十分に理解した上で施設を利用し、その対価として施設の定める料金を支払うことに同意します。

また、本書面を1部受け取りました。

年 月 日

<事業者> 住 所 鹿児島市下伊敷1丁目1番5号
事業者名 医療法人玉水会
介護老人保健施設スイートケアなかよし
代表者名 施設長 永友 知澄 印

交付・説明担当者

<利用者> 住 所
氏 名

<保証人> 住 所
氏 名

(続柄)

※重要事項説明書の15.【情報提供と個人情報の保護】において、同意できない項目やその他個人情報の取り扱いについてご希望・ご要望がございましたら、下記にご記入ください。

同意できない項目	理 由	個人情報の取り扱いに関する希望・要望

<緊急時の連絡先>

①	氏名	(続柄)
	住所	(〒 -)
	電話番号	() 携帯 ()
②	氏名	(続柄)
	住所	(〒 -)
	電話番号	() 携帯 ()

<請求書・明細書・領収書の送付先> (該当に☑する)

<input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 保証人宅 <input type="checkbox"/> その他		
その他の場合の送付先	氏名	(続柄)
	住所	(〒 -)

<利用者負担に関する確認>

負担変更の内容 (該当に☑する) 及び適用年月日	説明日及び説明担当者	利用者・保証人(代諾者)署名
初回説明 負担段階 ()段階 居室 ()号室 年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 負担段階変更 ()段階→()段階 <input type="checkbox"/> 居室変更 ()号室→()号室 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 負担段階変更 ()段階→()段階 <input type="checkbox"/> 居室変更 ()号室→()号室 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 負担段階変更 ()段階→()段階 <input type="checkbox"/> 居室変更 ()号室→()号室 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 負担段階変更 ()段階→()段階 <input type="checkbox"/> 居室変更 ()号室→()号室 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 負担段階変更 ()段階→()段階 <input type="checkbox"/> 居室変更 ()号室→()号室 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	年 月 日	