

【老人保健施設 こまきの森 入所利用約款】

(令和7年1月1日以降)

第1条(目的)

老人保健施設こまきの森(以下「施設」という)は、要介護状態と認定された利用者(以下「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共に、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「保証人」という)は施設に対し、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。

第2条(適用期間)

本約款は、利用者が介護老人保健施設入所利用同意書を施設に提出したのち令和元年10月1日以降から効力を有します。但し、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. 利用者は、前項に定める事項の他、「本約款」、「重要事項説明書」、「施設サービスの内容と費用」、「利用者負担説明書」の初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し施設を利用するものとします。

第3条(利用者からの解除)

利用者及び保証人は施設に対し、利用中止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。

第4条(施設からの解除)

施設は、利用者及び保証人に対し、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において自立又は要支援1・2と認定された場合。
- ② 施設において定期的に実施される会議において、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、施設での適切な介護保健施設サービスの提供を越えると判断された場合。
- ④ 利用者及び保証人が、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日以内に支払われない場合。
- ⑤ 入所中の医療及び処遇その他一切を施設に一任していただけない場合。
- ⑥ 利用者及び保証人が施設、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。
- ⑦ 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、施設を利用す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、料金表をもとに計算された月ごとの総計金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。

2. 施設は、利用者及び保証人が指定する送付先に対し、前月利用料合計額の請求及び明細書を、毎月10日までに所定の方法で交付します。(介護保健施設サービスに限り、退所日までの料金の合計額の請求書及び明細書を発行することもできます)利用者及び保証人は連帯して施設に対し、当該合計額をその月の末日までに支払うものとします。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. 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、利用者又は保証人が指定する送付先に対して、所定の領収書を交付します。
4. 入所時に保証金として、保険給付の自己負担額の合計1か月分相当額3万円をお預かりし万一利用料の支払いが滞った場合には、この保証金を充当し、退所時に支払いの過不足を清算するものとします。

第6条(記録)

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. 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応じます。

第7条(身体の拘束等)

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、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、施設の医師がその様態及び時間、その際の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。

第8条(秘密保持及び個人情報の保護)

施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、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個人情報は別紙「個人情報の利用目的」とおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合(災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等)

2. 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

第9条(緊急時の対応)

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. 利用者に対し、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、他の専門的機関を紹介します。
3. 前2項のほか、入所利用中に心身の状態が急変した場合、施設は利用者及び保証人が指定する者に対し、緊急連絡します。

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、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察を依頼します。
3. 前項2のほか、施設は利用者又は保証人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、苦情等の申出)

利用者及び保証人は、施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望または苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備え付けの用紙、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。

第12条(賠償責任)

介護保健施設サービスの提供に伴って施設の責めに帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、施設は利用者に対して損害を賠償するものとします。

2. 利用者の責めに帰すべき事由によって、施設が損害を被った場合、利用者及び保証人は連帯して施設に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)

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保証人と施設が誠意をもって協議して定めることとします。

第14条(ハラスメント)

利用者、職員はその権利及び尊厳を尊重し、セクシャルハラスメント、モラルハラスメント、及びこれらに該当すると疑われるような行為を行ってはならない。又ハラスメントに対する相方の反応により、利用者・職員に不利益を与える事も禁止します。

【重要事項説明書】

1 事業所名(法人) 医療法人愛仁会の概要

① 事業者(法人)の概要

名 称	医療法人 愛仁会
代 表 者 名	理事長 森 文美
所 在 地	名古屋市北区東味鋤一丁目2401番地
連 絡 先	052-901-6131

② 事業所の概要

施 設 名 称	老人保健施設 こまきの森
開 設 年 月 日	平成10年10月19日
所 在 地	小牧市大字三ツ淵1945番地1
連 絡 先	TEL:0568-41-3450 FAX:0568-41-5886
事 業 所 番 号	2353880012
施 設 長 氏 名	立 松 輝

③ 施設の概要(構造)

敷 地	5,750.98 m ²	
建 物	構 造	RC造 3階建 造
	延 べ 床 面 積	4,352.64 m ²
	利 用 定 員	95 名

④ 施設の概要(居室)

居室の種類	個室 = 13室	2人部屋 = 3室	4人部屋 = 19室
-------	----------	-----------	------------

⑤ 施設の概要(設備)

種 類	浴室2室(一般浴1、特殊浴1)、診察室 1室、機能訓練室 1室、調理室 1室 談話室・食堂・レクリエーションルーム・サービスステーション・・・各フロアにあります
-----	---

⑥ 職員体制

職 種	職 務 内 容	常 勤	非 常 勤	計
施 設 長	施設全般の運営管理	1 名	0 名	1 名
医 師	回診・診察	1 名	3 名	4 名
看 護 職 員	看護業務	5 名	8 名	9 名
薬 剤 師	薬剤管理、処方、調合	0 名	1 名	1 名
介 護 職 員	介護業務	21 名	5 名	26 名
介護支援専門員	施設サービス計画の立案	1 名	0 名	1 名
支援相談員	相談業務	1 名	0 名	1 名
理学療法士及び 作業療法士	リハビリテーション	8 名	17 名	25 名
管理栄養士	栄養管理、栄養ケアマネジメント等の栄養 状態の管理	1 名	0 名	1 名
そ の 他	事務	3 名	0 名	3 名

【施設サービスの内容と費用】

① サービス内容

種 類	内 容
食 事	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行う ・朝食 7:30 ～ 8:30 ・昼食 12:00 ～ 13:00 ・おやつ 15:00 ～ 15:30 ・夕食 18:00 ～ 19:00
入浴及び清拭	週2回の入浴又は清拭を行う ※寝たきり等の方は、機械浴も可能
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行う
整 容 等	・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助す ・毎日、起床時及び就寝時に着替え支援を行う ・寝たきり防止の為、出来る限り離床に配慮する ・シーツ交換は週1回行う
リハビリテーション	身体機能低下防止の為、リハビリテーションにより利用者の状況に 適した機能訓練を行う
健 康 管 理	医師による診察を随時行う
レクリエーション等	次のような娯楽設備を備えております ・カラオケ ・その他
相 談 及 び 援 助	利用者及びその後見人、家族又は身元引受人からの相談に応じ ます

② 費用(利用者負担説明書参照)

原則として料金表の利用料金の1割が利用者負担額となります。

※利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額になります。

保険料の滞納等により、施設に直接介護保険給付が行われない場合がありますので、その場合、料金表の利用料金全額をお支払いいただきます。利用料のお支払いと引き換えに領収書を発行いたします。

③ 利用料等のお支払い方法

毎月末締めとし、翌月10日までに当月分の料金を請求いたしますので、請求書が届いた月の27日に口座より引き落としとなります。

④ 施設が提供するサービス内容に関する苦情等相談窓口

苦情等受付窓口	窓口責任者	事務長 後藤小百合		
	ご利用時間	8:30～17:30(土日祝及び12/31～1/3は除く)		
	電話FAX	TEL:0568-41-3450 FAX:0568-41-5886		
	愛知県国民健康保険団体連合会		052-971-4165	
	小牧市介護保険課	0568-72-2101(代表)	0568-76-1153(直通)	
	春日井市高齢福祉課	0568-81-5111(代表)	0568-85-6176(直通)	
	江南市高齢者生きがい課	0587-54-1111(代表)		
	大口町健康生きがい課	0587-95-1111(代表)	0587-94-0051(直通)	
	岩倉長寿介護課	0587-66-1111(代表)	0587-38-5811(直通)	

【協力医療機関等】

医療機関	①	病院名	名春中央病院
		所在地	名古屋市北区東味鋤一丁目2401番地
		電話番号	052-901-6131
	②	病院名	小牧市民病院
		所在地	小牧市常普請1-20
		電話番号	0568-76-4131
歯科機関	病院名	堀井歯科医院	
	所在地	愛知県小牧市曙町47番地	
	電話番号	0568-73-1234	

【施設利用に当たっての留意点】

面会・来訪	・面会時間：8:00～20:00(新型コロナウイルス感染症の為に制限中です) ・面会時間を遵守し、その都度1階事務所で面会者名簿に記載してください
禁煙	敷地内はすべて禁煙となっております。
外出・外泊	・出かけられる際は、所定の「外出・外泊届」を提出してください。 (現在感染対策により制限中ですが、適宜相談受けます)
所持金管理	所持金品は、自己責任のもと管理してください。(現金は不可)
ペットの飼育	施設内へのペットの持込み及び飼育は禁止です。
居室・設備の利用	施設内の居室や設備は、用法に従ってご利用ください。
迷惑行為	騒音又は他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
宗教・政治活動	施設内での執拗な宗教・政治活動はご遠慮ください。
入退所時	ご家族と共にお願いします。
医療機関への受診	入所中は当施設の指示なく他の医療機関へかからないで下さい。また、お薬を取りに行くこともご遠慮下さい。(外出・外泊も同様) 当施設の医師が外来受診を必要と認めた場合病院で受診していただくことがあります。受診の為に付き添い及び送迎はご家族でお願い致します。
施設内事故	職員一同日々努力いたしておりますが、万一不慮の事故等(歩行中の転倒骨折・誤嚥・利用者のトラブル)も考えられますのでご承知おき下さい。

所 持 品	<p>全てご記名下さい。はさみ、ナイフ等の危険物や現金、貴重品はお持ちにならないで下さい。万一紛失並びに破損が発生しても責任を負いかねます。</p> <p>義歯、補聴器等の管理は個人の責任とさせていただきます賠償等には応じかねますのでご承知おき下さい。</p>
-------	--

【利用者負担説明書】

施設を利用される利用者の負担は、介護保険の給付に係る通常1割又は2割の自己負担と保険給付適用外の費用(居住費、食費、利用者の選択に基づく特別な療養室料及び特別な食事、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、理美容代、クラブ等で使用する材料費、診断書等の文書作成費、要介護認定の申請代行等)を利用料としてお支払いいただく2種類があります。なお、介護保険の保険給付の対象となっているサービスの利用者負担は全国統一料金ではありません。介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域(地域加算)や配置している職員の数、また、認知症専門の施設(認知症専門棟加算)で異なりますし、利用料も各施設ごとの設定となっております。

- A 保険給付の自己負担額(一割負担分) ※二割負担の人は倍額になります。
 ※三割負担の人は三倍額になります。

7級地 1単位=10.14円

項 目		要介護度数	単 位
介護保健施設 サービス費(I) (i)	従来型個室	要介護 1	717単位 /日
		要介護 2	763単位 /日
		要介護 3	828単位 /日
		要介護 4	883単位 /日
		要介護 5	932単位 /日
介護保健施設 サービス費(I) (iii)	多 床 室	要介護 1	793単位 /日
		要介護 2	843単位 /日
		要介護 3	908単位 /日
		要介護 4	961単位 /日
		要介護 5	1012単位 /日

内 容	単 位
初期加算	30単位 /日
短期集中リハビリテーション実施加算	240単位 /回
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240単位 /日
若年性認知症入所者受入加算	120単位 /日
外泊加算	362単位 /日
医師が回復の見込みがないと診断した入所者の看取りを行った場合	
ターミナルケア加算(死亡日以前31日以上45日以下)	80単位 /日
ターミナルケア加算(死亡日以前4日以上30日以下)	160単位 /日
ターミナルケア加算(死亡日の前日及び前々日)	820単位 /日
ターミナルケア加算(死亡日)	1,650単位 /日
入所前後訪問指導加算 (I)	450単位 /回
(II)	480単位 /回
退所時等支援等加算 ①試行的退所時指導加算	400単位 /回
②入退所時情報提供加算	500単位 /回
③入退所前連携加算 (I)	600単位 /回
経口移行加算	28単位 /日

栄養マネジメント強化加算		11単位 /日
経口維持加算 (Ⅰ)		400単位 /月
経口維持加算 (Ⅱ)		100単位 /月
療養食加算		6単位 /回
緊急時施設療養費		518単位 /日
所定疾患施設療養費	加算(Ⅰ)	239単位 /日
	加算(Ⅱ)	480単位 /月
地域連携診療計画情報提供加算		300単位 /回
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数	× 7.5%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数	× 7.1%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数	× 5.4%
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数	× 4.4%
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(1)~(14)	現行の3加算の取得状況に基づく加算率	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22単位 /日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		18単位 /日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		6単位 /日
認知症情報提供加算		350単位 /回

費 目	新	備 考
排泄支援加算(Ⅰ)	10単位/月	
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	33単位/月	

B 保険給付適用外の自己負担額(介護保険給付適用外サービスの利用料は全額負担となります)

- ・ 負担限度額認定を受けている場合、認定証に記載された負担限度額が1日にお支払いいただく「食費」並びに「居住費」の上限となります
- ・ 国が定める負担限度額段階(第1段階～第3段階)の利用者の自己負担額(食費及び居住費)は《別添資料1》をご覧ください

種 類	内 容	金 額
食 費(1日)	朝食・昼食・夕食	2,286 円
居 住 費(1日) ※外泊時も室料をいただきます	従来型個室(2階)	1,700 円
	従来型個室(3階)	1,600 円
	多床室(2階)	450 円
	多床室(3階)	450 円

内 容		金 額
入所者が選定する特別(二人部屋)の療養室(1日につき)		2階 360 円
なお、外泊時にも室料をいただきます		3階 340 円
日用品費 (1日につき)	ボディークリーム・シャンプー・芳香剤・ゴミ袋・バスタオル・フェイスタオル他	200 円
教養娯楽費 (1日につき)	新聞購入費(一般紙、スポーツ紙)・雑誌、書籍購入費(週刊誌、月刊誌、書籍)・折り紙・粘土・風船・輪投げ遊具、CD他	110 円

理美容代	カット(カット、顔そり、整容)	2,200 円
	パーマ(パーマ、カット、顔そり、整容)	4,000 円
	顔そり(顔そり、整容)	1,500 円
	毛染め(白髪染め)	3,700 円

インフルエンザ予防接種に係る費用(税別)	2,000 円
クリーニング代(私物の洗濯物を業者に委託する場合)	1ネット 660 円
その他・テレビ電気代	1日に付 95 円
・電気毛布電気代	1日に付 22 円
・CDラジカセ	1日に付 7 円
・携帯電話	1日に付 5 円
・診断書	3,300 円
・利用料支払い証明料	1枚に付 1,100 円
・入所(通所)証明料	1,100 円
・死亡診断書料	5,500 円

《別添資料 1》

「国が定める利用者負担限度額段階(第1～3段階)」に該当する利用者等の負担額

- 利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。
- 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、ご利用者本人(あるいは代理人の方)が、ご本人の住所地の市町村に申請し市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくこととなります。(「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」とされる場合があります)
- 利用者負担第1・第2・第3段階に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第1・第2・第3段階にある次のような方です。
 - 【利用者負担第1段階】
生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で高齢福祉年金をうけておられる方
 - 【利用者負担第2段階】
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が80万円以下の方、かつ預貯金合計が650万円(夫婦は1650万円)以下
 - 【利用者負担第3段階】
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、利用者負担第2段階以外の方
(課税年金収入額が80万円超120万円未満の方① かつ、預貯金等の合計が550万(夫婦1550万円)以下
(課税年金収入額が120万円超の方) ② かつ、預貯金等の合計が500万(夫婦1500万円)以下
- 利用者負担第4段階の利用者であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第3段階」の利用料負担となります。
- その他詳細については、市町村窓口でお尋ねください。

負担額一覧表(1日当たりの利用料)

	食費	利用する療養室のタイプ		
		ユニット型個室	ユニット型準個室 従来型個室	多床室
利用者負担第1段階	300 円	880 円	550 円	0 円
利用者負担第2段階	390 円			430円
利用者負担第3段階①	650 円	1,370 円	1,370 円	
利用者負担第3段階②	1,360 円	1,370 円	1,370 円	

【個人情報の利用目的】

(令和7年1月1日現在)

老人保健施設こまきの森では、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〕

- ・ 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

〔他の事業者への情報提供を伴う利用目的〕

- ・ 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請求
 - 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

『上記以外の利用目的』

〔施設内部での利用に係る利用目的〕

- ・ 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 (同意する・同意しない)
 - 施設において行われる学生の実習への協力 (同意する・同意しない)
 - 施設において行われる事例研究 (同意する・同意しない)
 - 外部監査機関への情報提供 (同意する・同意しない)

【老人保健施設こまきの森 入所利用同意書】

老人保健施設こまきの森を入所利用するにあたり、「入所利用約款」、「重要事項説明書」、「施設サービスの内容と費用」及び「個人情報利用目的」を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明をうけ、十分理解した上で同意します。

令和 年 月 日

老人保健施設 こまきの森
施設長 殿

利用者	氏 名	印
	住 所	
	電 話 番 号	

家族代表者	氏 名	印
	住 所	
	電 話 番 号	

保証人・請求書送付先	氏 名	印
	住 所	
	電 話 番 号	
	携 帯 電 話	
	利用者との関係	
	勤務先名 電話番号	

保証人	氏 名	印
	住 所	
	電 話 番 号	
	携 帯 電 話	
	利用者との関係	
	勤務先名 電話番号	

