

# 介護医療院サービス利用契約書

甲 利用者 様

乙 北九州湯川病院 介護医療院

北九州湯川病院 介護医療院（以下、当施設といいます。）のサービスを利用するにあたり、次のとおり利用契約を締結します。

## 記

### （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、療養上の管理、看護、医学管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他の必要な医療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確保することを目的とします。

### （契約の期間）

第2条 本契約の有効期間は、 年 月 日から 年 月 日までとします。

但し、契約期間満了以前に甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が変更された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。

2. 前項の契約期間満了の2週間前までに甲から更新辞退の申入れがない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。

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変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。

但し、契約期間満了以前に甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が変更された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。

### （施設サービス計画）

第3条 乙は、甲のための施設サービス計画（ケアプラン）を作成するに当たっては、利用者及び家族の希望、利用者の状態及び今後解決すべき課題等に基づき、サービスの提供に関係する従業員で協議して作成します。

### （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。

### （身体的拘束その他の行動制限）

第5条 乙は、甲またはほかの利用者等の生命または、身体を保護するため緊急止む得ない場合を除き、甲に対し、身体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、身体拘束その他の方法により甲の行動を制限した場合には、制限の根拠、内容見込まれる期間及び実施された期間を第6条の介護サービス記録に記載します。

#### (介護サービス記録)

第6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。

2. 甲、甲の家族、甲の身元引受人または後見人は、乙に対し前項の記録書類の閲覧及び謄写を求めることができます。但し、乙の定める手続きに従います。

謄写の場合、乙は実費相当額を請求者に請求することができます。

#### (事故発生時の対応及び損害賠償)

第7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、速やかに甲の家族、甲の身元引受人または後見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、乙は速やかに甲の損害を賠償します。但し、乙に故意過失がなかったことを証明した場合はこの限りではありません。

#### (秘密保持)

第8条 乙及び乙の職員は、正当な理由がない限り、業務上知り得た甲、甲の家族、甲の身元引受人または後見人の秘密を保持します。

2. 乙は、乙の従業員が退職後、在職中に知り得た甲、甲の家族、甲の身元引受人または後見人の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。

3. 乙は、居宅介護支援事業者等必要な機関に対し甲、甲の家族、甲の身元引受人または後見人に関する情報を提供する場合には、事前に文書による各関連する者の同意を得ることとします。

#### (個人情報の取り扱い)

第9条 乙は甲の個人情報の取り扱いについては、個人情報保護法を遵守し、個人情報を用いる場合は事業者が定める個人情報保護に関する規定に従い、誠実に対応します。なお、甲の家族の個人情報についても同様です。

2. 甲及び甲の家族の個人情報を使用する期間はサービス利用契約期間とします。

#### (利用料)

第10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「重要事項説明書」の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。

#### (甲の解約権)

第11条 乙が、介護保険法等関連諸法例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約を申し入れることができます。

#### (乙の解約権)

第12条 乙は、甲が次の各号に該当する場合には、1ヶ月以上の予告期間をもってこの契約を解約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支払うべき費用を2ヶ月以上滞納したとき。
2. 甲の行動が、他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、乙において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
3. 甲が重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺をするおそれが極めて大きく、乙において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
4. 甲が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。

## 介護医療院サービス重要事項説明書

### 1. 開設者

2021年10月1日現在

事業所の名称	社会医療法人 北九州病院
所在地	福岡県北九州市小倉北区室町三丁目1番2号
代表者の氏名	理事長 佐多 竹良
電話番号	093-561-0039

### 2. 事業者

名称	北九州湯川病院 介護医療院
所在地	福岡県北九州市小倉南区湯川五丁目10番10号
管理者氏名	永島 明
療養数	96床
介護保険事業所番号	40B0500031
電話番号	093-923-8833
FAX番号	093-923-8834

### 3. 事業の目的

医師、薬剤師、栄養士、看護職員、介護職員、理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士及び介護支援専門員その他の職員が、要介護状態にある高齢者に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。

### 4. 運営の方針

(1)当施設は、療養を必要とする要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことにより、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出来るよう努めるものとする。

(2)当施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。

(3)当施設は、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、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保険医療福祉サービスを提供する者と密接な連携に努めるものとする。

### 5. 従業員の種類、員数及び職務内容

職 種	員 数	職 務 内 容
医師	2名以上	診療及び診療方法等の指導
薬剤師	1名以上	薬品の調剤、薬剤管理指導
管理栄養士	1名以上	献立の作成、栄養指導、食事に関する業務全般の管理
看護職員	16名以上	医師の指示による看護・介護
介護職員	24名以上	医師・看護師の指示による看護・介護の補助
診療放射線技師	1名以上	医師の指示によるレントゲン
理学療法士	2名以上	リハビリテーションの計画作成と機能訓練
作業療法士	1名以上	リハビリテーションの計画作成と機能訓練
言語聴覚士	1名以上	リハビリテーションの計画作成と機能訓練
介護支援専門員	1名以上	ケアプラン作成・調整
調理員	1名以上	調理業務
事務員	1名以上	事務作業全般

## 6. 従業員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
管理者及び他の医師	常勤（8：30～17：10） 夜間は当直医が在院
薬剤師	常勤（8：20～17：00）
管理栄養士	常勤（8：30～17：10）
看護師・准看護師	2交代による24時間体制
介護職員	2交代による24時間体制
診療放射線技師	常勤（8：20～17：00）
理学・作業療法士	常勤（8：30～17：10）
言語聴覚士	常勤（8：30～17：10）
介護支援専門員	常勤（8：00～16：40）
調理員	交代勤務（5：20～18：30）
事務員	常勤（8：20～17：00） 夜間は当直員が在院

## 7. 入所者の定員

96床（西5階48床・西6階48床）

## 8. 提供するサービスの内容

- (1) 療養上の管理
- (2) 看護
- (3) 介護
- (4) 機能訓練その他必要な医療

## 9. 利用料

### (1) 介護保険給付によるサービス

サービスの種類	内 容	利用者負担金
医療・看護・介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の病状に応じた医療・看護及び介護度に合わせた介護を提供します。</li> <li>・当施設において必要な医療を提供することが困難と認められるときは、協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設サービス費の1割又は2割又は3割をお支払いいただきます。</li> <li>別記</li> <li>重要事項説明書17 参照</li> </ul>
リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による利用者の状態に合わせた機能訓練を行います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設サービス費の特別診療費として利用された分の1割又は2割又は3割を別途自己負担していただきます。</li> </ul>
排泄介助 おむつ交換 入浴・清拭介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じた適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立に向けた適切な援助を行います。</li> <li>・原則として週2回以上の入浴、又は清拭を行います。</li> <li>・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設サービス費の中に含まれています。</li> </ul>
清潔・整容・離床 着替え	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活のリズムを考え、洗面や着替え、整容、その他日常の生活に配慮します。</li> <li>・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。</li> </ul>	
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者及びそのご家族からの療養に関する相談について誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>別記</li> <li>重要事項説明書14</li> <li>当施設ご利用相談室 参照</li> </ul>
レクリエーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・季節の催し（七夕祭り、秋祭り、クリスマス会、節分祭り 他）</li> <li>・各療養棟でも、療養棟レクリエーションを行っています。</li> </ul>	
食事（栄養管理）	<p>朝 食 8：00～</p> <p>昼 食 12：00～</p> <p>夕 食 18：00～</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・出来るだけ離床して食堂でお食ください。</li> <li>・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。</li> <li>・個々の栄養、健康状態の管理を行います。</li> </ul> <p>1. 経口移行加算</p> <p>2. 経口維持加算（Ⅰ） 経口維持加算（Ⅱ）</p> <p>3. 療養食加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>別記</li> <li>重要事項説明書17 参照</li> </ul>

(2)介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容	利用者負担金
特別な個室	・利用者の希望により、特別な個室が利用できます。(入所費・居住費とは別に特別な室料としていただきます。)	1日 : 1,100円
石鹸・シャンプー代	・入浴1回につき算定	1回 : 55円
私物洗濯	・洗濯に要した費用の算定	1ネット : 550円
テレビ	・テレビカードをご購入いただき、ご覧になることが出来ます。 ※テレビカードは自動販売機での購入となります。(税込価格)	1枚 : 1,000円 (19.5時間分)
理・美容	・業者による出張サービスを利用出来ます。	理容・美容に要した費用の実費

★上記に掲げるもののほか、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者負担が適当と認められる費用。

※ 消費税の円未満の端数処理により、税込価格と領収金額が異なる場合があります。

(3)利用者負担金のお支払い方法(テレビは除く)

事業者は、当月の利用者負担金を請求明細書により、翌月の10日頃に利用者にご請求します。振込みの場合、手数料は利用者の負担となります。

(4)領収書の発行(テレビは除く)

事業者は、利用者からの利用者負担金を受けたときは、領収書を発行します。

10.当施設をご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	・面会時間は、10:00～19:00となっております。 朝、夜間については、療養棟にご相談ください。 ・来訪時には、面会者名簿にお名前をご記入ください。 (※面会者名簿は、スタッフステーションにあります。)
外出・外泊	・主治医の許可が必要です。外出・外泊の際は、必ず職員に申し出の上、必要書類にご記入ください。
他の医療機関への受診	・主治医の紹介状が必要となります。受診の前に必ずご相談ください。 (※入所中の他の医療機関への受診は、職員へ申し出てください。)
施設内設備・器具の利用	・施設内の設備・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は賠償していただくことがあります。
飲酒・喫煙	・飲酒はご遠慮ください。 ・施設内はすべて禁煙となっております。
迷惑行為等	・騒音等、他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮ください。
利用者の現金・所持品の管理	・原則として、ご本人・ご家族にお願いします。
宗教・政治活動	・施設内での他利用者様に対する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ご遠慮ください。

### 1 1. 非常災害時の対策

非常時の対応	・別途定める「消防計画」に則り対応を行います。
近隣との協力	・小倉南消防署（湯川分団）に非常時の協力をお願いします。

※別途定める「消防計画」に則り、2回以上の夜間及び昼間を想定した避難訓練を出来るだけ利用者の方も参加いただき実施します。

設備名称	個 数 等
スプリンクラー	あり
消火器	あり
避難階段	あり
自動火災報知機	あり
誘導灯	あり
ガス漏れ報知器	あり
防火扉・シャッター	あり
屋内消火栓	あり
非常通報装置	あり
漏電火災報知機	あり
非常用電源	あり
※カーテン・布団等は、防火性能のあるものを使用しています。	
消防計画等	・消防署への届出 令和 3年 3月 7日 ・消防署への届出防火管理者 熊添 政則

### 1 2. 協力医療機関

名称	社会医療法人 北九州病院 北九州総合病院
所在地	福岡県北九州市小倉北区東城野1番1号
院長名	永田 直幹
電話番号	093-921-0560
診療科	内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、糖尿病内科、人工透析内科、放射線治療科、放射線診断科、外科、呼吸器外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、耳鼻咽喉科、頭頸部外科、泌尿器科、産科、婦人科、小児科、救急科、麻酔科、リハビリテーション科、病理診断科 他
病床数	360床

### 1 3. 往診協力歯科医療機関

名称	小倉北歯科医院
所在地	福岡県北九州市小倉北区浅野2丁目7-22
院長名	庄島 慶一
電話番号	093-512-9202

#### 14. 相談・苦情窓口

\*サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設ご利用相談室	担当者 : 介護支援専門員 梶田 法子 ご利用時間 : 午前8:30~午後4:40 ご利用方法 : 電話(代表) 093-923-8833 電話(連携室直通) 093-923-8822
-----------	---

\*公的機関においても、次の機関において苦情申立てができます。

住所地の介護保険係	各区保健福祉課
福岡県国民健康保険 団体連合会	所在地 : 福岡市博多区吉塚町13番47号 電話番号 : 092-642-7859 ファックス : 092-642-7857 対応日時 : 平日(月曜~金曜日) 対応時間 : 8:30~17:00
北九州市保健福祉局 地域福祉部介護保険課	所在地 : 北九州市小倉北区城内1番1号 電話番号 : 093-582-2771 ファックス : 093-582-2095 対応日時 : 平日(月曜~金曜日) 対応時間 : 8:30~17:00

#### 15. 意見の把握体制、第三者による評価の実施状況

利用者アンケート調査	あり
意見把握への取組	意見箱 : あり 結果の開示 : あり
第三者による評価の 実施状況	なし

#### 16. 損害賠償責任保険

保険会社	株式会社 損害保険ジャパン
保険内容	医師賠償責任保険

## 17. 介護医療院サービス利用者負担金説明書

利用者負担金は、1ヶ月ごとにお支払いいただきます。

お支払いいただく利用者負担金は、1ヶ月を30日とした場合、概ね次のとおりです。

なお、下記サービスの所定単位数の合計に「介護職員処遇改善加算Ⅰ」として2.6%、「介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ」として1.5%を掛けた金額の利用者負担割合（1割又は2割又は3割）に応じてご負担いただきます。

### 【法定給付サービス分】

#### ◇ I型介護医療院サービス（i）《従来型個室利用》（夜間勤務等加算Ⅲ含む）※負担割合1割

要介護度区分	1日	日額	30日換算	月額
要介護1	1日	738円	30日換算	22,140円
要介護2	1日	850円	30日換算	25,500円
要介護3	1日	1,089円	30日換算	32,670円
要介護4	1日	1,191円	30日換算	35,730円
要介護5	1日	1,283円	30日換算	38,490円

#### ◇ I型介護医療院サービス（ii）《多床室利用》（夜間勤務等加算Ⅲ含む）※負担割合1割

要介護度区分	1日	日額	30日換算	月額
要介護1	1日	851円	30日換算	25,530円
要介護2	1日	961円	30日換算	28,830円
要介護3	1日	1,202円	30日換算	36,060円
要介護4	1日	1,303円	30日換算	39,090円
要介護5	1日	1,395円	30日換算	41,850円

\*負担割合により金額が変わります（1割・2割・3割）

初期加算	(入所日から30日以内)	1日	31円	30日換算	930円
長期療養生活移行加算	(入所日から90日以内)	1日	61円	30日換算	1,830円
療養食加算		1食	6円	30日換算	540円
サービス提供体制加算		1日	19円	30日換算	570円

\*負担割合により金額が変わります（1割・2割・3割）

### 【法定給付外サービス分】

#### ◆ 居住費

利用者負担段階	区分	金額（日額）	金額（30日計算）
第4段階	従来型個室	1,668円	50,040円
	多床室	377円	11,310円
第3段階	従来型個室	1,310円	39,300円
	多床室	370円	11,100円
第2段階	従来型個室	490円	14,700円
	多床室	370円	11,100円
第1段階	従来型個室	490円	14,700円
	多床室	0円	0円

#### ◆ 食費

利用者負担段階	金額（日額）	金額（30日計算）	
第4段階	1,445円	43,350円	
第3段階	②	1,360円	40,800円
	①	650円	19,500円
第2段階	390円	11,700円	
第1段階	300円	9,000円	

**【特別診療費】**

感染対策指導管理	1 日	6 円	30日換算	180 円
褥瘡対策指導管理 I	1 日	6 円	30日換算	180 円
初期入所管理加算 (入所時)	1 回	250 円	30日換算	570 円
薬剤管理指導 (月4回まで)	1 回	350 円	30日換算	1,400 円
短期集中リハビリテーション実施加算 (入院日より3ヶ月以内)	1 日	240 円		
理学・作業療法	1 日	123 円		
言語療法	1 日	203 円		
理学・作業・言語療法体制強化加算	1 日	35 円		
摂食機能療法	1 日	208 円		

**【その他】**

差額室料 (特別な療養室)	1 日	1,100 円	30日換算	33,000 円
理・美容料金	委託業者となります。 理容・美容に要した費用は実費負担となります。			

※9, 利用料(2)介護保険給付外サービスに掲げる石鹸・シャンプー代 (入浴1回につき55円) テレビ代のほか、日常生活に係る費用において、利用者負担が適当と認められる費用については、別途実費のご負担となります。

※保険料の滞納などにより、上記の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額(10割)をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付外の払い戻しをうける手続きが必要となります。

**【窓口支払い月額概算】** \*負担割合により金額が変わります(1割・2割・3割)

\* I型介護医療院サービス(i) 《従来型個室利用》 ※サービス費、居住費、食費のみ

		要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
第4段階		115,530円	118,890円	126,060円	129,120円	131,880円
第3段階	②	102,240円	105,600円	112,770円	115,830円	118,590円
	①	80,940円	84,300円	91,470円	94,530円	97,290円
第2段階		48,540円	51,900円	59,070円	62,130円	64,890円
第1段階		45,840円	49,200円	56,370円	59,430円	62,190円

\*個室料金は別途かかります。 \*負担割合により金額が変わります(1割・2割・3割)

\* I型介護医療院サービス(ii) 《多床室利用》 ※サービス費、居住費、食費のみ

		要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
第4段階		80,190円	83,490円	90,720円	93,750円	96,510円
第3段階	②	77,430円	80,730円	87,960円	90,990円	93,750円
	①	56,130円	59,430円	66,660円	69,690円	72,450円
第2段階		48,330円	51,630円	58,860円	61,890円	64,650円
第1段階		34,530円	37,830円	45,060円	48,090円	50,850円

本契約を証するため、利用者、事業者は署名又は記名押印のうえ本契約書を2通作成し利用者、事業者各1通保有します。

本契約中の法改正等による変更については、重要事項説明書を確認し契約は同意継続とします。

年 月 日

<利用者>

私は、以上の介護医療院サービスの利用契約書及び重要事項についての説明を受け、その内容を了承し本契約を申し込みます。

また、契約事項第9条に規定する個人情報の使用について同意します。

住 所

---

氏 名

---

\*代筆された場合の理由 ( )

<利用者代理人(代筆者)>

住 所

---

氏 名

---

続 柄

---

T E L

---

<事業者>

所 在 地 福岡県北九州市小倉南区湯川五丁目10番10号

---

名 称 北九州湯川病院 介護医療院

---

管 理 者 永島 明

---

印