

介護老人保健施設短期入所療養介護利用約款

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設アップルハイツ飯田（以下「当施設」という。）は、要介護状態と認定された利用者（以下単に「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ともに、利用者の居宅における生活の継続を目指した短期入所療養介護サービスを提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」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、本約款の目的とします。

(適用期間)

第2条 本約款は、利用者が介護老人保健施設短期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。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び扶養者は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、本約款に基づく短期入所利用を解除・終了することができます。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は次に掲げる場合に、利用者及び扶養者に対し本約款に基づく短期入所利用を解除・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非該当（自立）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退所判定会議において、退所または他施設での生活が望ましいと判断された場合
- ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な短期入所療養介護サービスの提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者及び扶養者が、本約款に定める利用料金を2ヶ月分以上滞納し、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 利用者が、当施設、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又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用することができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく短期入所療養介護サービスの対価として、別紙3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。

2 当施設は、利用者及び扶養者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前半に送付し、利用者及び扶養者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。なお、支払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 当施設は、利用者又は扶養者から、第1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

(記録)

第6条 当施設は、利用者の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年間保管します。身体拘束・事故・苦情に関する記録は利用終了後5年間保管します。

- 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、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾を得た場合その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

（秘密の保持）

第7条 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者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、必要と認められる別紙各号についての情報提供については、当施設は利用者及び扶養者から予め同意を得た上で行うこととします。

- 2 可能な場合は個人を特定できる記載を省きます。
- 3 前2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8条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により医療機関での受診が必要と認める場合、協力医療機関等へ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扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

（身体拘束の原則禁止）

第9条 当施設では、利用者の人権を守る立場から、身体拘束を原則禁止とします。ただし、生命の危険を伴うなどやむを得ない場合には、施設長の判断により、家族の同意を得て行う場合があります。

（要望又は苦情等の申出）

第10条 利用者及び扶養者は、当施設の提供する短期入所療養介護サービスに対しての要望又は苦情等について、各所受付窓口に申し出ることができます。

（賠償責任）

第11条 短期入所療養介護サービスの提供に伴い、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、利用者及び扶養者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12条 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、利用者又は扶養者と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

<別紙1>

短期入所療養介護サービスについて

◇介護保険証の確認

ご利用のお申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認するため、入所前にご提示いただき写しを取らせていただきます。介護保険負担割合証の写しも取らせていただきます。

◇ケアサービス

当施設での短期入所サービスは、居宅サービス計画に基づいて提供され、利用者が自立した日常生活を営むことが出来るように介護計画を立案します。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・ご家族の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容について説明し同意をいただいた上で活動いたします。

医療・看護：介護老人保健施設の短期入所療養介護は入院の必要のない程度の要介護者、要支援者を対象としていますが、医師、看護職員が常勤していますので、利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

介護：日常生活の全般について適切な短期入所療養介護計画を作成し、それに基づいて実施します。

機能訓練：理学療法士、作業療法士により居宅計画書の機能訓練の指示に基づいて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものととなります。

◇生活サービス

当施設は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、常に利用者の立場に立って運営しています。

療養室：特別室、個室、2人部屋、4人部屋

※居住費は自己負担です。所得に応じた減免制度がありますのでご確認ください。

食事：朝食 7時30分～

昼食 11時30分～

夕食 17時30分～

※食事は原則として食堂でおとりいただきますが、状況によって変更する場合があります。

入浴：週に最低2回の入浴となります。ただし、利用者の身体の状態、施設内の諸事情に応じて清拭となる場合があります。

理美容：月に3回程度、理美容専門業者に依頼することができます。ご希望がありましたらお申し出ください。

※理美容サービスは、別途料金をいただきます。

◇他機関・施設との連携

協力医療機関での受診：当施設の協力病院は飯田病院です。利用者の状態が医療機関への受診を必要とする状況となった場合には、ご家族にご相談の上受診していただきます。ただし、ご希望の医療機関が飯田病院ではない場合にはご相談ください。

緊急を要する際は、医師の判断により受診していただきます。

医療機関への受診の際は、原則ご家族にもご同行いただいておりますが、緊急やむを得ない場

合はその限りではありません。

他施設の紹介：当施設での対応が困難な状態になり専門的な対応が必要になった場合には、他の機関を紹介いたします。

◇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。同意書には複数の連絡先をご記入いただき、必ず連絡がつくようお願いいたします。

◇その他ご相談について

当施設には介護支援専門員、支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。また、要望や苦情なども、ご遠慮なくお寄せください。

介護老人保健施設アップルハイツ飯田のご案内
(令和6年8月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設アップルハイツ飯田
- ・開設年月日 平成3年7月1日
- ・所在地 〒395-0067 飯田市羽場権現1618番地
- ・電話番号 0265-21-1165 (代) 0265-24-8516 (2階) 0265-24-8518 (3階)
- ・ファックス番号 0265-21-1166
- ・管理者名 施設長 大原 慎司
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (2050580014号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

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を提供することで、入所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、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す。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[介護老人保健施設アップルハイツ飯田の運営方針]

I. 地域社会との連携によるケア

地域の医療・保険・福祉機関との密接な連携を保ち、合わせて居宅支援事業所・地域包括支援センターの協力やボランティアの参加も得て、開かれたケアを行う。

II. 飯田病院との連携

地域の中核病院である飯田病院との連携を基に医療サービスの充実に努め、信頼されるケアを行う。

III. スタッフのチームケア

利用者の方が、家庭や社会でより良い生活が送れるよう、それぞれのスタッフの連携を保ち、高いチームケアを行う。

① 看護・介護

明るくゆったりとした雰囲気の中で、一人一人の利用者がいつまでも豊かな人生を楽しめるよう、温かく、質の高いケアを提供する。

② リハビリテーション・レクリエーション

運動、訓練、レクリエーションを通じ日常生活動作及び体力の維持・向上を目指す。

③ 食事

家庭の味を大切に、愛情のこもった美味しく、楽しい食事ができるように努める。
お一人お一人の状況に合わせたお食事を提供する。

④ 相談

利用者一人一人の暮らしにおける心配ごと、困りごとの具体的現実的解決を共に考えていくとともに、家族の方々が、安心して十分な介護ができるような環境作りを支援する。在宅への復帰を目標に助言、相談、他機関への連絡調整をする。

⑤ 管理

この施設利用等の管理を厳密に行うと共に、この施設の良さを地域の人々に理解してもらえよう努める。

(3) 施設の職員体制

当施設の従業者の職種と員数は次のとおりです。

※施設長（医師）を除く員数は常勤換算数。介護老人保健施設サービス、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）通所リハビリテーションの計

| | |
|--------------|--------|
| ・施設長（医師） | 1人 |
| ・薬剤師 | 0.4人以上 |
| ・看護職員 | 10人以上 |
| ・介護職員 | 40人以上 |
| ・支援相談員 | 2人以上 |
| ・理学療法士・作業療法士 | 5人以上 |
| ・栄養士又は管理栄養士 | 2人以上 |
| ・介護支援専門員 | 4人以上 |
| ・調理員 | 6人以上 |
| ・事務員 | 1人以上 |

(4) 入所定員数等

定員100名（介護老人保健施設サービス、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の計）

※療養室 特別室2室、個室4室、2人室17室、4人室15室

2. サービス内容

① 短期入所療養介護計画の立案

ご利用いただく際に、居宅におけるケアプランに基づきご本人のご希望を伺い、短期入所療養介護計画を立案しご同意いただいたうえで計画に基づいて看護、介護いたします。

② 食事

食事はご利用者の嗜好にできるだけ配慮し、心身の状態に合わせた形態でご提供します。

*主食は次の中から選ぶことができます。

・ご飯 ・軟飯 ・粥 ・ミキサー粥

（ただし、嚥下障害のある方は選択できない場合もあります）

*献立表を各階のホールに掲示してあります。アレルギー、嗜好などで食べられない物があるときは、管理栄養士にご相談ください。

*食事時間はおおむね下記のとおりですが、特別な事情があれば時間をずらすこともできます。

朝食 7:30 ~ 8:00

昼食 11:30 ~ 12:00

おやつ 15:00

夕食 17:30 ~ 18:00

*食事の場所は食堂（各階ホール）をご利用いただきますが、お部屋で召し上がりたい場合にはお申し出ください。身体状況により居室またはベッド上で食べていただく場合があります。

③ 入浴

一般浴槽と、特別浴槽（機械浴）の2種類がありますので、入所時にご利用者の状況で判断いたします。

④ 医学的管理・看護

常勤の医師が診察し、医学的管理を行います。緊急時には適切な判断、処置を施行いたします。看護師が服薬の管理、日々の観察・健康管理をおこないます。

⑤ 介護

介護職員が生活全般に関わる全ての行為について不足する部分を介助します。

⑥ 機能訓練

理学療法士、作業療法士等専門職の立場から計画を策定し、計画に基づき進めます。

⑦ 相談援助サービス

支援相談員が入所中のご相談、退所に当たっての心配ごとなど一緒に考えていきます。急な事由により短期療養をご希望される際は、関連機関と連携を取りながらご希望に添えるように努力いたします。

⑧ 理美容サービス

入所中に理容、美容のご希望がありましたら職員にお伝えください。専門業者が来所して理美容サービスを行います。

⑨ 行政手続代行

介護保険に関する各種申請やお手続きの必要がある際に、代行が可能な場合がありますのでご相談ください。

⑩ その他

療養生活における心配ごと、困りごとについては、お気軽に職員に声をおかけください。

※上記のサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものがありますので、お問い合わせください。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力いただいています。

○協力医療機関

- ・名称 社会医療法人栗山会 飯田病院 院長 原 栄志
- ・住所 飯田市大通1丁目15番地 ・電話 0265-22-5150（代）

○協力歯科医

- ・名称 J A南信州歯科診療所
- ・住所 飯田市東東281番地 ・電話 0265-21-4490

※治療が必要な際は、別途保険診療による費用がかかります

4. 当法人の内容

- ・法人種別 社会医療法人
- ・名称 社会医療法人栗山会
- ・代表者氏名 理事長 千葉 隆一

5. 苦情申し立ての窓口

ご利用に際して、お気づきの点、苦情等ありましたら、下記の窓口にご連絡ください。内容を精査したうえ、速やかに対応を検討し、ご返答するように努めます。

アップルハイツ飯田 事務長 塚平 賢志
支援相談員 木下・塩沢
飯田市羽場権現1618番地 電話 0265-21-1165

- <その他の窓口>
- ・飯田市長寿支援課介護保険係
飯田市役所内 電話 0265-22-4511 (代)
 - ・各市町村介護保険担当窓口
 - ・長野県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情処理係
電話 026-238-1555

6. 利用に当たっての留意事項

- ・面会……………7時～20時まで。事務室前の面会簿にご記入の上、面会してください。
- ・外出・外泊……………ご利用者様の都合で外出、外泊をしていただけます。各階の所定用紙にご記入いただきます。それにより、薬の準備、食事止めの手配をいたします。お帰りの際は、職員に必ず声をかけてください。
(面会・外出・外泊は感染等の諸事情により変更の可能性があります。お問い合わせください)
- ・飲酒・喫煙……………飲酒については、職員にご相談の上、他の入所者に迷惑のかからない範囲でお願いします。施設敷地内は禁煙です。
- ・火気の取扱い……………電熱器、ストーブ類等の火気使用は禁止となっています。
- ・設備・備品の利用……………ベッド、床頭台、ロッカーは備えつけのものを使用してください。タンス、衣装ケースの持ち込みはご遠慮ください。ご自宅よりテレビをお持ちいただけます。(電気代別途)
- ・電気器具……………電気毛布、電気あんかはご使用いただけますので必要な方はお持ちください。(電気代別途)
- ・介助補助具等の持ち込み…施設備品、介助補助具等のご利用いただけますが、身のまわり品、常に使用している杖、歩行器、車いす等を引き続きアップルハイツで使用していただいてもかまいません。所持品には必ず名前を記入してください。
- ・金銭・貴重品の管理……………金銭、貴重品は持参されないようにお願いします。ベットサイドには鍵のかかる金庫の設置はありません。盗難についての責任は負いかねます。
- ・施設外への受診……………受診のご希望は施設職員に必ずお申し出てください。施設長からの指示を受けた上で受診に必要な書類をご用意いたします。緊急時などは当施設よりご家族にご連絡いたします。
- ・宗教活動……………個人の宗教については自由です。ただし大きな音を立てるような祭事や、

宗教の勧誘は禁止します。

- ・ペットの持ち込み……………他の入所者に危害、迷惑のかかるおそれのあるペットの持ちこみは禁止します。施設内での飼育は出来ません。

7. 災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、非常通報装置を設置
 - ・防災訓練 年2回（内、1回は大規模災害を想定としたもの） 伝達訓練 年1回
- ※当施設は、天災による災害時には避難場所として地域に開放しご利用をいただくことになっておりますのでご了承ください。

8. 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。

9. その他

- ① 入所中、衣類等のお洗濯はご家族の方をお願いしております。少なくとも週に2回程度お洗濯をお願いいたします。事情によりご無理な場合はご相談ください。洗濯代行業者をご紹介します。
- ② 入所中に、医師の診察や状態の変化により薬が変更になることがありますので、ご了承ください。
- ③ 居室について施設の都合で変更する場合があります。変更した際にはご連絡させていただきます。
- ④ 感染症の状況により面会の方法が変更になる場合がありますので、入所フロアにお問い合わせください。
- ⑤ 退所日、退所時間等、変更がある場合には必ずご相談ください。
- ⑥ 職員へのお心付けは堅くお断りいたします。
- ⑦ お盆、年末年始等の祝日、休日の関係で入浴日が変更になる場合があります。その際には施設内に掲示、ご連絡をさせていただきます。

利 用 料 金

【令和6年8月1日より】※介護報酬改定の際には変更することがあります
介護保険の負担割合が年間の所得に応じて1割・2割・3割となります。
各市町村より【負担割合証】が送付されておりますのでご確認ください。

以下は1割を示します

※介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）として介護保険所定単位に5.4%乗じた金額となります。

（1）介護保険利用料（1割負担例の金額を記載）

- ① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。また、利用される居室の種類により異なります。以下は1日あたりの自己負担分です。）

特別室・個室（従来型個室）

| | |
|-------|------|
| ・要介護1 | 753円 |
| ・要介護2 | 801円 |
| ・要介護3 | 864円 |
| ・要介護4 | 918円 |
| ・要介護5 | 971円 |

2床室・4床室（多床室）

| | |
|-------|--------|
| ・要介護1 | 830円 |
| ・要介護2 | 880円 |
| ・要介護3 | 944円 |
| ・要介護4 | 997円 |
| ・要介護5 | 1,052円 |

共通加算されるもの

| | |
|---------------------|-------|
| *サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22円/日 |
| *夜勤職員配置加算 | 24円/日 |
| *在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ） | 51円/日 |

- ② 対象者のみに加算となるもの

| | | |
|--|---------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 重度療養管理加算 | 介護度4・5であって定められた状態の方 | 120円/日 |
| <input type="checkbox"/> 上記日帰りの場合 | | 60円/日 |
| <input type="checkbox"/> 送迎加算 | | 184円/片道 |
| <input type="checkbox"/> 療養食加算（医師の指示のある方） | | 8円/回 |
| <input type="checkbox"/> 緊急短期入所受入加算 | | 90円/日（7日間、やむを得ない事情の場合14日間） |
| <input type="checkbox"/> 個別リハビリテーション実施加算 | | 240円/日 |
| <input type="checkbox"/> 緊急時施設療養費（緊急時治療管理） | | 518円/日（3日まで） |
| <input type="checkbox"/> 総合医学管理加算 | | 275円/日（10日限度） |

（2）介護保険外ご負担分

- ① 食費（基準額）

| | | |
|----|------|----------|
| 1食 | 600円 | （おやつ代含む） |
|----|------|----------|

- ② 居住費（差額部屋代と水道光熱費をあわせたもの・基準額）

| | | |
|-------|-----|---------------|
| 一日あたり | 特別室 | 3,000円（消費税別途） |
| | 個室 | 2,000円（消費税別途） |
| | 2床室 | 1,000円（消費税別途） |
| | 4床室 | 437円 |

※ 介護保険負担額減額認定について

世帯及び本人の年金収入等により、食費・居住費については負担限度額が定められています。（特定入所介護サービス費）世帯全員（別世帯の配偶者を含みます）が市町村民税課税の場合が対象です。

令和3年8月1日から食費・居住費の負担限度が一部変更になりました。該当する方は、市町村へ申請を行う必要があります。認定証の提出が無い場合は、全額負担となります。

費用負担などの詳細は下表のとおりです。

制度対象者

| 利用者負担段階 | 対象者 | | |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| 第1段階 | 生活保護受給者 | | |
| 第2段階 | 世帯全員（世帯分離している配偶者を含む）が市町村民税非課税 | 本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が年額80万円以下 | かつ預貯金の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下 |
| 第3段階① | | 本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が年額80万円超120万円以下 | かつ預貯金の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下 |
| 第3段階② | | 本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が年額120万円超 | かつ預貯金の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下 |

1日当たりの負担限度額

| | 特別室 | 個室 | 2床室 | 4床室 | 食費 |
|-------|--------|--------|--------|------|--------|
| 第1段階 | 550円 | 550円 | 0円 | 0円 | 300円 |
| 第2段階 | 550円 | 550円 | 430円 | 430円 | 600円 |
| 第3段階① | 1,370円 | 1,370円 | 430円 | 430円 | 1,000円 |
| 第3段階② | 1,370円 | 1,370円 | 430円 | 430円 | 1,300円 |
| 第4段階 | 3,000円 | 2,000円 | 1,000円 | 437円 | 1,800円 |

(3) その他の料金（自由選択可）

- ① 理美容代（希望者） 実費
- ② その他

- ・日常生活品費（シャンプー、石鹸、おしぼり、ペーパータオル、感染予防物品（消毒液、感染症発生時のマスク等）、食事用エプロン等）150円/日
- ・教養娯楽費（レクリエーション材料費、居室内掲示物材料費、クラブ活動費等）100円/日
- ・電気器具使用料 50円/日（1台あたり）（消費税別途）
- ・作業療法材料費（お持ち帰る作品分）実費
- ・その他の個人の生活にかかわるもの（嗜好品・個人の使う日常生活品）実費

《お支払い方法》

- ・毎月前半に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払方法は、現金（アップルハイツ窓口）、銀行振込、口座引落とし（毎月20日）の3方法があります。利用日までにはお申し込みください。口座引落としをご希望の場合には申込書のご記入が必要です。