令和８年６月１日改訂

重要事項説明書

第1条　事業所概要

施　設　名　　医療法人祐里会　あねがわ介護医療院
所　在　地　　長崎県諫早市小野島町２３７８番地２
（電　話）　０９５７－２４－３１８０（姉川病院代表）
（ＦＡＸ）　０９５７－２４－３９９１
管理者氏名　　姉川　朋行

第2条　目的と運営方針

■　目的

適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の従業者が介護状態にある高齢者に対し、適正な介護医療院サービスを提供することを目的とする。

■　運営方針

施設の従業者は、長期にわたり療養が必要である者に対し、その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ため、施設サービス計画に基づき、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う。入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護医療院サービスの提供に努める。明るく家庭的な雰囲気を有し、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、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

第3条　施設概要

■　構造等

建物面積	２７５８．２４５㎡	
建物	構　　造	鉄筋コンクリート（ＲＣ造）
	延べ面積	７２１５．１４５㎡
	入所定員	３８名
防火整備	スプリンクラー・消火用散水栓 自動火災通報装置・非常用自家発電装置・消火器 ＊別途に定める消防計画に則り、夜間及び昼間を想定した避難訓練及び災害訓練を、年計４回実施しております。	

■　主な設備

名称	数	面積	備品等
診察（処置）室	1	１７．７４㎡	診察台 テーブル・イス 救急・処置カート
浴室・脱衣室	1	５５．３５㎡	特殊浴槽（個浴兼） 機械浴槽
食堂・談話室 レクレーションルーム ※兼用	1	８８．１７㎡	ＴＶ／テーブル／椅子 洗面台
居室（個室）	5	１３．４７㎡	中央配管（酸素／吸引） ＴＶ付床灯台 ナースコール ３モーターベット
居室（多床室）	１１	９．６㎡／名	中央配管（酸素／吸引） ＴＶ付床灯台（カード式） ナースコール ３モーターベット
スタッフステーション	1	３６．６４㎡	非常放送設備 ナースコール（親機） 机、イス、パソコン 冷蔵庫、スチール棚
リハビリテーション室 （機能訓練室） ※共用	1	４０㎡	階段昇降器具 エルゴメーター、プーリー 肋木、平行棒、治療台 リクライニング車椅子 歩行器、杖、 バランスボール バランスクッション
調理室（厨房） ※共用	1	２１１．５㎡	大型消火器 赤外線チラー 大型冷蔵冷凍庫
多目的トイレ	1	２２．８１㎡	機能型便器（手摺り付） 手洗い（手摺り付） 清掃流し
汚物処理室	1	３．５４㎡	汚物流し

第4条　施設の職員体制

職種	勤務形態	員数	常勤換算
管理者（医師）	常勤／兼務	２名以上	１．１
薬剤師	常勤／兼務	１名以上	０．２
看護職員	常勤／専従	８名以上	９．６
介護職員	常勤／専従	１０名以上	１０
理学療法士又は作業療法士等	常勤／専従	１名以上	1
管理栄養士	常勤／専従	１名以上	1
介護支援専門員	常勤／専従	１名以上	1

＊常勤換算

・各職種の週あたりの延べ勤務時間の総数を、当施設における常勤職員の所定勤務時間数（４０時間／週）で除した数です。

第5条　各職員の勤務体制

職種	勤務体制
管理者（医師）	平日　９：００ ～ １８：００ ※夜間及び土日祝祭日は、宿直体制となります。
薬剤師	平日　８：３０ ～ １７：３０
看護職員 （正・准看護師）	早出　７：００ ～ １６：００ 日勤　８：４５ ～ １７：４５ 遅出　９：３０ ～ １８：３０ 夜勤 １７：００ ～　９：００
介護職員 （介護福祉士等）	早出　７：００ ～ １６：００ 日勤　８：４５ ～ １７：４５ 遅出　９：３０ ～ １８：３０ 夜勤 １７：００ ～　９：００
理学療法士又は作業療法士等	平日　８：３０ ～ １７：３０
管理栄養士	平日　８：３０ ～ １７：３０
介護支援専門員	平日　８：３０ ～ １７：３０

第6条　各職員の業務内容

職種	業務内容
管理者（医師）	管理者は、施設職員を指揮監督し業務全般を把握・管理する。
医師	ご入所者の疾病又は負傷に対し、的確な診断を基とした検査・投薬・処置等を妥当適切に行う。※診察は、週２回に行う。
薬剤師	医師の指示に基づき、調剤及び医薬品の管理・供給を行う。
看護・介護職員	ご入所者の自立支援と日常生活の充実に資するよう、病状及び心身の状況に応じ、適切な技術をもって看護・介護サービスを提供するとともに、施設の保健衛生に関する業務を行う。
理学療法士 作業療法士等	ご入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を支援するため、適切な機能訓練を行う。
管理栄養士	ご入所者の心身の状態の維持・改善の基礎となる、栄養管理サービスの提供を行う。
介護支援専門員	ご入所者の施設サービス計画の作成を行うとともに、必要に応じて、要介護認定及び認定更新にかかる申請事務手続きを行う。 また、ご入所者の処遇上の相談や市町村並びに関係各所との密接な連携を行う。

第7条　施設が提供するサービスと利用内容

当施設では、ご入所者に対して以下のサービスを提供いたします。

当施設が提供するサービスについては、

１．利用料金が介護保険から給付される場合（介護保険給付対象サービス）

２．利用料金の全額をご負担いただく場合（介護保険給付対象外サービス）があります。

１．介護保険給付対象サービス

・以下のサービスは、利用料金の通常９割（８割・７割）が介護保険から給付されます。

〈サービス内容〉

■　医療・看護

・ご入所者の心身状況に併せた医療、看護を提供いたします。

・医師による診察は、原則、週１回行いますが、それ以外に必要な場合は、適宜、診察いたします。

■　入浴

・当施設では、特殊浴槽・機械浴槽（個浴）を兼ね備えております。

・入浴日は、原則、月曜～金曜まで行いますが、ご利用者の心身状況により、入浴不可と判断した場合には、清拭対応とさせていただきます。

■　食事

・管理栄養士の作成する献立表を基に、利用者の栄養状況及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。（食材費は保険給付対象外となります。）

・食事は可能な限り離床して、施設食堂でとっていただけるよう配慮いたします。

≪食事時間≫

朝食　８：００～　／　昼食　１２：００～　／　夕食　１８：００～

■　排泄

・排泄の自立を促す為、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

■　機能訓練

・理学療法士又は作業療法士等により、ご利用者の心身等の状況に応じて日常生活を送る上で必要な機能の回復又は、その低下を防止するための訓練を実施します。

■　その他自立への支援

・寝たきり防止や生活リズムを整える為、できる限りの離床や更衣に配慮します。

・清潔で快適な日常生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助いたします。

・シーツ交換は、定期的に週１回・適宜（入浴時等）に行います。

■　相談及び援助

・利用者とそのご家族からの相談に応じ、適切な助言・援助をいたします。

〈サービス利用料金〉

➢　介護医療院基本サービス費（１日につき）

Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅱ）

介護度別	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
従来型個室	７１１単位	８２０単位	１０５５単位	１１５５単位	１２４５単位
多　床　室	８２１単位	９３０単位	１１６５単位	１２６４単位	１３５５単位

➢　各加算及び特別診療費等

説明・同意を得て実施した場合、下記料金の１割（２割、３割）が自己負担となります。

項目	内容	料金
初期加算	入所日から起算して３０日以内の期間、１日につき加算されます。 ※過去３ヶ月以内に、介護老人保健施設及び介護医療院に入所したことがない場合に限る。	３００円／日
＜特別診療費＞ 初期入所診療管理	入所の際、医師が必要な診察・検査等を行い、２週間以内に医師・看護師等の各職種が共同により策定された診療計画が同意・交付された場合。	２，５００円／回

項目	内容	料金
＜特別診療費＞ 感染対策指導管理	施設全体として常時感染対策を講じており、施設内感染防止対策委員会（1 回／月）が設置・開催されている場合。	６０円／日
＜特別診療費＞ 褥瘡対策指導管（Ⅰ）	日常生活自立度Ｂ以上で、施設全体として常時褥瘡対策を講じている場合。	６０円／日
＜特別診療費＞ 安全対策体制加算	事故発生時の指針を整備し、事故発生時の報告及び改善策等を従業員へ周知徹底する体制を整備している場合。また、外部研修を受けた者が適切に配置され、施設・組織内に安全対策を実施する体制が整備されている場合。	２００円／回 （入所時に限る）
＜特別診療費＞ 医学情報提供	退所時に、医師により病院又は診療等へ紹介文書を交付した場合。	Ⅰ）２，２００円／回 Ⅱ）２，９００円／回
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）	常勤職員の占める割合が、７５％以上の場合。	６０円／日
退所前訪問指導加算	入所期間が１月を越えると見込まれる入居者の退所に先立ち、退所後に生活する居宅を訪問し、入所者及び家族に対し、療養上の指導を行った場合。	４，６００円／回 （１回限り）
退所時栄養情報 連携加算	管理栄養士が入所者の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供した場合。	７００円／回
退所時指導加算	入所期間が１月を越える利用者が退所し、その居宅において療養を継続する場合に、退所時に利用者及び家族に、退所後の療養上の指導を行った場合。	４，０００円／回 （１回限り）
退所時情報提供加算	退所後の居宅の主治医また医療機関に対し、利用者の診療情報、生活支援上の留意点等を文書で紹介を行った場合。	Ⅰ）５，０００円／回 Ⅱ）２，５００円／回
退所前連携加算	居宅介護支援事業者に対し、診療状況を情報提供し、居宅サービスの調整を連携して行った場合。	５，０００円／回 （１回限り）

項目	内容	料金
訪問看護指示加算	退所時に、介護医療院の医師が、指定訪問看護等の利用が必要であると認め、当該訪問看護事業者等に対して、訪問看護指示書を交付した場合。	３，０００円／回
療養食加算	食事の提供が、管理栄養士又は栄養士によって管理され、入所者個々の状況によって、適切な栄養量及び食事の提供が行われている場合。	６０円／回 （３回／日を限度）
＜特別診療費＞ 理学療法（Ⅱ）	医師・理学療法士・その他の職種が共同にてリハビリテーション計画を作成し、また、計画の進捗状況を定期的に評価、必要に応じて見直すとともに、入所者又は家族等に計画内容を説明・同意を得る。 実施に際しては、入所者に対し効果的な個別機能訓練を２０分以上行い、その状態を定期的に記録した場合。	**＊入所日から４月以内** ７３０円／回 （３回／日を限度） **＊入所日から４月以上** ７３０円／回 （※１０回まで／月） 単位数の３０％減 （※１１回以上／月）
＜特別診療費＞ 摂食機能療法	摂食機能障害を有する利用者に対し、個々の状態像に対応した診療計画書に基づき、医師若しくは歯科医師の指示の下、言語聴覚士・看護師等が摂食機能療法を１回につき３０分以上行った場合。	２，０８０円／日 （４回／月を限度）
夜間勤務等看護（Ⅳ）	夜間の看護・介護体制を２０：１以上、配置している場合。	７０円／日
外泊時費用	居宅への外泊の場合、１月に６日を限度に施設サービス費に代えて算定します。（初日・最終日以外）	３，６２０円／日 （月６日を限度）
他科受診時費用	専門的な診療が必要となり、他の病院及び診療所を受診した場合、１月に４日を限度に施設サービス費に代えて算定します。	３，６２０円／回 （月４日を限度）
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	協力医療機関より施設内感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を、３年に１回以上受けた場合。	５０円／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	介護職員等の資質向上を図り、職場環境の改善や、人材定着を推進するために算定します。	総報酬単位数に ４．０%乗じる/月

※要介護認定を受けていない場合は、一旦、サービス利用料金の全額をお支払いただきます。
要介護認定後、自己負担額を除く金額が、介護保険から払い戻されます。（償還払い）
償還払いとなる場合には、保険給付申請に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付いたします。
※介護度に変更があった場合には、変更された介護度の金額に応じて、ご利用者の負担額が変更となります。

２．介護保険給付対象外サービス

・以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。
・入所中に世帯や所得に変更があった場合には、再申請する場合がありますので、施設ケアマネジャーまで、ご連絡をお願いします。

＊令和８年８月１日～

基準費用額 / 利用者負担段階	居住費		食　費
	個　室	多床室	
第 １ 段 階	５５０円	０円	３００円
第 ２ 段 階	５５０円	４３０円	３９０円
第 ３ 段 階（１）	１，３７０円	４３０円	６８０円
第 ３ 段 階（２）	１，４７０円	４３０円	１，４２０円
第 ４ 段 階（非該当）	１，７２８円	４３７円	１，５４５円

- 第１段階
  世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金受給者もしくは生活保護受給者の方。
- 第２段階
  世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が 80 万円以下の方。
- 第３段階（１）
  世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が 80 万円超、120 万円以下の方。
- 第３段階（２）
  世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が 120 万円を超える方。
- 第４段階（非該当）
  ・本人が市民税非課税で世帯員に市民税課税者がいる方。
  ・本人が市民税課税の方。
  ・配偶者が市民税課税の方。（世帯が分離している配偶者を含む）

■　居住費

・施設の利用代＋電気、ガス、水道等の光熱水費に相当する費用です。

・負担限度額認定を受けている場合は、認定証記載の金額が１日の利用者負担額となります

＊入所（退所）日及び入院・外泊時に居室を確保する場合にも、該当となります。

＊個室　１，７２８円／日　　多床室　４３７円／日

■　食費

・食材費、調理費等にかかる費用です。

・負担限度額を受けている場合は、認定証の金額が１日の利用者負担額となります。

■　個室代　【５５０円／日（税込）】

・一人部屋（１０１号・１０２号・１０８号・１１０号・１２０号）を利用される方が、対象となります。

＊心身状況や居室の空き状況で利用された場合にも、該当となります。

■　当施設では、（株）エランと業務締結し、入所生活に必要な物品類等の一部「名称：ＣＳセット」を導入しております。

＊入所者（ご家族）様と（株）エランとの直接契約となります。

➢　詳しいサービス内容やご利用料金等のお問合せは、直接下記へご連絡ください。

お問合先	株式会社　エラン
住　所	〒390－0826　長野県松本市出川町 15-12
電　話	0120－919－821（平日 9：00-21：00）土日祝日、年末年始除く

その他の費用は、下記のとおりです。金額につきましては、別紙料金表にてご確認ください。

■　洗濯費
■　レクリレーション費
■　おやつ代
■　マスク代
■　死亡診断書料
■　死 亡 処 置 料
■　健 康 管 理 料　【実費請求】インフルエンザ、肺炎球菌等の予防接種に係る費用です。
■　理美容代

第8条　ご利用料金のお支払い方法）

毎月中旬までに、前月分の「請求書」を発行しますので、それを持参いただき、当月末までにお支払い下さい。

お支払いは、下記時間内に当院 1 階受付窓口でのご入金又は、下記指定口座までお振り込みをお願いいたします。

- **受付窓口時間**

月曜日～金曜日　午前８：３０～午後１２：００ ／ 午後１：００～午後５：３０まで

土曜日　午前９：００～午後１２：００まで

- **銀行振込先**

銀行名	十八親和銀行
支店名	諫早駅前中央支店
（フリガナ） 口座名義	ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝﾕｳﾘｶｲ　ｱﾈｶﾞﾜﾋﾞｮｳｲﾝ　ﾘｼﾞﾁｮｳ　ｱﾈｶﾞﾜｶｽﾞｵ 医療法人祐里会　姉川病院　理事長　姉川和生
口座種別／番号	普通預金　／　１３１６３８８

※当施設における誤認防止の為、必ず入所者様名義でのお振込みにご協力ください。

※ご家族名義等でお振込みの際は、事前のご連絡（１回目のみ）をお願いいたします。

第9条　緊急時の対応方法

当施設は、ご入所者に対し、施設医師の医学的判断によって、専門医療機関での診察及び治療が必要と認めた場合、協力医療機関及び協力歯科医療機関での診療を依頼する場合があります。

1. 当施設は、ご入所者に対し、当施設における介護保険サービスの範囲内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、他の専門医療機関を紹介いたします。
2. ご入所者の心身状態が急変した場合、当施設は、指定の緊急連絡先に速やかにご連絡いたします。

- **協力医療機関**

	医療法人祐里会　姉川病院
所　在　地	長崎県諫早市小野島町 2378-2
連　絡　先	TEL：0957-24-3180
診 療 科 目	内科・リハビリテーション科

➢ **協力歯科医療機関**

医療機関名	たなか歯科医院
所　在　地	長崎県諫早市小野町 8-1
連　絡　先	TEL：0957-24-6480
診 療 科 目	歯科・矯正歯科・小児歯科

第10条　事故発生時の対応

ご入所者に対する介護保険施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご家族等へ連絡しその後、必要に応じて市役所へ報告する措置を講じます。

1. 事故の状況及び事故に際して取った措置について、詳細な記録を行い、事故原因の解明及び追究し、再発防止を防ぐための対策を講じます。

2. 介護保険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り損害すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

3. 介護職員その他の従業者に対する事故発生防止の基礎的内容等の、適切な知識を普及・啓発する為、定期的な教育を年 2 回以上実施しております。

第11条　身体拘束等の適正化

当施設では、ご入所者に対し身体拘束を原則行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等の緊急をやむ得ない場合は、管理者又は担当医師が判断し、身体の拘束やその他の行動を制限することがあり、以下の措置を講じます。

1. 様態や時間・ご入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を、ご家族様に説明し、同意を得た上で診療録に記載します。

2. 従業者に対する身体拘束適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発する為、定期的な研修を年 1 回以上実施します。

3. 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

4. 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

第12条　高齢者虐待防止のための措置

当施設では、ご入所者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 虐待防止に関する相談窓口の担当者を選任しています。

担 当 者	看護師長　浅井　知佳

2. 虐待防止のための指針を整備します。
3. 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を年２回以上実施します。
4. 従業者が援助にあたっての悩み等を相談できる体制を整える他、職員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
5. 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
6. 当施設のサービス提供に当たり、従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに、これを市に通報します。

相談窓口	長崎県福祉保健部長寿社会課	TEL：095-895-2436
	諫早市健康保険部介護保険課	TEL：0957-22-1500

第13条　非常災害対策

当施設では、常日頃から火災予防や自然災害対策を講じており、非常食・災害物資等の充足化を進め、不足の事態に備えております。また、諫早市県央消防本部及び協力医療機関と合同にて、通報及び連絡体制、避難・救出訓練を、計年４回実施しております。

第14条　地域交流

当施設は、地域住民又はその自発的な活動との連携・協力を行う等、地域との交流を積極的に図ります。

1. 地域住民との交流を図る場を設けます。
2. 地域の様々な活動及び行事への関与を行います。
3. 地域住民やボランティア団体との連携及び協力を行い、地域との様々な交流を行います。

第15条　施設利用にあたっての留意事項

面会時間	面会時間　午前１０：００ ～ 午後８：００まで ※必ずスタッフステーションまでお声掛けください。 ※施設内（院内）感染症予防対策の為、やむを得ず、面会を禁止する場合がありますので、ご了承ください。
外出・外泊	希望される場合は、事前にご家族より申し出ください。 ※必ず主治医の許可が必要となります。
設備・器具の利用	居室（多床室・個室）や設備・器具は、本来の用法に従い、正しくご利用ください。故意による破損等が発生した場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	施設内（敷地含む）は、全面禁煙となっております。
迷惑行為等	騒音等、他のご入所者の迷惑となる行為は、ご遠慮願います。
金銭・貴重品の管理	自己管理が可能な方に限り、居室床頭台での管理をお願いいたします。※当施設では、盗難・紛失等は、一切責任を負いかねます。
物品の持ち込み	入所生活に必要以上の持ち込みは、お断りいたします。 携帯電話は、談話室及び食堂での使用をお願いいたします。 ※当施設では、盗難・紛失等は、一切責任を負いかねます。
宗教活動	宗教活動の勧誘・販売等は、一切お断りいたします。

第16条　ハラスメント対策

当施設は、入居者及び家族等からのハラスメントを労働環境の確保・改善や安定的な事業運営のための課題と位置付け、組織的・総合的に以下のハラスメント対策を講じます。

1. 適切な介護技術・知識の習得に向けた研修、疾病・障害等に関する学習の機会を提供し、個別ケアや対応の検証、組織的な虐待防止対策の推進等により、入居者が安心して介護サービスを受けることができるよう努めます。
2. 多職種・行政等（長崎県、諫早市、地域包括支援センター）・警察・地域の事業者団体とも必要に応じて連携しつつ、ハラスメントに毅然として取り組みます。
3. ハラスメントが生じた場面・対応経過等について、できるだけ正確に事実を捉え、施設全体で共有・議論し、個々のケースに沿った対応を検討します。

第17条　施設サービス利用の終了（契約終了）

契約期間中、以下のような事由に至った場合は、契約終了となります。また、契約の有効期間は、契約締結日からご入所者の要介護認定の有効期間終了日までですが、契約期間満了

の２日前までに、契約終了の申し入れがない場合は、更に同条件で自動更新されます。

1. ご入所者が死亡した場合。
2. 要介護認定により、ご入所者の心身状況が自立と判断された場合。
3. 事業者が解散又は破産した場合等、やむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。
4. 事業者に滅失や重大な毀損により、ご入所者にサービス提供が不可能になった場合。
5. 当施設が介護保険の指定を取り消された場合。
6. ご入所者（契約者）から解約・契約解除の申し出があった場合。（＊以下、詳細）
7. 当施設から契約解除を申し出た場合。（＊以下、詳細）

≪ご入所者（契約者）から契約解除の申し出≫

1. ご入所者が長期間入院等により、再入所が困難な場合。
2. 当施設もしくはサービス従事者が、正当な理由なく本契約に定める介護医療院サービスを実施しない場合。
3. 当施設もしくはサービス従事者が、故意または過失により、ご入所者の身体・財物・信用等を傷つけ又は、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
4. 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に、同意できない場合。

≪当施設から契約解除の申し出≫

1. ご入所者（契約者）が、契約締結時に心身の状況及び病歴等について故意にこれを告げず又は、不実の告知を行い、その結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
2. サービス利用料金の支払いが３ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらず支払いが無い場合。
3. ご入所者が故意又は重大な過失により、事業者・従業者もしくは他の入所者の生命・身体・財物・信用等を著しく傷つけ、又は不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

第18条　個人情報の取扱い

当施設とその従業者は、個人情報保護方針に基づき、業務上知り得たご入所者又は、その家族若しくは連帯保証人様に関する個人情報の利用目的を以下のとおり定め、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。ご入所者又は、ご家族の希望による個人情報の使用範囲及び、プライバシーに関する希望には、出来る限り対応いたします。

※　次の各号については、介護法令上、介護事業者が行うべき義務として定められていることから、情報提供を行うこととしますので予めご了承ください。

≪施設内での使用≫

- ■　ご入所者（ご家族）への医療・介護サービス提供及び説明
- ■　ご入所者への医療・介護サービスの質の向上への寄与のため
- ■　感染症、医療・介護事故等の報告及び情報共有
- ■　施設の会計、経理
- ■　入退所等の管理
- ■　診療報酬、介護報酬の請求事務
- ■　種会議、委員会活動内での情報共有
- ■　各種行事、ボランティアへの協力
- ■　施設内での氏名、写真等の掲示
- ■　その他、ご入所者に係る管理運営業務

≪施設外への情報提供としての利用≫

- ■　診療の為、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ■　感染症又は医療・介護事故発生時等、行政機関への通報
- ■　他の医療機関、薬局、行政機関、介護サービス事業所等との連携、照会への回答
- ■　立入り検査・実地指導への対応
- ■　検体検査、ＣＳセット、訪問理容等の委託業者への情報提供
- ■　審査支払機関へのレセプトの提供、保険者からの照会への回答
- ■　ホームページ等への写真の掲載
- ■　損害賠償保険などの係る、医療に関する専門の団体・保険会社等への相談又は届出
- ■　その他、医療・介護保険事務に関する利用

第19条　苦情等相談窓口

施設サービスに関する苦情やご意見は、以下の窓口で受付けております。

また、スタッフステーション前に意見箱を設置しておりますので、ご利用ください。

■　当施設における担当窓口

➢　窓口

担　当　者	看護師長　浅井　知佳
連　絡　先	０９５７－２４－３１８０（姉川病院代表）
受 付 時 間	月曜日 ～ 金曜日　【午前８：４５ ～ 午後５：４５】

➢　苦情解決責任者

担　当　者	姉川病院　事務部長　矢野　忠
連　絡　先	０９５７－２４－３１８０（姉川病院代表）
受 付 時 間	月曜日 ～ 金曜日　【午前８：３０ ～ 午後５：３０】

■　公的機関における担当窓口

➢　窓口（１）

名　　称	諫早市役所　高齢介護課
所　在　地	〒８５４－００１４　長崎県諫早市東小路町７－１
連　絡　先	０９５７－２２－１５００

➢　窓口（２）

名　　称	長崎県国民健康保険団体連合会　介護保険課
所　在　地	〒８５０－００２５　長崎県長崎市今博多町８－２ 国保会館
連　絡　先	０９５－８２６－１５９９

■　第三者における担当窓口

➢　窓口

氏　　名	津田　清（諫早市議会議員）
住　　所	〒８５４－００３１　長崎県諫早市小野島町１３７４－４
連　絡　先	０９５７－２４－３０６７

苦情を受けた際は、速やかに管理者及び苦情解決責任者と協議し、苦情の解決に努めます。

また知り得た情報は、個人情報保護法に基づき一切情報を漏らしません。

＜重要事項説明書　説明確認欄＞

介護医療院 施設サービス契約の締結にあたり、重要事項の説明を行いました。

令和　　年　　月　　日

＜施　設＞　所在地　長崎県諫早市小野島町 2378-2

名　称　医療法人祐里会　あねがわ介護医療院

説明者　（職種）介護支援専門員

（氏名）

私は、医療法人祐里会　あねがわ介護医療院 施設サービスを利用するにあたり、施設利用契約書に基づき、重要事項に関する説明を受けました。

その内容を十分理解し、施設サービスを利用した場合の対価として、利用料金を支払うことに同意すると共に、施設の定める事項を厳守することを誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

＜入所者＞　住　所

氏　名

＜家族又は連帯保証人＞

住　所

氏　名　　（続柄：　　）

＜代理人＞　住　所

氏　名