

重要事項説明書

個人情報の利用・提供及び保護について 利用約款

介護老人保健施設 恵寿苑

通所リハビリテーション
(介護予防通所リハビリテーション)

重要事項説明書

介護老人保健施設 恵寿苑
通所リハビリテーション
(介護予防通所リハビリテーション)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設恵寿苑
- ・開設年月日 平成8年3月21日
- ・所在地 島根県大田市大田町大田イ860-3
- ・電話番号 0854-82-3301
- ・ファックス番号 0854-82-1591
- ・管理者名 武田 文徳
- ・介護保険指定番号 (介護予防)通所リハビリテーション (3250580002号)

(2) 目的

通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)については、要介護者(介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援者)の在宅での生活を継続させるために立案された居宅サービス(介護予防サービス)計画に基づき、当施設をご利用いただき、医学管理の下における看護・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お世話を行い、利用者の生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るためのサービスを提供いたします。利用者の能力に応じた日常生活を営むことで居宅での生活を一日でも長く継続できるよう、在宅ケアを支援することを目的としています。

(3) 運営方針

利用者の自立を支援し明るく家庭的な雰囲気のもとで、地域と家庭との結びつきを重視し、市町村及び関係機関との連携を密にし、利用者や家族の安心、満足を目指し、できる限りの回復の可能性を追求したサービスを提供します。

(4) 施設の職員体制 (介護予防) 通所リハビリテーション (2026年6月1日現在)

	常勤		非常勤		業務内容
	専任	兼務	専任	兼務	
・管理者		1			管理業務
・医師		1		1	医療業務
・看護職員	2				看護業務
・介護職員	6				介護業務
・理学療法士		3			機能訓練
・作業療法士		2			機能訓練
・言語聴覚士		1			機能訓練
・管理栄養士		1			管理栄養業務
・歯科衛生士				1	口腔ケア業務
・事務職員	3				事務業務
・その他		2		2	清掃業務他

勤務体制

職 種	勤務体制	従業員の職種	勤務体制
医 師	実情に応じた勤務時間に配置 (併設病院より、日直・当直医の 応援体制有)	リハビリ 職 員 歯 科 衛 生 士 管 理 栄 養 士 そ の 他	実情に応じた勤務時間 に配置
看護職員 介護職員	早出： 7:55～16:25 1名 日勤： 8:25～16:55 6名		
		事 務 員	平 日：8:30～17:00 土曜祝日：8:30～12:00

(5) 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション） 定員 40名

(6) 営業日及び営業時間

月曜日～土曜日 8:00～17:00(サービス提供時間 9:30～15:40)

定休日 日曜日

その他の休業日 盆休(8月14・15日) 年末始(12月30日～1月2日)

(7) 通常のサービス提供地域

大田市内・別府（美郷町）・角井（飯南町）

その他の地域については相談に応じます。

(8) サービス利用方法

電話等でご相談ください。居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕）のサービス計画に基づいた通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービス計画の立案・作成がされ、介護老人保健施設 恵寿苑 通所リハビリテーション重要事項説明書及び利用約款の内容にご理解した上で、同意いただければサービスの提供を開始します。

尚、ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険被保険者証を確認させていただきます。

2. サービス内容

- ① 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）計画の立案
- ② 食事 昼食 12時00分～12時40分
- ③ 入浴（一般浴槽のほか、介助を要する利用者にはリフト・特別浴槽で対応）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養管理、栄養ケアマネジメント等栄養状態の管理
- ⑨ 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画を考慮し定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用）
- ⑩ その他

*これら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もありますので、具体的にご相談ください。

3. 身体拘束等

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、身体拘束廃止委員会にて判断し、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の状態、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。

4. 虐待の防止

利用者の人権の擁護・虐待の防止の観点から、担当者を定め、指針の整備・委員会の開催・研修の実施等を行い、虐待の発生またはその再発の防止に取り組みます。

5. 急変時の対応

当施設では介護サービスの提供中に利用者の状態が急変した場合、また、その他必要な場合等には速やかに下記の協力医療機関・かかりつけ医師・病院と連絡を取り、救急医療あるいは救急入院等必要な処置が受けられるように努めるとともに「同意書」にご記入いただいた身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する連絡先に連絡致します。

協力医療機関

- | | | |
|------|-----------------|-----------------|
| ・名 称 | 大田市立病院 | |
| ・住 所 | 大田市大田町吉永 1428-3 | 電話 0854-82-0330 |
| | | |
| ・名 称 | 石東病院 | |
| ・住 所 | 大田市大田町大田イ 860-3 | 電話 0854-82-1035 |
| | | |
| ・名 称 | 生越整形外科クリニック | |
| ・住 所 | 大田市大田町イ 263-8 | 電話 0854-82-6161 |

協力歯科医療機関

- | | | |
|------|-----------------|-----------------|
| ・名 称 | 医療法人 中村歯科クリニック | |
| ・住 所 | 大田市長久町長久イ 281-1 | 電話 0854-82-1182 |

6. 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。
- ・前項のほか、当施設は利用者の身元引受人又は利用者若しくは身元引受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。

7. 施設利用に当たっての留意事項

- ・金銭・貴重品の管理はいたしません。
- ・利用者同士で金品のやり取りはしないようにしてください。

8. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、火災通報装置 等
- ・防災訓練 年 2 回

9. 禁止事項

- ・当施設では、多くの方に安心して利用していただくために、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。
- ・喫煙はできません。

10. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。

要望や苦情などは、介護主任 三谷 浩子 にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、備えつけ用紙で所定の場所に設置する「ご意見箱」をご利用いただく等、管理者に直接お申し出いただくこともできます。（電話 0854-82-3301）

2 施設外相談窓口

大田市 介護保険課	電話 0854-83-8063	(受付時間 8:30～17:15)
島根県国民健康保険団体連合会	電話 0852-21-2811	(受付時間 9:00～17:00)
邑智総合事務組合(介護保険課)	電話 0855-72-3535	(受付時間 8:30～17:15)
雲南広域連合	電話 0854-47-7342	(受付時間 8:30～17:15)

11. その他

当施設は第三者評価を実施しておりません。

その他の詳細については、職員にお尋ねください。

利用料金について

(1) 通所リハビリテーションの基本料金

- ① 基本利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は介護報酬の1割、1日当たりの自己負担額です。）

利用時間	要介護度	通所リハビリテーション費 (通常規模型) 利用者自己負担額
1 時間以上 2 時間未満	要介護 1	3 6 9 円
	要介護 2	3 9 8 円
	要介護 3	4 2 9 円
	要介護 4	4 5 8 円
	要介護 5	4 9 1 円
2 時間以上 3 時間未満	要介護 1	3 8 3 円
	要介護 2	4 3 9 円
	要介護 3	4 9 8 円
	要介護 4	5 5 5 円
	要介護 5	6 1 2 円
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	4 8 6 円
	要介護 2	5 6 5 円
	要介護 3	6 4 3 円
	要介護 4	7 4 3 円
	要介護 5	8 4 2 円
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	5 5 3 円
	要介護 2	6 4 2 円
	要介護 3	7 3 0 円
	要介護 4	8 4 4 円
	要介護 5	9 5 7 円
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	6 2 2 円
	要介護 2	7 3 8 円
	要介護 3	8 5 2 円
	要介護 4	9 8 7 円
	要介護 5	1, 1 2 0 円
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	7 1 5 円
	要介護 2	8 5 0 円
	要介護 3	9 8 1 円
	要介護 4	1, 1 3 7 円
	要介護 5	1, 2 9 0 円

② 加算料金（介護報酬の1割負担の額を表記）

項 目		加算額 (単位：円)	内 容		
介護職員等 処遇改善加算		(Ⅰ)ロ 11.1%	各算定要件を満たした場合、所定単位数に算定割合を乗じた額 が加算されます。		
サービス提供体制 強化加算		Ⅰ	22/回	介護職のうち、介護福祉士70%以上、勤続10年以上の者が25% 以上配置されている場合に加算されます。	
		Ⅱ	18/回	介護職のうち、介護福祉士50%以上配置されている場合に加算 されます。	
入浴介助加算 Ⅰ		40/日	入浴介助を適切に行う事ができる人員や設備を有し、入浴介助 を行う。(清拭又は部分浴の場合は除く)		
入浴介助加算 Ⅱ		60/日	Ⅰの要件に加え、医師等が居宅を訪問し動作や環境を評価す る。リハ職員が医師との連携のもと、状況や環境等を踏まえた 計画書を作成する。計画に基づき、利用者の居宅の状況に近い 環境にて入浴介助を行う。		
リハビリテーション 提供体制加算	3～4時間未満	12/回	リハビリテーションマネジメント加算を算定していて、配置されている理学 療法士等の合計数が、利用者数25又は、その端数を増すごと に1以上の場合加算されます。		
	4～5時間未満	16/回			
	5～6時間未満	20/回			
	6～7時間未満	24/回			
リハビリテーション マネジメント 加算 イ		開始 6月以内	560/月	リハビリテーション会議を適時開催し利用者の状況等に関する情報を 医師、理学療法士等、居宅介護支援専門員、指定居宅サービス 等の担当者と共に計画の見直しを行うとともに、家族又は従 業者に介護の工夫や留意点等の助言を行った場合に加算。	
		開始 6月超	240/月		
リハビリテーション マネジメント 加算 ロ		開始 6月以内	593/月	リハビリテーションマネジメント加算(A)イの要件に加え、利用者毎の計画書 の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあ たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のた めに必要な情報を活用している場合に加算。	
		開始 6月超	273/月		
事業所医師が利用者又はその家族に 対し説明し利用者の同意を得た場合		270/月	上記に加えて算定。		
短期集中個別 リハビリテーション 実施加算		110/日	医師または医師の指示を受けた理学療法士等が、退院(所)又は 認定日から起算して3ヶ月以内の期間に個別リハビリテーションを 集中的に実施した場合に加算されます。		
認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算		Ⅰ	240/日	退院(所)又は通所開 始日から起算して3 ヵ月以内	施設基準に適合した事業所において、認知 症であり、かつ、リハビリテーションによって生活 機能の改善が見込まれると医師が判断し た者に対して、医師または医師の指示を受 けた理学療法士等が集中的なリハビリテーシ ョンを個別に行った場合に加算。
		Ⅱ	1,920/月	退院(所)又は通所開 始日が属する月から 起算して3ヵ月以内	
移行支援加算		12/日	対象期間内にリハビリテーション提供終了の日から起算して14日以降 44日以内に、リハビリテーション終了者に対し、指定通所介護等の実施 状況を確認し記録。また移行する事業所へ計画書を提供する。		
若年性認知症利用者 受入加算		60/日	受け入れた若年性認知症利用者毎に担当者を定めた場合に加 算されます。		

項 目		加算額 (単位：円)	内 容
口腔・栄養 スクリーニング 加算（Ⅰ） 【介護予防共通】	6 月に 1 回	2 0 /回	6 ヶ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を担当の介護支援専門員に提供した場合に加算されます。
口腔・栄養 スクリーニング 加算（Ⅱ） 【介護予防共通】	6 月に 1 回	5 /回	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当の介護支援専門員に提供した場合に加算されます。
口腔機能向上加算 （Ⅰ） 【介護予防共通】	3 月以内 月 2 回	1 5 0 /回	口腔機能の低下、又はその恐れのある利用者に対し、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置し、共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスを行なうとともに口腔機能の記録や進捗状況の評価を定期的に行った場合に加算されます。
口腔機能向上加算 （Ⅱ）ロ 【介護予防共通】	3 月以内 月 2 回	1 6 0 /回	加算（Ⅰ）の取組に加え、 <u>口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提供し、口腔機能向上サービスの実施にあたって、当該情報その他口腔機能の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に加算されます。</u>
栄養改善加算 【介護予防共通】	3 月以内 月 2 回	2 0 0 /回	低栄養状態、又はその恐れのある利用者に対し、管理栄養士 1 名以上配置し、看護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを行なうとともに栄養状態の定期的な記録や評価を行い、 <u>必要に応じて居宅を訪問した場合に加算。</u>
栄養アシスタント加算 【介護予防共通】		5 0 /月	管理栄養士 1 名以上配置し介護職員等と共同して、3 ヶ月に 1 回以上利用者ごとの低栄養状態のリスクや解決すべき課題を把握し、利用者又はその家族に結果を説明し、相談等に必要に応じて対応、また栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、より良いケアに向けた指導を受ける事による加算。
中重度者ケア体制加算		2 0 /日	リハビリテーション提供時間帯を通じて専らリハビリテーション提供にあたる看護職員を配置し、看護職員又は介護職員を指定基準に 1 以上加えた員数を確保し、前年度又は算定日の属する月の前 3 月間の要介護 3 以上の利用者の割合が 30% 以上である場合に加算されます。
重度療養管理加算		1 0 0 /日	所要時間 1 時間以上 2 時間未満以外の利用者で、要介護 3、要介護 4 又は 5 であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合加算されます。
退院時共同指導加算		6 0 0 /回	入院中の者が退院するにあたり、事業所の医師又は理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき 1 回に限り、所定単位数を算定されます。
送迎の減算		△ 4 7 /片道	利用者に対して、居宅と事業所との間の送迎を行わない場合に減算されます。

尚、介護保険負担割合が 2 割以上の方は、基本サービス費及び加算料金は負担割合に応じた額となります。

(2) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金

- ① 基本利用料（要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は介護報酬の 1 割、1 月当たりの自己負担額です）

要支援状態区分	介護予防通所リハビリテーションサービス費 利用者自己負担額
要支援 1	2, 2 6 8 円
要支援 2	4, 2 2 8 円

※日割り計算にて徴収する場合があります。

- ③ 加算料金（介護報酬の 1 割負担の額を表記）

項 目	加算額 (単位：円)		内 容
サービス提供 体制強化加算(Ⅰ)	要支援 1	88/月	介護職のうち介護福祉士が 70%以上、又は勤続 10 年以上が 25%以上配置されている場合に加算されます。
	要支援 2	176/月	
サービス提供 体制強化加算(Ⅱ)	要支援 1	72/月	介護職のうち、介護福祉士が 50%以上配置されている場合に加算されます。
	要支援 2	144/月	
介護職員等 処遇改善加算	(Ⅰ)口	11.1 %	各算定要件を満たした場合、所定単位数に算定割合を乗じた額が加算されます。
若年性認知症利用者 受入加算	2 4 0 /月		受け入れた若年性認知症利用者毎に担当者を定めた場合に加算されます。
長期期間利用の介護予防 リハビリテーションの適正化	要支援 1	120/月 減算	<u>指定介護予防通所リハビリテーションの利用開始月から 12 月を超えた期間に指定予防通所リハビリテーションを行う場合に減算されます。</u>
	要支援 2	240/月 減算	

尚、介護保険負担割合が 2 割以上の方は、基本サービス費及び加算料金は負担割合に応じた額となります。

(3) その他の料金

- ① 食費（食材料費等） 6 6 5 円

※なお、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

- ② 基本時間外施設利用料 3 0 分毎に 1 0 0 円

- ③ おむつ代 実費 ④ 日用品費 実費 ⑤ 教養娯楽費 実費

- ⑥ キャンセル料 徴収しない。（但し、利用当日の午前 8 時 3 0 分までに連絡ください）

(4) 支払い方法

・毎月 1 0 日以降に、前月分の請求書を発行送付しますので、その月の末日までにお支払いください。
月末までにお支払いが難しい場合は、ご連絡をお願いいたします。お支払いいただきますと領収書を発行送付（銀行振込および口座振替の場合は入金を確認した後）いたします。

- ・お支払い方法は、現金、銀行振込、口座振替（山陰合同銀行の口座からのみ）があります。
利用申込み時にお選びください。

個人情報の利用目的

介護老人保健施設**恵寿苑**では、お預かりしている利用者およびその家族の個人情報について、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

- ・ 当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当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

○ 他の事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ・ 当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との
連携（サービス担当者会議等）、紹介への回答
- ・ 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
- ・ 家族等への心身の状況説明
- ・ 地域包括支援センター等との連携により、心身の健康の保持及び生活の安定の為に必
要な援助を行うこと

○ 介護保険業務のうち

- ・ 保険業務の委託
- ・ 審査支払い機関又は保険者からの紹介への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

＜上記以外の利用目的＞

○ 当施設内部での利用に係る利用目的

- ・ 当施設の管理業務のうち
医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
当施設において行われる学生の実習への協力
当施設において行われる事例研究

○ 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

- ・ 当施設の管理運営業務のうち
外部監査機関への情報提供

個人情報の提供及び保護に関するお知らせ

介護・診療情報の提供

- ご自身の症状やケアについて質問や不安がおありになる場合は、遠慮なく、直接、医師、看護師、又は支援相談員に質問し、説明を受けてください。この場合には、特別の手続きは必要ありません。

介護・診療情報の開示

- ご自身の介護・診療記録の閲覧や謄写をご希望の場合は、遠慮なく医師または「相談室」に開示をお申し出ください。
- ただし次のいずれかに該当する場合には、その全部または一部を開示できないことがあります。
 - 1 本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
 - 2 当事業所の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合

個人情報の内容訂正・利用停止

- 個人情報とは、氏名・住所等の特定の個人を識別できる情報をいいます。
- 当施設が保有する個人情報（介護・診療記録）が事実と異なるとお考えになる場合は、内容の訂正・利用停止を求めることができます。職員にお申し出ください。調査の上、対応いたします。

個人情報利用の期間

- 個人情報利用の期間は契約の期間に準じます。

個人情報の提供範囲

- 個人情報の提供は必要最小限度といたします。

ご希望の確認と変更

- 利用予定の変更、介護給付・保険証等の確認等、緊急性を認めた内容について、利用者様ご本人および家族様に連絡する場合があります。ただし、事前に受付までお申し出があった場合は連絡いたしません。
- 一度出されたご希望を、いつでも変更することが可能です。お気軽にお申し出下さい。

相談窓口

- ご質問やご相談は、各部署責任者または以下の個人情報保護相談窓口をご利用ください。

個人情報保護相談窓口

介護老人保健施設 恵寿苑

通所リハビリテーション

介護主任 三谷 浩子

管理者 武田 文徳

重要事項承諾書

1. 重要事項と個人情報の利用目的・提供及び保護について本書面を交付のうえ、説明しました。

<事業者名> 介護老人保健施設 恵寿苑
通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）

<住所> 島根県大田市大田町大田イ 8 6 0 - 3

<管理者氏名> 武田 文徳

<説明担当者> 職名 氏名

2. 私(利用者) およびその家族は、介護老人保健施設 恵寿苑 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）の重要事項と個人情報の利用目的・提供及び保護について、本書面を受領し説明を受け承諾しました。

令和 年 月 日

<利用者>

住所

氏名

印

<身元引受人> （続柄：

住所

氏名

印

介護老人保健施設 恵寿苑
通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）
利 用 約 款

（約款の目的）

第1条 介護老人保健施設 恵寿苑（以下「当施設」という。）は、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援状態）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、利用者が可能な限り自宅において、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、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）を提供し、一方、利用者及び利用者の身元引受人は、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、利用者が通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）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。但し利用者の身元引受人に変更があつた場合は、新たな身元引受人の同意を得ることとします。

2 利用者は、第4条又は第5条による解除がない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）を利用することができるものとします。但し、本約款、重要事項（本項において「本約款等」といいます。）の改定が行われた場合は新たな本約款等に基づく同意書を提出していただきます。

（身元引受人）

第3条 利用者は、次の各号の要件を満たす身元引受人を立てます。但し、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

① 行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。）であること。

② 弁済をする資力を有すること。

2 身元引受人は、利用者が本約款上当施設に対して負担する一切の債務を極度額 50 万円の範囲内で、利用者と連帯して支払う責任を負います。

3 身元引受人は、前項の責任のほか、次の各号の責任を負います。

① 利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように協力すること。

② 通所利用が解除若しくは終了した場合の残置物の引取り等の処置、又は利用者が死亡した場合の遺体の引取をすること。但し、遺体の引取について、身元引受人と別に祭祀主宰者がいる場合、当施設は祭祀主宰者に引き取っていただくことができます。

4 身元引受人が第1項各号の要件を満たさない場合、又は当施設、当施設の職員若しくは他の入所者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為を行った場合、当施設は、利用者及び身元引受人に対し、相当期間内にその身元引受人に代わる新たな身元引受人を立てることを求めることができます。但し、第1項但書の場合はこの限りではありません。

5 身元引受人の請求があつたときは、当施設は身元引受人に対し、当施設に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

（利用者からの解除）

第4条 利用者は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画にかかわらず、本約款に基づく通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用を解除することができます。なお、この場合利用者及び身元引受人は、速やかに当

施設及び利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画作成者に連絡するものとします（本条第2項の場合も同様とします）。

2 身元引受人も前項と同様に通所利用を解除することができます。但し、利用者の利益に反する場合は、この限りではありません。

3 利用者又は身元引受人が正当な理由なく、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

（当施設からの解除）

第5条 当施設は、利用者及び身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービスの利用を解除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と認定された場合。
- ② 利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画で定められた利用時間数を超える場合。
- ③ 利用者及び身元引受人が、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いを督促したにもかかわらず20日間以内に支払われない場合。
- ④ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービスの提供を超えると判断された場合。
- 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、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の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 第3条第4項の規定に基づき、当施設が新たな身元引受人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな身元引受人を立てない場合。但し、利用者が新たな身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除く。
- 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利用させることができない場合。

（利用料金）

第6条 利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービスの対価として、別紙2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、身元引受人又は利用者若しくは身元引受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 20 日までに発行し、所定の方法により交付する。利用者及び身元引受人は、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。
- 3 当施設は、利用者又は身元引受人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

（記 録）

第7条 当施設は、利用者の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）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。（診療録については、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、謄写を求めたときは、原則として、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。

3 当施設は、身元引受人が第1項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、閲覧、謄写を必要とする事情を確認して当施設が必要と認める場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者が身元引受人に対する閲覧、謄写に反対する意思表示した場合その他利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

4 前項は、当施設が身元引受人に対して連帯保証債務の履行を請求するため必要な場合は適用されません。

5 当施設は、利用者及び身元引受人以外の親族が第1項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、利用者の承諾がある場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

(秘密の保持)

第8条 当施設とその職員は、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身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報の利用目的を重要事項説明書に記載のとおり定め、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。

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。

(緊急時の対応)

第9条 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、利用者の主治医に診療を依頼することがあります。

2 前項のほか、通所利用中に利用者の心身状態が急変した場合、当施設は、利用者身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第10条 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 前項のほか、当施設は利用者身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する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。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 利用者、身元引受人又は利用者の親族は、当施設の提供する通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）に対しての要望又は苦情等について、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。

(賠償責任)

第12条 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）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、利用者及び身元引受人は、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。

(利用契約に定めのない事項)

第13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、利用者又は身元引受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。

介護老人保健施設 恵寿苑 通所リハビリテーション (介護予防通所リハビリテーション) 利用同意書

介護老人保健施設 恵寿苑の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）を利用するにあたり、担当者による介護老人保健施設 恵寿苑 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）重要事項について説明を受け承諾した後、利用約款について説明を受け、それぞれ受領し、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

< 利 用 者 > 住 所

氏 名 印

< 身元引受人 > 住 所

(続柄：) 氏 名 印

介護老人保健施設 恵寿苑
管理者 武田 文徳 殿

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏 名		電話番号 (自 宅)	— —
		電話番号 (携 帯)	— —
住 所	〒 —		

【本約款 第9条の2項緊急時及び第10条の2項事故発生時の連絡先】

氏 名		電話番号 (自 宅)	— —
		電話番号 (携 帯)	— —
住 所	〒 —		

氏 名		電話番号 (自 宅)	— —
		電話番号 (携 帯)	— —
住 所	〒 —		