

介護老人保健施設ゆうあい

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 医療法人真庭慈風会 介護老人保健施設ゆうあい（以下「当施設」という。）は、要支援と認定されたご利用者（以下単に「ご利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、ご利用者の自立支援を行うため、介護予防を重視した介護予防通所リハビリテーションを提供し、一方、ご利用者及び身元保証人は、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、本契約の目的とします。

(適用期間)

第2条 本契約は、ご利用者が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、身元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 ご利用者は、前項に定める事項の他、本契約、別紙1及び別紙2の改定が行なわれない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとします。

(ご利用者からの解除)

第3条 ご利用者及び身元保証人は、当施設に対し、利用終了の意思表示をすることにより、本契約に基づく介護予防通所リハビリテーション利用を解除・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、ご利用者及び身元保証人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく介護予防通所リハビリテーション利用を解除・終了することができます。

- ① ご利用者が要介護認定において非該当または要介護と認定された場合
- ② ご利用者の病状、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
- ③ ご利用者及び身元保証人が、本約款に定める利用料金を1か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず7日間以内に支払われない場合
- ④ ご利用者が、当施設の職員又は他のご利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為（故意による暴言・暴力行為等並びにセクハラ行為等）又は反社会的行為を行った場合
- ⑤ 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、当施設を利用させることができない場合
- ⑥ 医療機関への入院が14日以上継続した場合又は施設に入所した場合

(利用料金)

第5条 ご利用者及び身元保証人は、連帯して、当施設に対し、本契約に基づく介護予防通所リハビリテーションの対価として、利用料金を支払う義務があります。但し、当施設は、ご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、ご利用者及び身元保証人に対し、当月利用料金の請求書を翌月10日に発行します。ご利用者及び身元保証人は、連帯して、当施設に対し、請求額を支払うものとします。なお、支払いが困難な場合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、利用料金の支払いを受けたときは、ご利用者及び身元保証人に対し領収書を発行します。

(記録)

第6条 当施設は、ご利用者の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5年間は保管します。また、診療録は5年間保存します。

2 当施設は、ご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、身元保証人その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、ご利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体拘束等)

第7条 当施設は、原則としてご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、施設長が判断し、身体拘束その他ご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状態及び時間、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。

(秘密の保持)

第8条 当施設とその職員は、業務上知り得たご利用者又は身元保証人若しくはそのご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、次の各号についての情報提供については、当施設は、ご利用者及び身元保証人から、予め同意を得た上で行います。

① 介護予防サービスの利用のための県、市町村、地域包括支援センター又はその委託を受けた居宅介護支援事業者、他の介護予防事業所等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。

② 介護予防サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、ご利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

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、ご利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、主治医若しくは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 当施設は、ご利用者に対し、当施設における介護予防通所リハビリテーション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、介護予防通所リハビリテーション利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設はご利用者及び身元保証人が指定する者に対し、速やかに連絡します。

(事故発生時の対応)

第10条 当施設は、ご利用者に対する介護予防サービスの提供の際には、安全に十分配慮しておりますが、転倒・骨折などの事故が起こる可能性があります。事故が発生した場合は、速やかに県、市町村、地域包括支援センター及びその委託を受けた居宅介護支援事業者、他の介護予防事業所、ご利用者の家族等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 ご利用者及び身元保証人は、当施設の提供する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、支援相談員に申し出ることができます。また、ご意見箱に投函し申し出ることもできます。

2 ご利用者及び身元保証人は、提供されたサービスに苦情がある場合は、市町村又は、国民健康保険団体連合会に対して、申し出ることができます。

(賠償責任)

第 12 条 介護予防通所リハビリテーションの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、ご利用者が損害を被った場合、当施設は、ご利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2 ご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、ご利用者及び身元保証人は、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 この契約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、ご利用者又は身元保証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。

<別紙 1 >

重要事項説明書

(令和 7 年 1 月 1 日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設名	介護老人保健施設ゆうあい
開設年月日	平成 12 年 4 月 1 日
所在地	岡山県真庭市勝山 1070
電話番号	(0867) 44-7500
ファックス番号	(0867) 44-5556
施設長名	宮 島 孝 直
介護保険指定番号	介護老人保健施設 (33543480035 号)

(2) 介護予防通所リハビリテーションの目的と運営方針

当施設は、要支援状態にあるご利用者に対し適切な介護予防通所リハビリテーションを提供することを目的としています。

[介護予防通所リハビリテーションの運営方針]

- 1 当施設は、要支援者の居宅における自立支援を目的として、ご利用者に応じた介護予防サービスを行います。
- 2 職員は、ご利用者の要支援状態の軽減を図るよう、その目標を設定し介護予防サービスを計画的に行います。
- 3 介護予防サービスの実施にあたっては、地域包括支援センターとその他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村と連携し、総合的なサービス提供に努めます。

(3) 施設の職員体制

	人員配置	業務内容
医 師	1 人以上	介護予防を目的とした医学的な診療・治療を行う。
介 護 職 員	4 人以上	介護予防を目的とした日常生活上の管理、指導、支援や相談を行う。
理学療法士 又は 作業療法士	1 人以上	介護予防を目的とした体操等の指導を行う。
運 転 手	必要数	送迎車の運転を行う。

(4) 通所定員 40 名 (通所リハビリテーションのご利用者を含む)

(5) 第三者評価の実施無し。 但し、利用者アンケート (満足度調査) あり。

2. サービス内容

- ① 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護
- ⑥ 送迎（居宅と施設間）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ その他

＊これらのサービスのなかには、ご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、ご相談ください。

3. 利用料金

（１）利用料金

介護老人保健施設ゆうあい利用料金表をご参照下さい。

（２）お支払い方法

- ・翌月 10 日に、請求書を発行しますので、次回請求までお支払いください。（銀行振替の方は毎月 15 日引落とし、15 日が土日祝の場合はその翌日）お支払いいただきますと領収書を発行します。
- ・お支払方法は、現金・銀行振替の 2 方法があります。
利用契約時にご相談ください。

4. 営業日及び時間

- ① 営業日 月～金曜日
(但し、祝祭日及びその振替休日、8 月 14 日・15 日、
12 月 30 日から翌年 1 月 3 日までは休業)
- ② 営業時間 8：30～17：30
- ③ サービス提供時間 月・水・木曜日 9：15～15：20
火・金曜日 9：15～13：30
9：15～15：20
- ④ 電話により 24 時間常時連絡が可能な体制をとっています。
- ⑤ 天候等、送迎が困難と判断される場合は、地域によってサービスを中止する場合があります。

5. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

・ 協力医療機関

名 称	津山中央まにわ病院
住 所	岡山県真庭市勝山 1070

・ 協力歯科医療機関

名 称	飯田歯科医院
住 所	岡山県真庭市勝山 243

6. 介護予防通所リハビリテーション利用に当たっての留意事項

- ・喫煙…施設内での喫煙はご遠慮ください。
- ・火気の取扱い…十分に注意してください。
- ・設備・備品の利用…皆さんで使用しますので、大切に扱ってください。
- ・所持品・備品等の持ち込み…紛失の恐れがありますので、記名をお願いします。
- ・金銭・貴重品の管理…ご自分で管理できる範囲をお願いします。
- ・通所時の受診・投薬…保険の関係上、医療保険と介護保険の併用は原則としてできません。
- ・利用日に何らかの事情により、欠席される時は早めにご連絡ください。
- ・営利行為の禁止…すべてのご利用者に安心して療養生活を送っていただくために、施設での「営利行為、宗教活動、特定の政治活動」は禁止とします。

7. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓
- ・防災訓練 年2回

8. その他

当施設についての詳細は、パンフレットに記載していますので職員にお申し出ください。

<別紙 2>

介護予防通所リハビリテーションのご案内

◇介護保険証の確認

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

◇介護予防サービス

当施設でのサービスは、介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて提供されます。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・身元保証人の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意を頂くようになります。

医療・看護：

医師・看護職員が、ご利用者の介護予防を目的とした日常生活上の医学的な管理、指導を行います。

介護：

介護職員が、ご利用者の介護予防を目的とした日常生活上の支援や相談を行います。

リハビリテーション：

理学療法士又は作業療法士が、ご利用者の介護予防を目的とした体操等の指導を行います。

食事：

昼食の提供をします。（12：00）昼食代として650円を頂きます。

なお、ご利用者のご都合により昼食前（午前10時以降）に通所利用を中止された場合も、昼食代を頂きます。

◇他機関・施設との連携

協力医療機関への受診：

当施設では、病院や歯科診療所に協力をいただいています。ご利用者の状態が急変した場合には、速やかに主治医若しくは協力医療機関への連絡等必要な措置を行います。

他施設の紹介：

当施設での対応が困難な状態や専門的な対応が必要になった場合には、責任を持って他の機関を紹介しますので、ご安心ください。

◇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。

なお、当施設には支援相談の専門員として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、ご要望や苦情なども、速やかに対応いたします。

【当施設の相談又は、苦情等に対応する常設の窓口】

担当者 支援相談員：久保田 裕香
電話番号 0867-44-7500
対応時間 午前9時00分～午後6時00分
意見箱 1階玄関設置

【公的機関の窓口】

- 岡山県国民健康保険団体連合会（国保連）
所在地 岡山県岡山市桑田町11番6号
電話番号 086-223-8876
対応時間 午前9時～午後5時

- 真庭市役所 健康福祉部高齢者支援課
所在地 岡山県真庭市落合垂水1901-5
電話番号 0867-52-1113
対応時間 午前9時～午後5時

(本人控)

介護予防通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設ゆうあい
介護予防通所リハビリテーション
施設長 宮島 孝直 殿

介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護予防通所リハビリテーション利用約款及び別紙１、別紙２を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、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

電話番号

印

＜身元保証人 1 または成年後見人＞

住所

氏 名

続 柄

電話番号

印

＜身元保証人 2（同居家族以外の方）＞

住所

氏 名

続 柄

電話番号

印

【本約款第5条の請求書の送付先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

【本約款第9条3項の緊急時の連絡先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

(施設控)

介護予防通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設ゆうあい

介護予防通所リハビリテーション

施設長 宮 島 孝 直 殿

介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護予防通所リハビリテーション利用契約及び別紙1、別紙2を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、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

電話番号

<身元保証人1または成年後見人>

住 所

氏 名

印

続 柄

電話番号

<身元保証人2（同居家族以外の方）>

住 所

氏 名

印

続 柄

電話番号

【本約款第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

【本約款第9条3項の緊急時の連絡先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

個人情報使用同意書

私（利用者または身元保証人若しくはその家族）の個人情報については、
（ 介護予防通所リハビリテーション ・ 介護予防短期入所療養介護 ）の利用にあたり、
次に記載することにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

- ① 介護保険サービスの利用のため県、市町村、地域包括支援センターまたはその委託を受けた居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供をする場合
- ② 介護予防サービスの質の向上のための学会、研究会での事例研修発表等

2 条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。
- ③ 1の②の使用目的の場合は、利用者個人を特定できないように仮名等を使用すること。

令和 年 月 日

介護老人保健施設ゆうあい
施設長 宮 島 孝 直 殿

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

身元保証人又は住所 _____

成年後見人 氏名 _____ 印 _____

家 族 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

家 族 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

個人情報保護に関する確認票

当施設では、個人情報について下記の内容の表示を予定しております。内容をご確認の上、記入をお願いいたします。なお、一度出された同意はいつでも変更することができます。

表示内容	回答欄	
療養室入口への氏名の記載	可	不可
ベッドネームの掲示	可	不可
写真の掲示	可	不可
作品の展示	可	不可
広報誌への顔写真・氏名の掲載	可	不可
面会者の案内	可	不可
電話の取り次ぎ	可	不可
ご家族等の来所時や電話等での療養上の問合せによる説明	可	不可
容態急変時のご家族等への連絡	可	不可

令和 年 月 日

ご利用者氏名 _____ 印

※本人の意志が確認できない場合

身元保証人または成年後見人 _____ 印