

介護老人保健施設 (介護予防)通所リハビリテーション利用約款

(目的)

第1条 介護老人保健施設(介護予防)通所リハビリテーション利用約款(以下「本約款」という。)は、介護老人保健施設ケアホームすばる(以下「当施設」という。)において、(要支援)要介護状態と認定された利用者(以下「利用者」という。)に対し、介護保険法の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるように、一定の期間、(介護予防)通所リハビリテーション(以下「通所リハビリサービス」という。)の提供にあたり、利用者と連帯保証人に対し、当施設の利用に必要な事項について取り決めることを目的とします。

(適用期間)

第2条 本約款は、利用者又は連帯保証人(以下「利用者等」という。)が、介護老人保健施設(介護予防)通所リハビリテーション利用同意書(以下「同意書」という。)を当施設に提出し、実際に利用を開始した日から効力を有します。但し、連帯保証人に変更があった場合は、新たに同意書を提出することとします。

2 利用者は、本約款、介護老人保健施設ケアホームすばるのご案内(別紙1)及び個人情報の利用目的(別紙2)の改定が行われない場合に限り、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。

(利用者等からの解除)

第3条 利用者等は、当施設に対して退所的意思表明をすることにより、本約款に基づく通所リハビリサービスの利用を、解除し終了することができるものとします。なお、この場合利用者等は、速やかに利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者等に対して、次に掲げる各号に該当する場合は、本約款に基づく通所リハビリサービスの利用を解除し終了することができるものとします。

- 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 利用者の居宅介護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サービスの提供が困難と判断された場合
- ④ 利用者等が、本約款に定める利用料金を3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日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者が、当施設及び、当施設の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 利用者等が、当施設の職員又は他の利用者等に対して、身体的な力を使って危害を及ぼす・その恐れのある行為や、個人の尊厳や価値を言葉や態度によって傷つける行為がある場合
- ⑦ 利用者等が、金銭、物品の譲受の禁止等の本約款の規則を背かれた場合
- ⑧ 天災、災害、施設又は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 利用者等は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく通所リハビリサービスの対価として、利用者負担説明書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に伴い、必要となった額の合計額を支払う義務があります。

- 2 当施設は、利用者等が指定する者に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日頃に発行し、所定の方法により交付します。
- 3 利用者等は、連帯して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、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によるものとします。
- 4 当施設は、利用者等から、第2項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は連帯保証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。
- 5 利用料金の滞納があった場合、連帯保証人は利用者が負担する一切の債務を極度額(極度額300,000円)の範囲内で連帯して保証するものとします。

(記録)

第6条 当施設は、利用者の通所リハビリ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年間保管します。

- 2 当施設は、利用者又は連帯保証人から前項の記録の閲覧、謄写の求めがあった場合は、原則としてこれに応じます。

(身体の拘束等)

- 第7条 当施設は、原則として利用者に対する身体拘束は行いません。但し、自傷又は他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合は、施設長の判断により、身体拘束その他利用者の行動を制限することがあります。
- 2 この場合は、施設長又は施設長から指示を受けた者が、利用者及び連帯保証人に行動制限判断の経過、根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し、同意を得ることとします。また、診療録に記載することとします。
 - 3 当施設は、身体拘束適正化のための指針を定め、身体拘束廃止に向けて委員会を設置しています。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

- 第8条 当施設とその職員は、医療法人康雄会（以下「当法人」という。）が定める個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者等、若しくはその家族等に関する個人情報については、個人情報の利用目的（別紙2）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。但し、次の各号に該当する場合は、法令上、介護事業者が行うべき義務として、情報提供を行うこととなります。
- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
 - ② 居宅介護支援事業所等との連携
 - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市区町村への通知
 - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
 - ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合）
- 2 前項に定める取り扱いは、利用終了後も同様とします。

(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での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、当施設における施設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、他の専門的医療機関を紹介します。
 - 3 前2項のほか、通所リハビリサービスの提供中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者等が指定する者に対して、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

- 第10条 当施設では、通所リハビリサービスの提供中に利用者への事故が発生した場合、利用者に対し必要な措置を講じます。
- 2 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合は、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的医療機関での診療を依頼します。
 - 3 前2項のほか、当施設は利用者等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 利用者等は、当施設が提供する通所リハビリサービスについての要望又は苦情等は、担当支援相談員はもとより、当施設又は当法人が設置する相談又は苦情窓口申し出ることに加え、所定の場所に設置する管理者宛の「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。
- 2 その他、下記の相談窓口もございますのでご利用ください。
 - (1) 神戸市福祉局監査指導部 居宅通所指導担当 【介護保険サービスに関すること】
TEL 078-322-6326 受付時間 8:45~12:00, 13:00~17:30 (平日)
 - (2) 養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話(介護指導課内)
TEL 078-322-6774 受付時間 8:45~12:00, 13:00~17:30 (平日)
 - (3) 神戸市生活情報センター 【サービスの質や契約に関すること】
TEL 078-371-1221 受付時間 9:00~17:00 (平日)
 - (4) 兵庫県国民健康保険団体連合会 【介護保険サービスに関すること】
TEL 078-332-5617 受付時間8:45~17:15 (平日)

(賠償責任)

- 第12条 通所リハビリサービスの提供に伴い、当施設の責に帰すべき事由により利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対し、その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、利用者及び連帯保証人は、連帯して当施設に対し、その損害を賠償するものとします。

(利用約款に定めのない事項)

第13条 本約款に定めのない事項については、介護保険法等関係法令の定めるところにより、利用者又は連帯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)

介護老人保健施設ケアホームすばるのご案内

(令和7年7月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

| | |
|----------|-----------------------------------|
| 設置者 | 医療法人 康雄会 理事長 西 昂 |
| 施設名 | 介護老人保健施設ケアホームすばる |
| 開設年月日 | 平成13年5月15日 |
| 所在地 | 〒657-0031 神戸市灘区大和町1丁目2-1 |
| 電話番号等 | TEL 078-858-6185 FAX 078-858-6186 |
| 管理者氏名 | 施設長 富田 博之 |
| 介護保険指定番号 | 介護老人保健施設 (2850280013号) |

(2) 施設の目的と運営方針

◇目的 : 通所リハビリテーションは、(要支援)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、(介護予防)通所リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的としています。

◇運営方針 : 当施設では、(介護予防)通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるように在宅ケアの支援に努めます。

(3) 施設の職員体制

| 職種別 | 配置人員 | 業務内容 |
|---------|-------|---|
| 管理者 | 1人 | 施設管理全般 |
| 医師 | 1人以上 | 利用者の病状把握・療養全体の管理 |
| 薬剤師 | 1人以上 | 薬の管理・提供など |
| 看護職員 | 9人以上 | 療養生活における看護業務 |
| 介護職員 | 22人以上 | 療養生活における介護業務 |
| 支援相談員 | 1人以上 | 相談指導業務・相談援助業務 |
| 理学療法士 | 1人以上 | 機能回復・維持・向上を目標に生活リハビリ・理学療法士などを提供して生活の幅を広げる支援 |
| 作業療法士 | 1人以上 | |
| 言語聴覚士 | 1人以上 | |
| (管理)栄養士 | 1人以上 | 利用者の栄養管理など |
| 介護支援専門員 | 1人以上 | ケアプラン作成 |
| 事務職員 | 1人以上 | 総務・経理など |

(4) 定員等

| | | | | | | | | | |
|------|---|-------------|-------|-------|--------|--|--|--|--|
| 通所定員 | : | 20名 | | | | | | | |
| 入所定員 | : | 90名 | | | | | | | |
| 療養室 | : | 2人部屋 (2階 1室 | 3階 3室 | 4階 3室 | 計 7室) | | | | |
| | | 4人部屋 (2階 4室 | 3階 9室 | 4階 6室 | 計 19室) | | | | |

2. サービス内容

(1) (介護予防)通所リハビリサービス計画の立案

当施設でのサービスは、(要支援)要介護者の家庭等での生活を継続させるため、立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間利用いただき、医学管理下における看護、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、利用者の療養生活の質の向上と、利用者ご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。

このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、(介護予防)通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者等の希望を十分に取入れ、また、計画の内容については、同意をいただくようになります。

(2) 食事 (食事は原則として、デイルームでお摂りいただきます。)

昼食 12:00

(3) 入浴 (一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。通所リハビリサービスの利用者は、毎日ご利用いただきます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。)

(4) 医学的管理・看護

当施設は、医師と看護師にて利用者の病状及び心身の状況を把握し、適切な医療及び看護介護を行います。

(5) 介護

当施設では、明るく家庭的な雰囲気のもとで利用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。

(6) リハビリテーション

原則としてリハビリテーション室 (機能訓練室) にて行いますが、施設内での全ての活動が、リハビリテーション効果を期待したものです。

(7) 相談支援サービス

(8) 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

(9) 理美容サービス (月2回実施します。)

(10) 行政手続き代行

(11) 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. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科クリニックに協力いただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

◇協力医療機関

名称 : 医療法人 康雄会 西病院
住所 : 神戸市灘区備後町3丁目2-18
電話 : 078-821-4151

◇協力歯科医療機関

名称：仲井歯科クリニック
住所：神戸市灘区桜口町3丁目3-21
電話：078-822-8100

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」に記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ◇当施設の利用申し込みにあたり、利用される方の介護保険証を確認させていただきます。
- ◇施設利用中の食事は、特段の事情がない限り、施設の提供する食事を召し上がっていただきます。
- ◇食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みは禁止となっています。
- ◇面会時間：10:00～19:00まで（事情によっては、時間外の対応可能）です。
- ◇外出又は外泊につきましては、各階のサービスステーションに所定の用紙がありますので、必要事項を記入して職員にお渡しください。原則として1週間前までに、事務所に連絡してください。
- ◇飲酒・喫煙：施設内での飲酒・喫煙は禁止です。
- ◇火気の取扱い：火の取扱いに注意願います。
- ◇設備・備品の利用は、本来の用法にしたがって利用するものとし、万一これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償して頂くことがあります。
- ◇所持品・備品等の持ち込みは、療養生活において必要と考えられるものとしします。
- ◇金銭・貴重品の管理として、所持金は必要最低限とし原則自己管理で願います。施設では、盗難等に関し一切責任をおえません。また利用者様同士での金銭や物品の譲受も禁止となっております。譲受等による揉事に関しても同様に一切の責任を負えません。
- ◇通所リハビリサービス利用時に、医療機関を受診する場合は利用者の費用負担となります。
- ◇施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
- ◇他の利用者への迷惑行為は禁止します。

5. 非常災害対策

【防災設備】スプリンクラー，消火器，自動火災報知設備，火災通報装置，非常放送設備，誘導灯，非難器具，厨房設備の自動消化設備

【防災訓練】年2回（5月と11月を予定）

6. 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、利用者の「営利行為，宗教の勧誘，特定の政治活動」は禁止しています。

個人情報利用目的

(令和7年7月1日現在)

介護老人保健施設ケアホームすばるでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下で、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり取り扱います。

1. 利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

(1) 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・医療サービス向上

(2) 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等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・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委託業務
 - ・家族等への心身の状況説明
- ◇介護保険事務のうち
 - ・保険事務の委託
 - ・審査支払機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ◇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

2. 上記以外の利用目的

(1) 当施設の内部での利用に係る利用目的

- ◇当施設の管理運営業務のうち
 - ・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

(2) 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

介護老人保健施設(介護予防)通所リハビリテーション 利用及び利用者負担にかかる同意書

介護老人保健施設ケアホームすばるの(介護予防)通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設(介護予防)通所リハビリテーション利用約款及びケアホームすばるのご案内(別紙1)、個人情報の利用目的(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。

また、介護老人保健施設の通所リハビリテーションサービスを利用した場合に、これらの対価として施設が定める料金を指定期日までに支払うことに同意します。尚、万一本人に不都合が生じた場合、連帯保証人は本人が負担する一切の債務を極度額の範囲内で連帯して保証します。

医療法人康雄会

介護老人保健施設ケアホームすばる

医療法人康雄会 理事長 西 昂 殿

令和 年 月 日
<利用者>

住 所

電話番号

氏 名

印

<連帯保証人>(極度額：300,000円)

住 所

電話番号

氏 名

印

続 柄

<連帯保証人>(極度額：300,000円)

住 所

電話番号

氏 名

印

続 柄

【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項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

| | | | | |
|-----------|---------|----|-----|--|
| 第1連絡先 | 氏名 | | 続 柄 | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | TEL () | | | |
| 電話番号 - | 第2連絡先 | 氏名 | 続 柄 | |
| | TEL () | | | |
| | 第3連絡先 | 氏名 | 続 柄 | |
| | TEL () | | | |