

医療法人仁康会 老人保健施設桃源の郷

介護予防通所リハビリテーション

介護保険給付外利用重要事項説明書

(約款の目的)

第1条 老人保健施設桃源の郷（以下「当施設」という。）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、一定の期間、介護予防通所リハビリテーションを提供し、一方、利用者及び家族もしくは利用者の身元を保証できる者（以下「扶養者」という。）が、通常のサービス計画外の自費でのサービス利用を求められた場合、当施設は提供可能であると判断した場合自費サービスを提供、また扶養者は、当施設に対し、そのサービスに対する自費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介護予防通所リハビリテーション介護保険給付外利用同意書を当施設に提出したのち効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は、新たに変更後の扶養者より同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本約款、別紙1から3について、初回利用契約時に説明を受け、同意書の提出をもって、繰り返し、或いは臨時に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。なお、介護保険制度の改定或いは時勢の物価変動等に影響する自費サービス変更内容については、通知、説明し、疑義なき場合は初回利用時の同意書提出をもって継続利用とします。

(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、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の介護予防サービス計画にかかわらず、本約款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。なお、この場合利用者及び扶養者は、速やかに当施設及び利用者の介護予防サービス計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由なく、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 4 条 当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく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・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自立と認定された場合
- ② 利用者の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 利用者及び扶養者が、本約款に定める利用料金を 3 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 30 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 利用者又は扶養者が、当施設、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 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 5 条 1 利用者又及び扶養者は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく介護予防通所リハビリテーション介護保険給付外利用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。

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 20 日前後に発行し、所定の方法で交付する。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 1 ヶ月以内に支払うものとします。

3 当施設は、利用者又は扶養者から、1 項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び扶養者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 6 条 当施設は、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 2 年間は保管します。（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、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者に対しては、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。

(身体の拘束等)

第 7 条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行ないません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、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況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載するとともに、可及的速やかに扶養者にその旨の連絡を行います。なお、安全ベルトの使用など前もって予測される行動の制限については、その理由、時間、様態を明示した文書を提示し、扶養者からの承諾書をいただくことにします。

(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、次の各号についての情報提供については、利用者及び扶養者から、予め同意を得ておきます。

- ① 介護保険サービスの利用のための市町村、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
- ② 介護保険サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合でも、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なります。

(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 前項のほか、通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。

(衛生管理等)

第 10 条 当施設は、感染症又は食中毒が、発生あるいは蔓延しないように必要な措置を講じます。

- 2 当施設は、感染症又は食中毒の予防及び蔓延の防止のための対策を検討する委員会を開催し、その結果を職員に周知徹底します。また、職員への研修も実施します。
- 3 利用者が、感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処は速やかに行い、利用者の家族等利用者又は扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対し、連絡します。

(事故発生時の対応)

第 11 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 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、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- 3 前 2 項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は扶養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 12 条 利用者及び扶養者は、当施設の提供する介護予防通所リハビリテーション介護保険給付外利用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 13 条 介護予防通所リハビリテーション介護保険外給付利用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 14 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>

【老人保健施設桃源の郷のご案内】

(令和 7 年 9 月 1 日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 医療法人 仁康会 老人保健施設桃源の郷
- ・開設年月日 平成 6 年 4 月 1 日
- ・所在地 広島県三原市小泉町 4258 番地
- ・電話番号 0848-66-3877
- ・ファックス番号 0848-66-3610
- ・管理者名 施設長 谷本 佳弘
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (3450980036 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の介護保健施設サービスを提供することで、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（介護予防短期入所療養介護）や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）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、以下のような運営の方針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。

[老人保健施設桃源の郷の運営方針]

「専門的な看護・介護・リハビリテーションを提供すると同時に、ご家族との綿密な協力のもとに、明るく家庭的な雰囲気の中で利用者が生きがいをもって暮らせるように支援します。」

(3) 施設の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容
・医師		1	診察・健康管理・指導
・看護職員			看護・介護・日常生活の世話
・介護職員	9	1	介護・日常生活の世話
・支援相談員	3		相談・市町村との連携等
・理学療法士	1		機能訓練・指導等
・作業療法士	2	1	機能訓練・指導等

・言語聴覚士			機能訓練・指導等
・管理栄養士	1		献立作成・栄養指導
・事務員	1	1	経理・庶務・その他
・薬剤師		1	服薬指導

(4) 入所定員等 ・定員 58名

・療養室 特室2室、個室3室、3人室1室、2人室3室、4人室11室

(5) 通所定員 60名

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 介護予防短期入所療養介護計画の立案
- ③ 短期入所療養介護計画の立案
- ④ 介護予防通所リハビリテーション計画の立案（介護保険給付外利用含む）
- ⑤ 通所リハビリテーション計画の立案
- ⑥ 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。

朝食 7時00分～

昼食 11時30分～（ただし、通所リハビリテーションは12時～）

夕食 17時30分～

- ⑦ 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。入所利用者は、週に最低2回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。）
- ⑧ 医学的管理・看護
- ⑨ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑩ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑪ 相談援助サービス
- ⑫ 理美容サービス
- ⑬ 行政手続代行（通常の介護保険制度に関わるもの）
- ⑭ 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診療所に協力をいただき、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 仁康会 本郷中央病院

- ・住 所 広島県三原市下北方 1 丁目 7 番 30 号
- ・協力歯科医療機関
 - ・名 称 医療法人 仁康会 小泉病院 歯科
 - ・住 所 広島県三原市小泉町 4245 番地

◇緊急時の連絡先

なお、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。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 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お召し上がりいただきます。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、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
 - ・ 面会・・・・・・・・・・7 時から午後 9 時までの間、いつでもご面会できます。
 - ・ 外出・外泊・・・・・・・・・・体調さえよければ、いつでも許可いたします。ただし、事前にご連絡ください。
 - ・ 飲酒・喫煙・・・・・・・・・・原則禁止としますが、個別に対応いたします。ご相談ください。
 - ・ 火気の取扱い・・・・・・・・・・原則禁止です。
 - ・ 設備・備品の利用・・・・・・・・・・事前にお申し出ください。
 - ・ 所持品・備品等の持ち込み・・・・原則的には衣類、日用品程度としますが、それ以外のものについてはお申し出ください。個別に対応いたします。
 - ・ 金銭・貴重品の管理・・・・・・・・自分で管理できる必要最小限としてください。
 - ・ 外泊時等の施設外での受診・・・・外泊中の受診は原則的にできないことになっておりますので、緊急の場合のみとし、必ず受診前にご連絡ください。
 - ・ 宗教活動・・・・・・・・・・利用者、ご家族への勧誘は禁止しています。
 - ・ ペットの持ち込み・・・・・・・・衛生管理上ご遠慮いただきます。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、火災報知器、非常放送設備
- ・防災訓練 年 2 回以上

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。

7. 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。（電話 0848-66-3877 内線 325）

要望や苦情などは、担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、サービスステーションに備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

8. 苦情についての処理体制・手順

- ① 利用者（ご家族）に連絡・事情を把握、確認します。
- ② 管理者に報告、相談します。
- ③ 調査が必要とされる場合はその予定・結果報告の方法、日程等の見込みを利用者（ご家族）に説明します。
- ④ 調査の結果、必要に応じ検討会議を行い、改善方法等について利用者（ご家族）に説明、理解を得られる様努めます。
- ⑤ 問題点・処理経過・対応策等を記録、保管し、再発防止に努めます。
- ⑥ 必要に応じ、関係市町村への報告、他事業所等との連絡調整を行います。

9. 事故発生時の対応

- ① 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 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、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的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（ご家族）の指定する方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。
- ④ 速やかに事故対策委員会を設置し、事故原因を解明し再発防止の対策を講じます。

10. 個人情報の取扱いについて

- ① 「個人情報保護法」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し個人情報を適正に取り扱います。
- ② 基本方針、利用目的の規程については別紙をご覧ください。尚、これについては施設にも掲示しています。
- ③ 当施設は、下記のように氏名、写真等を掲示しています。ご理解下さい。不都合のある方はお申し出下さい。
 - ・テーブルへの氏名表示
 - ・行事等の写真等の掲示
 - ・クラブ活動、リハビリテーション等の作品等の展示

・施設の広報誌への氏名、写真等の掲載

④ 電話での問い合わせについて

利用者の個人情報についてのお問い合わせは、電話されてる方の身元確認が困難なためお答えできません。必要があれば、いったん電話を切った後、あらかじめ登録頂いている電話番号へ当方から電話連絡いたします。できる限り、当施設へご来所の上お問い合わせ下さい。

⑤ 職員の個人情報についてのお問い合わせには、一切お答えできません。

11. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

個人情報の利用目的

当施設では、個人情報を下記の目的に利用し、その取扱いには「個人情報保護法」を遵守し、細心の注意を払っています。

なお、不都合な点がございましたら受付までお申し出ください。

【利用者様への介護の提供に必要な利用目的】

〔当施設の内部での利用にかかる事例〕

◎当施設が利用者様に提供する医療・看護・介護サービス

◎介護保険事務

◎利用者様に係る当施設の管理運営業務のうち、

- ・会計・経理
- ・事故等の報告
- ・入退所等の管理
- ・当該利用者様への医療・看護・介護サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う事例〕

◎当施設が利用者様に提供する医療・看護・介護サービスのうち

- ・他の医療機関、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等との連携
- ・他の医療機関、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等からの照会への回答
- ・利用者様の診療等に当たり、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
- ・家族等への病状等の説明

◎介護保険事務のうち、

- ・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

◎外部監査機関への情報提供

◎賠償責任保険などに係る、保険会社等への相談又は届出等

【その他当施設の内部での利用にかかる事例】

◎介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

◎当施設内において行われる介護実習への協力

◎介護の質の向上を目的とした当施設内での事例研究

付記

- 1 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意し難い事項がある場合には、その旨をお申し出ください。
- 2 お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
- 3 これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

＜別紙２＞

【介護予防通所リハビリテーション介護保険給付外利用について】

(令和６年１月１日現在)

1. 介護保険証の確認

要支援・要介護認定において要支援と認定を受けた方が対象となっておりますので、ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 介護予防通所リハビリテーション介護保険給付外利用についての概要

介護予防通所リハビリテーション介護保険給付外利用については、要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された通常利用の介護予防サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学的管理の下における介護、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション及びその他必要な医療並びに日常生活上のお世話を通常サービスと同様に行い、利用者の療養生活の質の向上、心身の機能の維持回復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提供されます。このサービスを提供するに当たっては、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、介護保険給付外の利用料形態等、利用者・扶養者（ご家族）にその内容については同意をいただくようになります。

尚、介護保険適用の介護予防サービス外の提供となりますので、予め計画された本来の介護保険適用予防サービス計画の日を利用者都合にて休まれた場合、その代替日としての調整は原則できません。

3. 利用料金

通常行われる各種介護予防サービス、入浴、送迎、食事代等全て本料金に含まれています。

下記のとおり。（但しオムツを使用した場合、枚数により加算となります）

(1) 介護予防通所リハビリテーション介護保険給付外利用の料金

- | | | |
|------------------------|--------|-------------------|
| ① 施設利用料 | ・要支援 1 | 3,500 円（1 回あたり）税別 |
| | ・要支援 2 | 3,500 円（1 回あたり）税別 |
| ② 運動器機能向上加算等通常サービスについて | ①料金に含む | |

(2) 食費・おやつ・送迎・入浴について ①料金に含む

③ その他は、別途資料をご覧ください。

◇支払い方法

- ・毎月１５日に、前月分の請求書を発行しますので、翌月の１５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。
- ・お支払い方法は、原則、『ゆうちょ銀行』または『広島銀行』からの自動引き落としとしてお願い致します。

契約時に説明し、自動引き落とし申込書に記入していただきます。

※やむを得ない理由により、上記方法での支払いが困難な場合は、『現金持参』、『銀行振込』、『現金書留』による送金も承ります。利用契約時に確認致します。

<別紙3>

看護・介護実習受け入れの説明書

当施設は、看護実習及び介護実習施設として毎年実習生を受け入れ看護教育・介護教育に積極的に協力しています。実習期間中、実習生は受け持ちとして日常生活の援助等の実技実習を行います。実習に当たっては以下の基本的な考え方で臨むことにしています。看護教育・介護教育の必要性をご理解頂き、ご協力をお願いいたします。

1. 実習生が実技実習を行う場合、事前に十分かつわかりやすい説明を行い、利用者様・ご家族の同意を得て行います。
2. 実習生が実技実習を行う場合、安全性の確保を最優先とし、事前に学校の教員や当施設の実習指導者による助言・指導を受け実践可能なレベルまで技術を修得させたうえで臨ませます。
3. 利用者様・ご家族は、実習に関する意見や質問があれば、いつでも学校の教員や当施設の実習指導者等に直接たずねることができます。
4. 利用者様・ご家族は、同意した後も実習生が行う実技実習に対して無条件に拒否することができます。また、拒否したことを理由に療養上の不利益を受けることはありません。
5. 実習生には、実習を通して知り得た利用者様・ご家族に関する情報については、これを他者に漏らすことのない様にプライバシー保護を遵守させます。また、実習終了後も同様にプライバシー保護を守るよう指導いたします。

通所(予防通所)リハビリテーション個人情報保護に関する同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、「個人情報の利用目的」に記載されている目的の他、次の目的のために必要最小限の範囲内で利用することに同意します。

記

1 利用する目的

- (1) 食事用テーブルへの氏名表示
- (2) 行事の記念写真等の展示
- (3) クラブ活動、リハビリテーション等における作品等の展示
- (4) 施設の広報誌への氏名、写真等の掲載
- (5) ホームページへの氏名、写真等の掲載
- (6) 福祉展での氏名、写真等の掲載、作品等の展示

上記の中で、不同意の項目番号をお書き下さい。無い場合は「なし」とお書き下さい。

その他、個人情報保護についての要望等をお書き下さい。
無い場合は「なし」とお書き下さい。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

印

<家 族>

住 所

氏 名

印

老人保健施設 桃源の郷

介護予防通所リハビリテーション介護保険給付外利用同意書

老人保健施設桃源の郷の介護予防通所リハビリテーション介護保険給付外利用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介護保険給付外利用約款及び別紙1、別紙2、別紙3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。

医療法人 仁康会

老人保健施設 桃源の郷

令和 年 月 日

特記事項

おやつ： 希望する 希望しない

<利用者>

住 所

氏 名

印

<扶養者(連帯保証人)>

住 所

氏 名

印

【本重要事項説明書第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

ふりがな
・氏 名 (続柄)
〒
・住 所
・電話番号

【本重要事項説明書第9条3項の緊急時の連絡先】

ふりがな
・氏 名 (続柄)
〒
・住 所
・電話番号

