

介護老人保健施設通所リハビリテーション及び

介護予防通所リハビリテーション利用約款（重要事項説明書）

（約款の目的）

第1条 介護老人保健施設寿苑（以下「当施設」という。）は、要支援状態又は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、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、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション（以下単に「通所リハビリテーション等」という）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、利用者が介護老人保健施設通所リハビリテーション等利用同意書を当施設に提出後から効力を有することとします。但し、利用者の身元引受人に変更があった場合は、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、繰り返し通所リハビリテーション等を利用することができるものとします。

（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20万円の範囲内で、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ったときは、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い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等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等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等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、当施設での適切な通所リハビリテーション等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、当施設を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等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5日(但し、祝日を挟む場合は発送が遅れる事あり。)までに発行し、所定の方法により交付します。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20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等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。

- 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、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。

(身体の拘束等)

第8条 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、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こととします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第9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別紙3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、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。

- 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（地域包括支援センター[介護予防支援事業所]）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の医師への連絡等
 - 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等）
- 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 10 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、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 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。

（要望又は苦情等の申出）

- 第 12 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等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 通所リハビリテーション等の提供に伴って、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 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。

<別紙1>

介護老人保健施設寿苑のご案内
(令和6年8月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 寿苑
- ・開設年月日 平成元年7月7日
- ・所在地 福岡県みやま市瀬高町坂田59-1
- ・電話番号 0944-63-3943 ・FAX番号 0944-63-3945
- ・管理者名 池田 創
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(4054280047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リハビリテーション、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、短期入所療養介護や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。

[介護老人保健施設寿苑の運営方針]

「急速な高齢化の中で、要介護老人の増加に対応する医療ニーズと介護ニーズの両面に応える施設として、又、在宅復帰への通過施設として入所サービス、在宅サービス(短期入所、通所リハビリ)を温かい家庭的雰囲気の中で行うことを目的としています。」

(3) 施設の職員体制

	常勤	非常勤	夜間	業務内容
・医師	1名			
・看護職員	9名	1名	1名	
・薬剤師				
・介護職員	28名		3名	
・支援相談員	3名			
・理学療法士	5名			
・作業療法士	2名			
・言語聴覚士	1名			
・管理栄養士	1名			
・栄養士	1名			
・介護支援専門員	1名			
・事務職員	3名			
・その他	7名	3名		

(4) 入所定員等 ・定員 76名(うち認知症専門棟 36名)

- ・一般棟(個室8室・4人部屋8室)・認知棟(個室4室・4人部屋8室)

(5) 通所定員 10名 営業時間 9:45 ~ 16:50
営業日 12月31日～1月3日以外の平日・土曜・祝日

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 短期入所療養介護計画及び介護予防短期入所療養介護の立案
- ③ 通所リハビリテーション計画の立案
- ④ 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
朝食 8時～
昼食 12時～
夕食 18時～
- ⑤ 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。）
- ⑥ 医学的管理・看護
- ⑦ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑧ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑪ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑫ 理美容サービス（原則月2回実施します。）
- ⑬ 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で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）
- ⑭ 行政手続代行
- ⑮ 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 船小屋病院
住所 みやま市瀬高町大字長田1604
- ・ 名称 ヨコクラ病院
住所 みやま市高田町濃施480-2

・ 協力歯科医療機関

- ・ 名称 陽だまり歯科クリニック
住所 みやま市瀬高町坂田91-1

◇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。
- ・ 飲酒・喫煙 通所時ご説明いたします。
- ・ 火気の取扱い 通所時ご説明いたします。
- ・ 設備・備品の利用 通所時ご説明いたします。
- ・ 所持品・備品等の持ち込み 通所時ご説明いたします。
- ・ 金銭・貴重品の管理 ご家族の方々に管理をお願いします。

5. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、非常出口
- ・ 防災訓練 年2回

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. 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの通常の事業の実施地域 みやま市、筑後市、柳川市、大牟田市、大木町

8. 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 0944-63-3943 ）

要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、「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。

また、以下についても苦情等の相談をすることができます。

《みやま市》

介護健康課 介護保険係（福岡県みやま市瀬高町小川5番地）

電話番号：0944-64-1555 FAX：0944-64-1503

《筑後市》

市民生活部 高齢者支援課 介護保険担当（福岡県筑後市大字山ノ井898番地）

電話番号：0942-53-4115 FAX：0942-53-4119

《大牟田市》

保健福祉部 福祉支援室福祉課 介護保険担当（福岡県大牟田市有明町2丁目3番地）

電話番号：0944-41-2683 FAX：0942-41-2552

《福岡県介護保険広域連合》

柳川・大木・広川支部（福岡県柳川市三橋町正行431 柳川市役所三橋庁舎内）

電話番号：0944-75-6301 FAX：0944-75-6340

《福岡県国民保健団体連合会》

介護保険課 介護保険係（福岡県福岡市博多区吉塚本町13-47）

電話番号：092-642-7859 FAX：092-642-7856

9. 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ありますので、ご請求ください。

<別紙2>

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションについて
(令和6年8月1日現在)

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、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. 通所リハビリテーション等についての概要

通所リハビリテーション等については、要介護者及び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居宅介護サービス（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お世話をを行い、利用者の療養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に提供されます。このサービスを提供するにあたって利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、通所リハビリテーション等計画が作成されますが、その際、利用者・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等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いただくようになります。

3. 利用料金

(1) 基本料金

○ 施設利用料（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1日当たりの自己負担分です。）

【1割負担】

(1回につき)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1～2時間未満	369円	398円	429円	458円	491円
2～3時間未満	383円	439円	498円	555円	612円
3～4時間未満	486円	565円	643円	743円	842円
4～5時間未満	553円	642円	730円	844円	957円
5～6時間未満	622円	738円	852円	987円	1120円
6～7時間未満	715円	850円	981円	1137円	1290円
7～8時間未満	762円	903円	1046円	1215円	1379円

【2割負担】

(1回につき)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1～2時間未満	738円	796円	858円	916円	982円
2～3時間未満	766円	878円	996円	1110円	1224円
3～4時間未満	972円	1130円	1286円	1486円	1684円
4～5時間未満	1106円	1284円	1460円	1688円	1914円
5～6時間未満	1244円	1476円	1704円	1974円	2240円
6～7時間未満	1430円	1700円	1962円	2274円	2580円
7～8時間未満	1524円	1806円	2092円	2430円	2758円

【3割負担】

(1回につき)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1～2時間未満	1107円	1194円	1287円	1374円	1473円
2～3時間未満	1149円	1317円	1494円	1665円	1836円
3～4時間未満	1458円	1695円	1929円	2229円	2526円
4～5時間未満	1659円	1926円	2190円	2532円	2871円
5～6時間未満	1866円	2214円	2556円	2961円	3360円
6～7時間未満	2145円	2550円	2943円	3411円	3870円
7～8時間未満	2286円	2709円	3138円	3645円	4137円

	1割	2割	3割
8時間以上9時間未満	50円	100円	150円
9時間以上10時間未満	100円	200円	300円
10時間以上11時間未満	150円	300円	450円
11時間以上12時間未満	200円	400円	600円
12時間以上13時間未満	250円	500円	750円
13時間以上14時間未満	300円	600円	900円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円	44円	66円
リハビリテーションマネジメント加算イ （開始から6月以内/月）	560円	1,120円	1,680円
リハビリテーションマネジメント加算イ （開始から6月超/月）	240円	480円	720円
リハビリテーションマネジメント加算ロ （開始から6月以内/月）	593円	1,186円	1,779円
リハビリテーションマネジメント加算ロ （開始から6月超/月）	273円	546円	819円
リハビリテーションマネジメント加算ハ （開始から6月以内/月）	793円	1,586円	2,379円
リハビリテーションマネジメント加算ハ （開始から6月超/月）	473円	946円	1,419円
リハビリテーションマネジメント加算 （事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合）	270円	540円	810円
栄養改善加算（月2回を限度）	200円	400円	600円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） （6月に1回を限度）	20円	40円	60円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） （6月に1回を限度）	5円	10円	15円
栄養アセスメント加算/月	50円	100円	150円
若年性認知症利用者受入加算	60円	120円	180円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240円	480円	720円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）/月	1,920円	3,840円	5,760円
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円	220円	330円
科学的介護推進体制加算/月	40円	80円	120円
移行支援加算	12円	24円	36円

生活行為向上リハビリテーション実施加算 (開始日から6月以内/月)	1,250円	2,500円	3,750円
口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回限度)	150円	300円	450円
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(月2回限度)	155円	310円	465円
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(月2回限度)	160円	320円	480円
重度療養管理加算	100円	200円	300円
中重度者ケア体制加算	20円	40円	60円
入浴介助加算(Ⅰ)	40円	80円	120円
入浴介助加算(Ⅱ)	60円	120円	180円
リハビリテーション提供体制加算 3時間以上4時間未満	12円	24円	36円
リハビリテーション提供体制加算 4時間以上5時間未満	16円	32円	48円
リハビリテーション提供体制加算 5時間以上6時間未満	20円	40円	60円
リハビリテーション提供体制加算 6時間以上7時間未満	24円	48円	72円
リハビリテーション提供体制加算 7時間以上	28円	56円	84円
退院時共同指導加算(退院時1回を限度)	600円	1,200円	1,800円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(1割) 1月の所定単位×86/1000 (2割) 1月の所定単位×86/1000×2 (3割) 1月の所定単位×86/1000×3		
感染症等対応加算	(1割) 1月の所定単位×30/1000 (2割) 1月の所定単位×30/1000×2 (3割) 1月の所定単位×30/1000×3		
事業所が送迎を行わない場合(片道)	-47円		

※実施した場合のみ、上記加算が算定されます。

○介護予防通所リハビリテーション

(1割負担)

要支援1 1月につき 2268円

要支援2 1月につき 4228円

(3割負担)

要支援1 1月につき 6804円

要支援2 1月につき 12684円

(2割負担)

要支援1 1月につき 4536円

要支援2 1月につき 8456円

	1割	2割	3割	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)／月	要支援1	88円	176円	264円
	要支援2	176円	352円	528円
科学的介護推進体制加算／月	40円	80円	120円	
生活行為向上リハビリテーション実施加算 (開始日から6月以内/月)	562円	1,124円	1,686円	
栄養改善加算／月	200円	400円	600円	
栄養アセスメント加算／月	50円	100円	150円	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月に1回を限度)	20円	40円	60円	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6月に1回を限度)	5円	10円	15円	
若年性認知症利用者受入加算／月	240円	480円	720円	
口腔機能向上加算(Ⅰ)／月	150円	300円	450円	
口腔機能向上加算(Ⅱ)／月	160円	320円	480円	
一体的サービス提供加算	480円	960円	1,440円	
退院時共同指導加算(退院時1回を限度)	600円	1,200円	1,800円	
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合／月	要支援1	-120円	-240円	-360円
	要支援2	-240円	-480円	-720円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(1割) 1月の所定単位×86/1000 (2割) 1月の所定単位×86/1000×2 (3割) 1月の所定単位×86/1000×3			

※実施した場合のみ、上記加算が算定されます。

(2) その他の料金

① 食費 昼食 580円

※原則として、食堂でおとりいただきます。なお、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。

特別食事代 実費

②日用品代 100円(石鹸、シャンプー、ティッシュ等)

おむつ代 実費

③理美容代 実費(1000円～1300円程度)

④その他(利用者の選定する特別な食事の費用等)

(3) 支払い方法

- ・毎月20日までに、前月分の利用料をお支払いください。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、利用者及び扶養者等により直接当施設にお支払いください。

<別紙3>

個人情報の利用目的

(令和6年8月1日現在)

介護老人保健施設寿苑では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、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業務委託
 - －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

【上記以外の利用目的】

[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

[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

介護老人保健施設通所リハビリテーション及び 介護予防通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設寿苑の施設（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）利用約款及び別紙1、別紙2及び別紙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。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

自宅TEL _____

<利用者の身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄(_____)

自宅TEL _____

連絡先TEL _____

【本約款第6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10条3項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

・氏 名	(続柄 _____)
・住 所	
・電話番号	

介護老人保健施設 寿 苑
施設長 池田 創 殿