

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

介護老人保健施設 康楽苑

介護老人保健施設通所リハビリテーション 利用約款 (介護予防通所リハビリテーション)

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設康楽苑（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、一定の期間、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、利用者及び利用者を扶養する者（以下「保護者」という。）並びに連帯保証人は、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康楽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）利用同意書を当施設に提出したときから効力を有します。但し、保護者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 利用者は、前項に定める事項の他、本約款及び別紙1、別紙2の改定が行われない限り、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。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び保護者は、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・終了することができます。なお、この場合利用者及び保護者は、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。

但し、利用者が正当な理由なく、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4条 当施設は、利用者及び保護者に対し、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・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 利用者及び保護者が、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
- 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
- ④ 利用者又は保護者が、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・各種ハラスメント行為等、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
- 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利用させることができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び保護者並びに連帯保証人は、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1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、利用者又は保護者若しくは連帯保証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15日までに発行し、所定の方法により交付する。利用者及び保護者並びに連帯保証人は、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。

なお、連帯保証人は利用者及び保護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、利用者及び保護者と連帯して支払う責任を負います。

- 3 当施設は、利用者又は保護者若しくは連帯保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は保護者若しくは連帯保証人に対して、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、保護者その他の者（利用者の代理人を含みます。）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、当施設の医師が判断し、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、医師が保護者に説明をして同意を得た上で、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又は保護者若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙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、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、利用者の主治医又は協力医療機関、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、利用者及び保護者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(サービスの質の確保)

第10条 当施設の提供するサービスの質を向上、確保するため検証、助言・指導、決定をする委員会を施設内に設けております。

- 2 第三者評価は実施しておりません。

(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保護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 利用者及び保護者並びに連帯保証人は、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、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（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、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、利用者及び保護者は、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、利用者又は保護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 >

重要事項説明書（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）

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)サービスの提供開始にあたり、厚生省令第 37 号第 8 条に基づいて、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者の名称	社会医療法人 智徳会
主たる事務所の所在地	岩手県盛岡市手代森 9-70-1
法人種別	医療法人
代表者の氏名	智田文徳
電話番号	019-696-2567

2. ご利用事業所

施設の名称	介護老人保健施設 康楽苑
施設の所在地	岩手県盛岡市手代森 9-64-2
県知事認可番号	0350180048
施設長氏名	原田一穂
電話番号	019-696-5811
FAX 番号	019-696-5521

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	居宅サービス計画(介護予防サービス計画)に基づき、理学療法・作業療法などのリハビリテーションをはじめ必要な介護サービスを提供し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。
運営の方針	康楽苑は、利用者及びご家族の立場にたち、個々のニーズにきめこまやかな対応を心掛け、高齢者介護のプロとしてより良いケアを提供できるよう努めます。

4. 職員体制

職 名	員 数	職 務 内 容
管理者	1(兼務)	従業者の管理・指導
医師	1(兼務)	診療・治療・健康管理
理学・作業療法士	2 以上(兼務)	機能訓練・レクリエーション全般
看護師	1 以上	看護及び介護
介護職員	4 以上	介護全般
支援相談員	1(兼務)	相談業務全般
管理栄養士	1	献立・栄養価計算
事務員	必要数	庶務・会計
運転手兼用務員	必要数	運転・営繕

5.営業時間

営業日	月曜日～土曜日（但し 12 月 31 日、1 月 1 日～3 日を除く）
営業時間（基本）	8：30～17：00

6.利用料金

（1）介護保険給付によるサービス（負担割合に応じて自己負担額が変わります。）

項 目	自己負担金 ※表示の額は負担割合が 1 割の方の場合です。	
	介護給付	予防給付
利用時間 2 時間以上 3 時間未満 （午後利用）	要介護 1 ￥383/日 要介護 2 ￥439/日 要介護 3 ￥498/日 要介護 4 ￥555/日 要介護 5 ￥612/日	要支援 1 ￥2,268/月 （利用開始月から 12 月を超え利用している場合 ▲ ￥120/月） 要支援 2 ￥4,228/月 （利用開始月から 12 月を超え利用している場合 ▲ ￥240/月）
利用時間 3 時間以上 4 時間未満 （午前利用）	要介護 1 ￥486/日 要介護 2 ￥565/日 要介護 3 ￥643/日 要介護 4 ￥743/日 要介護 5 ￥842/日	
利用時間 6 時間以上 7 時間未満 （1 日利用）	要介護 1 ￥715/日 要介護 2 ￥850/日 要介護 3 ￥981/日 要介護 4 ￥1,137/日 要介護 5 ￥1,290/日	
利用時間 7 時間以上 8 時間未満 （延長）	要介護 1 ￥762/日 要介護 2 ￥903/日 要介護 3 ￥1,046/日 要介護 4 ￥1,215/日 要介護 5 ￥1,379/日	
8 時間を越えた部分	1 時間につき ￥50 加算	
感染症及び災害により臨時的に利用者が一定程度減少した場合	上記基本報酬に 3%加算	———
送迎減算 （送迎を行わない場合）	▲ ￥47/片道	———
入浴介助加算 （Ⅰ）通常の入浴 （Ⅱ）ご自宅を訪問のうえ、浴室の環境を評価、個別の入浴計画を作成した場合	（Ⅰ） ￥40/日 （Ⅱ） ￥60/日	

リハビリテーション 提供体制加算	(3～4 時間)¥12/回、(4～5 時間)¥16/回 (5～6 時間)¥20/回、(6～7 時間)¥24/回		_____
リハビリテーション マネジメント加算	(イ)	開始日から6月以内 ¥ 560/月 開始日から6月超 ¥ 240/月	_____
	(ロ)	開始日から6月以内 ¥ 593/月 開始日から6月超 ¥ 273/月	_____
	(ハ)	開始日から6月以内 ¥ 793/月 開始日から6月超 ¥ 473/月	_____
	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 合上記に加算		¥ 270/月 _____
短期集中個別 リハビリテーション実施加算	開始日から3月以内 ¥ 110/日		_____
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算	(Ⅰ)	週2回の個別リハビリ ¥ 240/日	_____
	(Ⅱ)	月4回以上のリハビリ ¥1,920/月	
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 ¥1,250/月		開始日から6月以内 ¥ 562/月
栄養アセスメント加算	¥50/月		¥50/月
栄養改善加算	月2回を限度 ¥200/回		¥ 200/月
口腔機能向上加算	(Ⅰ)	月2回を限度 ¥150/回	月2回を限度 ¥150/回
	(Ⅱ)イ	月2回を限度 ¥155/回	月2回を限度 ¥160/回
	(Ⅱ)ロ	月2回を限度 ¥160/回	
一体的サービス提供加算	_____		栄養及び口腔機能向上 ¥480/月
口腔・栄養 スクリーニング加算	(Ⅰ)	6月に1回を限度 ¥ 20/回 口腔の健康状態や栄養状態を担当 ケアマネに情報提供	6月に1回を限度 ¥ 20/回 口腔の健康状態や栄養状態を担当 ケアマネに情報提供
	(Ⅱ)	6月に1回を限度 ¥5/回 栄養アセスメント加算を算定、担 当ケアマネに情報提供	6月に1回を限度 ¥5/回 栄養アセスメント加算を算定、担 当ケアマネに情報提供
若年性認知症利用者受入加算	¥ 60/日		¥ 240/月
重度療養管理加算 (要介護3、4又は5の方で医学的管理の もと通所リハビリを行った場合)	¥100/日		_____
中重度者ケア体制加算 (介護度3～5の方の割合が30%以上で 手厚いケア体制が確保されている場合)	¥20/日		_____

移行支援加算 (通所リハビリ終了者のうち、通所介護等 に移行出来た方が 5%以上いる場合)	¥12/日	——
科学的介護推進体制加算 (利用者ごとの基本的な心身の情報を 厚労省に提出、必要な情報をフィードバ ック)	¥40/月	¥40/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (介護職員の 70%以上が介護福祉士)	¥22/日	要支援 1 ¥88/月 要支援 2 ¥176/月
退院時共同指導加算 (1 回につき)	600/回	600/回
介護職員処遇改善加算Ⅰ	上記で算定された介護保険 自己負担合計額の 8.6%分	上記で算定された介護保険自 己負担合計額の 8.6%分

(2) 介護保険給付対象外のサービス

項 目	料 金
食 費	1 日利用：昼食代・おやつ代 ¥690/日 午前利用：昼食代（ご利用は選択できます） ¥590/日 午後利用：おやつ代（ご利用は選択できます） ¥100 円
飲物代	ドリンクバーで飲物を提供します ¥50/日
教養娯楽費・日用品費	趣味の活動、レクリエーショ ンを楽しんで頂くための材料 や、ティッシュなどの日用品 を提供いたします。 1 日利用 ¥100/日 午前・午後利用 ¥50/日
紙おむつ代 (1 枚)	尿取りパット ¥ 30 紙おむつ ¥ 124 リハビリパンツ ¥ 124
苑内喫茶利用料 (1 回)	¥ 200
文書料 (各種証明書・診断書等)	¥ 550～¥ 11,000
作業療法等材料代(実費)	¥ 100～¥ 5,000

7. 利用料金の支払い方法

(1) 当苑窓口へ持参して支払い	原則月曜日から土曜日、午前 8 時 30～午後 5 時の間
(2) 銀行振込による支払い	当苑指定口座へ振込（銀行所定振込手数料自己負担）
(3) 口座振替特約による支払い	取引の銀行預金（郵便貯金）から自動口座振替 （集金代行会社振替手数料自己負担）

8. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は当事業所の併設、協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また、ご指定の緊急連絡先に連絡いたします。		
併設医療機関	医療機関の名称	未来の風せいわ病院
	所在地	盛岡市手代森 9-70-1
	電話番号	019-696-2055
協力医療機関	医療機関の名称	盛岡赤十字病院
	所在地	盛岡市三本柳 6-1-1
	電話番号	019-637-3111

9. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「介護老人保健施設康楽苑 消防計画」に則り対応を行います。
近隣との協力関係	近隣の住民 15 世帯で防災協力会を組織していただき、非常時の協力体制を確保しております。
平常時の訓練	別途定める「介護老人保健施設康楽苑 消防計画」に則り年 2 回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を療養者の方も参加していただき実施します。
防災設備	スプリンクラー・避難階段及び避難用すべり台 自動火災報知器・誘導灯・防火扉・屋内消火栓・消火器 非常通報装置・非常用発電機 カーテン、布団類等は防災加工品を使用しております。

10.当苑ご利用の際にご留意いただく事項

喫 煙	施設敷地内は禁煙となっており喫煙はできません。
設備・器具の利用	苑内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
金銭・貴重品の管理	現金・その他貴重品は、なるべく持ち込まないようお願いいたします。
給食以外の飲食	当苑が提供する食事以外の飲食をする場合は、職員に申し出ていただきます。
動物飼育	苑内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。

11.禁止事項

当苑では、多くの方に安心してご利用いただくために、利用者及びご家族等による営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止します。

12. 苦情等申立窓口

当苑サービスについて、ご不明な点や疑問、苦情がございましたら、当苑の支援相談員までお気軽にご相談ください。

また、ご意見ポスト（1F公衆電話の隣り）での受付もいたしておりますので、ご利用ください。責任を持って調査、改善、ご報告をさせていただきます。

なお、当苑以外では次の機関にも相談や苦情の申し立てができます。

- | | |
|---------------|--------------|
| ・ 盛岡市介護保険課 | 019-626-7562 |
| ・ 国民健康保険団体連合会 | 019-604-6700 |

13. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名	
		結果の表示	1.あり 2. なし
	② なし		

14.その他

康楽苑についての詳細は、パンフレットを用意しておりますのでご請求ください。

個人情報利用目的

(令和3年4月1日現在)

介護老人保健施設康楽苑では、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

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）

介護老人保健施設康楽苑を利用するにあたり、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

<保護者>

住 所

氏 名

電話番号 (続柄)

<連帯保証人>

住 所

氏 名

電話番号 (続柄)

介護老人保健施設康楽苑
施設長 原田一穂 殿

【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条の１の利用者の主治医】

・主治医氏名	
・医療機関の名称	
・所在地	
・電話番号	

【本約款第９条２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	