

介護老人保健施設通所リハビリテーション 及び指定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 介護老人保健施設マチュアハウス中条（以下「当施設」という。）は、要支援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で、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、指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーション（以下「当該サービス」という。）を提供し、一方、利用者又は利用者を扶養する者（以下「扶養者」という。）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、この約款の目的とします。

(適用期間)

第2条 本約款は、利用者が当該サービス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、扶養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、別紙1及び別紙2、別紙3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、繰り返し当施設の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、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、本約款に基づく当該サービス利用を解除・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居宅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、当該サービス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、本約款に基づく当該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又は要支援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2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10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、当施設での適切な当該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 利用者又及び扶養者は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく当該サービスの対価として、別紙2又は別紙3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10日までに送付し、利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の20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ります。

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送付先に対して、領収書を送付します。

(記 録)

第6条 当施設は、利用者の当該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)

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、地域包括支援センター又は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、入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。

(要望又は苦情等の申出)

第10条 利用者及び扶養者は、当施設の提供する当該サービス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、備え付けの用紙、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11条 当該サービスの提供に伴って、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12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>

介護老人保健施設マチュアハウス中条のご案内

(平成29年6月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設マチュアハウス中条
- ・開設年月日 平成7年10月18日
- ・所在地 新潟県胎内市中村浜字築地原699-136
- ・電話番号 0254-45-5111
- ・ファックス番号 0254-45-5115
- ・管理者名 菅野 恒平
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (1552580019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、指定短期入所療養介護や指定通所リハビリテーション又は指定介護予防短期入所療養介護、指定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。

[介護老人保健施設マチュアハウス中条の運営方針]

介護保険法における要介護状態又は要支援状態と認定された利用者の方々に対し、日常生活能力の維持及び向上を目的に、家庭的な雰囲気の中で医療ケア及び看護・介護サービスを提供し、地域との交流を図りつつ、関係行政機関及び地域医療機関等との密接な連携のもとスムーズな家庭復帰を目指します。また、生計困難者に対しては、無料又は低額な費用で利用できる施設とします。

(3) 施設の職員体制

	常勤	非常勤	夜間	業務内容
・医師	1名			病状に対する処置、処方など
・看護職員	10名以上	1名	1名	医師の指示に基づいた処置など
・介護職員	28名以上	1名	4名	入浴介助、食事介助、排泄介助など
・支援相談員	1名以上			施設での生活全般に対する相談など
・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	2名以上			リハビリ業務全般など
・管理栄養士	1名以上			献立作りや栄養管理、調理指導など
・介護支援専門員	1名以上			ケアプランの作成など(常勤換算)
・事務職員	3名			事務処理全般など
・その他	2名	2名		施設内外の清掃など

(4) 入所定員等

- ・定員 100名
- ・療養室 個室 11室、 2人室 3室、 4人室 20室

(5) 通所定員

- ・20名 (1単位)

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 7時45分～ 8時45分
 - 昼食 12時00分～13時00分
 - 夕食 18時00分～19時00分
- 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 リハビリテーションマネジメント・栄養マネジメント等
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 利用者の状況に応じた食事の提供
- ⑪ 理容サービス（原則月2回程度（不定期）実施します。）
- ⑫ 行政手続代行
- ⑬ 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 新潟県立新発田病院
- ・住所 新発田市本町 1丁目2番8号

<協力歯科医療機関>

- ・名称 佐藤歯科医院
- ・住所 胎内市築地 2025番地
- ・名称 村山歯科医院
- ・住所 新発田市大栄町7丁目1番8

◇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

- ・面会 : 面会時間は原則として午前9:30～午後8:00までとなります。面会の際には面会者名簿の記入をお願いします。又、飲食料の差し入れは、食事制限を必要とする場合がありますので、スタッフにご相談下さい。
- ・外出・外泊 : あらかじめ所定の用紙での届出が必要となります。
- ・飲酒・喫煙 : 施設内での飲酒は出来ませんが、喫煙はスタッフ管理となります。
- ・設備・備品の利用 : 施設内の物を破損された場合、実費相当を徴収する場合があります。
- ・金銭・貴重品の管理 : 貴重品及び現金は、事務室で管理させていただきます。
- ・外泊時等の施設外での受診 : 外出、外泊中に利用者が他の病院などに受診する際は、施設からの紹介状が必要となります。（緊急で受診された場合は、当施設に必ず御連絡下さい。）
- ・宗教活動及びペットの持込み : 禁止しております。

- ・お食事の持込 : 衛生上及び栄養管理の点からご遠慮頂きます。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 : スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知設備、防火設備、非常電源設備
- ・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. 苦情等の受付

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0254-45-5111）要望や苦情などは、支援相談 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、事務室前に備えつけられた「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. 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について

1. 介護保険証の確認

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. 通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーションについては、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計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業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、利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、事前にご本人・扶養者のご希望をお聞きし、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（非課税）

- ① 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）

[6時間以上8時間未満]

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
料金	726円	875円	1,022円	1,173円	1,321円

②加算料金

- * サービス提供機能強化加算 …… 18円
- * 入浴加算 …… 50円
- ※ 通所リハビリテーション利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。
- * リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） …… 230円 月額
- * リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）
同意日の属する月から6月以内 …… 1,020円
同意日の属する月から6月超 …… 700円
- * 生活行為向上リハビリテーション実施加算
開始日の属する月から3月以内 …… 2,000円
3月超から6月以内 …… 1,000円
- * 短期集中個別リハビリテーション加算 …… 110円
- * 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） …… 240円 週2日限度
- * 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） …… 1,920円 月額
- * 口腔機能向上加算 …… 150円
- * 栄養改善加算 …… 150円
- * 延長加算：ご利用時間8時間以上 9時間未満 …… 50円
ご利用時間9時間以上10時間未満 …… 100円

(2) その他の料金（非課税）

① 食費（食材料費等）

朝食 430円 昼食 680円 夕食 590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。

② 基本時間外施設利用料 1時間当たり 150円

※ ご利用時間が10時間以上の場合に算定します。

③ その他（利用者の選定する特別な食事の費用等）は、別途資料をご覧ください。

(3) 支払い方法

- 毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、郵便局や他の金融機関をご指定された方はその月の20日に口座振替となります。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、金融機関（郵便局またはその他の金融機関）の口座自動引き落としとなります。宜しく願いいたします。

<別紙3>

指定介護予防通所リハビリテーションについて

1. 介護保険証の確認

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についての概要

介護予防通所リハビリテーションについては、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介護予防サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業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、利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら介護予防通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、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、事前にご本人・扶養者の希望をお聞きし、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（非課税）

- ① 施設利用料（介護保険制度では、要支援認定による結果によって利用料が異なります。以下は1月あたりの自己負担分です）

介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	要支援2
(1月あたり)	1, 812円	3, 715円

② 加算料金（1月あたり）

	要支援1	要支援2
サービス提供機能強化加算	72円	144円
運動器機能向上加算	225円	
栄養改善加算	150円	
口腔機能向上加算	150円	
選択的サービス複数実施加算 (I) 又は (II)	(I) 480円 (II) 700円	
事業所加算	120円	

(2) その他の料金（非課税）

- ① 食費（食材料費等）
- 朝食430円
昼食680円
夕食590円

※ 原則として食堂でおとりいただきます。なお、介護予防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。

- ② その他は、別途資料をご覧ください。

(3) 支払い方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、郵便局や他の金融機関をご指定された方は

- その月の20日に口座振替となります。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、金融機関（郵便局またはその他の金融機関）の口座自動引き落としとなります。宜しく願いいたします。

介護老人保健施設指定通所リハビリテーション 及び指定介護予防通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設マチュアハウス中条の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設指定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及び別紙1、別紙2又は別紙3・料金表を受領し、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。

平成 年 月 日

<利用者>
住 所

氏 名 印

<扶養者又は身元引受人>
住 所

氏 名 印

介護老人保健施設マチュアハウス中条
管理者 菅野 恒平 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2項の緊急時の連絡先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	