

重要事項説明書

介護老人保健施設ハイム・メアーズ

宮城県本吉郡南三陸町志津川字袖浜 255 番地

0226-46-2772

○目次

1. 施設の概要	(2 ページ・3 ページ)
2. 利用手続きについて	(3 ページ・4 ページ)
3. サービス内容について	(4 ページ・5 ページ)
4. 利用料金について	(5 ページ)
5. 協力医療機関について	(5 ページ)
6. 施設利用に当たっての留意事項について	(6 ページ)
7. 禁止事項	(6 ページ)
8. 緊急時・事故発生時の対応方法について	(6 ページ)
9. 非常防災対策について	(7 ページ)
10. 提供するサービスの第三者評価の実施について	(7 ページ)
11. 損害賠償について	(7 ページ)
12. サービス内容に関する相談・苦情について	(8 ページ)
※ 添付資料① 苦情処理	(9 ページ)
※ 添付資料② - 1 利用料金表	(10 ページ・13 ページ)
※ 添付資料② - 2 介護保険制度について	(14 ページ・15 ページ)
13. 介護予防通所リハビリテーション利用約款	(16 ページ・20 ページ)
14. 個人情報利用目的 ※添付資料 3	(21 ページ)
15. 個人情報使用についての同意書	(22 ページ)
16. サービス提供に伴う利用負担にかかる同意書	(23 ページ)
17. 介護予防通所リハビリテーション利用同意書	(24 ページ)

介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

(令和 7年 7月 1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設経営法人

- | | |
|--------|-----------------------------------|
| ・法人名 | 社団医療法人 啓愛会 |
| ・法人所在地 | 〒023-0104
岩手県奥州市水沢羽田町駅前二丁目87番地 |
| ・電話番号 | 0197-22-2688 |
| ・FAX番号 | 0197-24-0338 |
| ・代表者名 | 理事長 井筒 岳 |

[啓愛会理念]

『良き医療とやすらぎの環境』

(2) 施設の名称等

- | | |
|-----------|-------------------------|
| ・施設名 | 介護老人保健施設ハイム・メアーズ |
| ・開設年月日 | 平成18年4月10日 |
| ・所在地 | 宮城県本吉郡南三陸町志津川字袖浜 255 番地 |
| ・電話番号 | 0226-46-2772 |
| ・FAX番号 | 0226-46-2773 |
| ・管理者名 | 大平 博三 |
| ・施設長名 | 大平 博三 |
| ・介護保険指定番号 | 宮城県 指定番号 0453680027 号 |

(3) 介護老人保健施設の目的と運営方針

第1条 介護老人保健施設は、通所リハビリテーションサービスの提供においては、看護、医学的管理の下で、「本人のできることはできる限り本人が行う」事を基本としつつ、①生活機能の低下の危険性を早期に発見し、短期集中的な対応を行う事、②サービス提供は必要な時に比較的短期間に限定して計画的に行う事、③利用者の個別性を重視した効果的なプログラムを用意する事、④改善後の状態維持に努める事、又、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・回復を図り、日常生活自立の為に理学療法、作業療法その他リハビリテーション等のサービスを提供する事で、利用者が可能な限りその家庭において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営む事が出来る様に支援する事を目的としています。

この目的に沿って、当施設では、以下の様な運営の方針を定めていますので、ご理解頂いた上でご利用下さい。

[介護老人保健施設ハイム・メアーズの運営方針]

- ・利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。
- ・明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者や老人保健施設その他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

(4) 敷地及び建物

敷地		9 9 7 3 . 3 5 m ²		
建物	構造	鉄筋コンクリート造3階建（耐火建築）		
	延べ床面積	4 9 1 9 . 4 6 m ²		
設備の種類		数	面積	1人当りの面積
デイケア		1 室	9 7 . 3 5 m ²	4 . 8 7 m ²
レクリエーションルーム		1 室	8 0 . 9 7 m ²	
機能訓練室		1 室	1 1 4 . 9 3 m ²	
一般浴室		1 室	4 7 . 3 3 m ²	
機械浴室		1 室	2 7 . 8 3 m ²	
便所		7 個所(1 F)	11.52 m ² /10.43 m ² /9.13 m ² /5.28 m ² (2)/4.62 m ² /5.52 m ²	

(5) 施設の職員体制

(通所リハビリテーション：人員数)

	職員数	業 務 内 容
・医師	1人以上	利用者の健康管理及び適切な医療処置
・看護職員	1人以上 ※1名老健兼務	利用者の保健衛生並びに看護業務
・介護職員	4人以上	利用者等の日常生活全般にわたる介護業務
・理学療法士	3人以上 ※3名老健兼務	利用者等に対する理学療法
・作業療法士		利用者等に対する作業療法
・管理栄養士	1人以上 ※1名老健兼務	利用者等の栄養指導及び栄養ケアマネジメント
・事務職員	1人以上 ※1名老健兼務	施設の維持管理及び事務処理

(6) 予防介護通所リハビリテーション 定員数から利用者が申込みをしている当該日の通所リハビリテーションサービスの定員数より実通所利用者数を差し引いた数とする。

※利用施設であわせて実施する事業

事業の種類

入所利用 定員 60名（全室個室）

短期入所療養介護 定員 利用者が申込みをしている当該日の介護保健施設サービスの入所者数より実入所者数を差し引いた数

指定年月日 平成18年 4月10日

指定番号 宮城県 第 0453680027 号

2. 利用手続きについて

- (1) ご利用希望日を担当の居宅支援事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）の方へご相談ください。担当者がサービス計画を作成し調整した上でご利用頂けます。又、利用に際して、施設へ来所若しくはご自宅等に訪問し、サービス説明を行います。その際にご利用希望者様の介護保険証を確認させて頂き、当施設より、必要書類（重要事項説明書、申請書）をお渡し致します。又、本人状況の確認、診療情報提供書の作成の依頼を行います。書類提出後、ご利用希望者様が、当施設が提供する介護サービスをご利用可能か、職種間にて検討し決定させて頂きます。

(2)サービス提供が困難な方

- ①要支援状態にない方
- ②緊急な医療が既に必要とされている方
- ③集団生活を送る事が困難と判断される方

(3)実施時間について

(6時間以上7時間未満)

- ・AM9:30～PM4:00
- ・実施日:日曜日、年末年始(12月30日～1月3日)を除く

(4)送迎について

- ・介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、居宅及び施設間の送迎を実施します。
但し、居宅内の移動に関しては家族の責任にて行っていただきますが、例外に関しては別途協議にて行なう事とします。

(5)持ち物について

- ・介護保険被保険者証・健康保険証等(写しでも可)
…初回利用・各種保険証更新時に提出
- ・利用当日の着替え(入浴後、交換する衣類、下着類)・タオル類・爪切り・ヘアブラシ・上靴(履き慣れたもので、滑らないもの)・お薬(昼食時に服用されている分)・常に使用されている杖、車椅子等を必要に応じて準備してください。

3. サービス内容について

(1) 介護保険の基準サービス

- ①施設サービス計画の立案・・・当施設での介護予防通所リハビリテーションは、医師、理学療法士、作業療法士等リハビリスタッフによって作成される介護予防通所リハビリテーション計画、リハビリテーション実施計画書に基づいて、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う。又、各生活行為について、利用者が本来持っている能力を引き出し、在宅生活で実際にその能力が活かされるよう、身体的・精神的な支援等と併せて「運動器の機能向上」、「栄養改善」の選択的サービスを行い、利用者が可能な限り家庭において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営む事が出来るよう支援いたします。介護予防通所リハビリテーションは、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご本人・ご家族様、身元引受人等の希望を十分に取り入れ、又、計画の内容については同意を頂くようになります。
- ②食事・・・嚥下状況・咀嚼機能・疾病状況を考慮した食事を提供いたします。
- ③入浴・・・一般浴槽の他、入浴に介助を要するご利用者には特別浴槽で対応します。但し、利用状況により、身体清拭となる場合もございます。
- ④医学的管理・看護・・・医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者様の状態に照らして適切な医療・看護を行います。
- ⑤介護・・・介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて実施します。
- ⑥機能訓練・・・個人毎の機能訓練計画に基づいた訓練を原則として機能訓練室にて実施しますが、施設内での全ての活動が機能訓練の為のリハビリテーション効果を期待したものです。
- ⑦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。
- ⑧相談援助サービス
- ⑨その他

※これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を頂くものもありますので、具体的にご相談下さい。

(2) 介護保険の基準外サービス

当施設が提供するサービスは介護保険給付対象（基準サービス）が原則ですが、利用者（身元引受人）との合意に基づき、以下のサービスを提供するものとします。

- ①介護保険給付の支給限度額を超えるサービス
- ②特別な食事の提供
- ③教養娯楽費・・・レクリエーションで使用する材料等
- ④オムツ代・・・持ち込みのオムツが不足した際に施設より提供
- ⑤各種証明書等の発行

※これらのサービスについて、その利用料金はすべて実費にてお支払いいただきます。

4. 利用料金について

(1) 《添付資料②》をご覧ください。

(2) 支払方法

- ・サービス利用毎に翌月の10日頃までに、前月分の請求書を発行しますので、その月末までにお支払い下さい。お支払いを頂きますと領収書を発行致します（再発行は致しませんのでご注意下さい）。
- ・お支払いの方法は、会計窓口での現金払いを原則とさせていただきます。
- ・利用料金、減額の申請及び高額介護(居宅支援)サービス費等の制度もございますので、市町村の介護保険担当窓口にてご相談下さい。

5. 協力医療機関について

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力を頂いています。

・協力医療機関

- ・名称 南三陸病院
- ・住所 宮城県本吉郡南三陸町志津川字沼田14番地3
- ・電話番号 0226-46-3646

- ・名称 美希病院
- ・住所 岩手県奥州市前沢古城字丑沢上野100番地
- ・電話番号 0197-56-6111

・協力歯科医療機関

- ・名称 南三陸病院
- ・住所 宮城県本吉郡南三陸町志津川字沼田14番地3
- ・電話番号 0226-46-3646
- ・名称 志津川歯科クリニック
- ・住所 宮城県本吉郡南三陸町志津川字南町203番地7
- ・電話番号 0226-46-5678

6. 施設利用に当たっての留意事項について

①面会

- ・面会時間は午前 10 時～午後 3 時迄とさせていただきます。
- ・面会の際には、事務室前にある面会簿に所定事項の記入をお願いします。

②飲食物の持ち込み・差し入れ

- ・衛生管理及び医学的管理上、問題となる場合がございますので、ご遠慮下さい。

③飲酒

- ・飲酒は禁止させていただきます。但し、施設行事に伴って提供される場合はこの限りではありません。

④喫煙・火気の取り扱い

- ・施設内での喫煙については、健康管理上、禁煙と致します。また、火気の取り扱いについては、火災防止の為、施設敷地内での使用は禁止致します。

⑤設備・備品の利用

- ・設備・備品の利用に当たっては、損傷や汚染等に十分にご注意願います。尚、寝具備品等を著しく破損又は汚染した場合には、修理代又はクリーニング代の実費を申し受ける場合があります。

⑥金銭・貴重品の持ち込み

- ・金銭及び貴重品の施設内への持ち込みは、必要最低限のお小遣い程度にとどめて下さい。
- ・万一、金銭等（小銭も含む）を利用者ご自身でお持ちになる場合は、盗難や紛失に十分にお気を付け願います。尚、この場合、盗難や紛失が発生した場合でも当施設ではその責任を一切負いません。

⑦宗教活動

- ・宗教活動については、信仰の自由を妨げるものではありませんが、騒音等での他の施設利用者の迷惑にならない範囲とさせていただきます。

⑧ペットの持ち込み

- ・ペットの持ち込みについては、ご遠慮下さい。

7. 禁止事項

- ・当事業所では、多くの方に安心してサービスを受けていただくために、事業所内（送迎車両内を含む）での利用者の営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動及び、他の利用者への迷惑となる行為は、禁止させていただきます。

もし、再三の注意にもかかわらず、これらの行為を止めない場合は、利用契約を解除・終了とさせていただきます。

8. 緊急時・事故発生時の対応方法について

- ①当施設は、利用者に対し施設医師の医学的判断により受診が必要と認める場合には、協力医療機関又は、協力歯科医療機関での診察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介護保険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、他の専門的機関を紹介いたします。
- ③前 2 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、当施設は利用者の家族（緊急連絡先）に対して、速やかに連絡を行い、状況報告を行うように致します。
- ④緊急時又事故発生時の内容等については状況等を記録し、再発防止に努めるように致します。

9. 非常防災対策

当施設では、次の様な防災設備の設置と、防災訓練等を実施しています。

- ・ 防災設備 誘導灯、非常警報設備、受電設備、発電機械設備、消火器設備、スプリンクラー設備、屋内消火栓設備、避難器（すべり台）
- ・ 防災訓練 年 2 回

10. 提供するサービスの第三者評価の実施について

当事業所では、第三者機関による評価を受審し、サービスの質の向上や事業の透明性の確保に努めています。

- 第三者評価実施日 : 令和 7 年 3 月 1 1 日
- 実施評価機関名 : NPO 法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会
- 開示状況 : 介護サービス情報公表システム

11. 損害賠償について

・ 当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。また、守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その障害について利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

12. サービス内容に関する相談・苦情について

- ・当施設には利用者からの相談又は苦情に対して事務で対応いたしますのでお気軽にご相談ください。要望や苦情などは、相談担当者が速やかに対応いたします。また、玄関ホールに備え付けられた「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。

・当施設における苦情の受付

電話番号 0 2 2 6 - 4 6 - 2 7 7 2
F a x 0 2 2 6 - 4 6 - 2 7 7 3
担 当 看護師長 梶原 美幸

受け付け時間 9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0

・行政機関その他苦情受付機関

名称 南三陸町保健福祉課 高齢者福祉係
所在地 本吉郡南三陸町志津川字沼田 1 4 番地 3
連絡先 Tel 0 2 2 6 - 4 6 - 3 0 4 1
 Fax 0 2 2 6 - 4 6 - 4 5 8 7
受付 月曜日～金曜日 8 時 30 分～17 時 15 分まで

名称 国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談室
所在地 仙台市青葉区上杉 1 - 2 - 3 自治会館 6 階
連絡先 Tel 0 2 2 - 2 2 2 - 7 7 0 0
 Fax 0 2 2 - 2 2 2 - 7 2 6 0
受付 月曜日～金曜日 9 時～16 時まで

名称 宮城県社会福祉協議会
 福祉サービス利用に関する運営適正化委員会
所在地 仙台市青葉区本町 3 - 1 - 1 (みやぎハートフルセンター)
連絡先 Tel 0 2 2 - 7 1 6 - 9 6 7 4
 Fax 0 2 2 - 7 1 6 - 9 2 9 8
受付 月曜日～金曜日 9 時～17 時まで

※ 迅速かつ円滑に苦情処理を行う為の処理体制・手順について（添付資料①）

- ① 苦情があった場合、相談担当者が利用者やその家族に連絡をとり、必要のある場合は訪問し、事実を確認する。
- ② 苦情がサービス提供に関するものである場合、担当の職員へ事実確認を行う。
- ③ 必要に応じて職員会議を招集し、その結果に基づいた対応を協議する。
会議構成員（施設長・事務長・看護師長・各部署主任）
- ④ 苦情の記録は台帳に保管し、再発の防止に役立てる。

苦 情 処 理 体 制 及 び 手 順

(目的)

入所・短期入所・通所の利用者及びその家族、または来所者等より、当施設の提供する施設サービス・通所リハビリテーションサービスに対する要望又は苦情等の申し出があった場合、迅速かつ適切に対応し、今後の施設運営に反映させることとする。

(要望又は苦情の受付)

要望又は苦情等についての申し出は、担当の事務職員が直接受ける事ができる。又は、施設の窓口に備え付けの用紙、若しくは文書等により所定の場所に設置する「ご意見箱」への投函により申し出を受け付ける事が出来る。

(苦情処理の体制及び手順)

＜対応の手順＞	＜担当者＞	＜実施内容＞
要望又は苦情の受付	事務職員	別に定める「相談・苦情内容報告書」に受付内容を記入する。当事者から詳しく事情を確認する。
対応についての協議	師長 介護支援専門員 支援相談員 各部署の所属長 (施設長含む)	関係部署の所属長と対応について協議し、対応及び処理方法について「相談・苦情内容報告書」に記入し、施設長に提出する。協議の結果、早急に具体的な対応を行う（利用者に説明・謝罪に行く等）。
対応についての指示	施設長	苦情内容の確認と処理方法について必要がある時は指示を行う。
施設運営への反映	事務長	苦情内容と処理方法について、運営会議に報告し、必要があるときは処理方法について協議し、施設運営の改善策を決定する。また、記録を台帳に保管する。

ハイム・メアーズ 介護予防通所リハビリテーション 利用料金表

- ① 基本料金(単位:円) 当施設の基本利用時間は、所要時間6時間以上7時間未満のご利用となります。

	要支援	施設利用料(月額)	食 事 代
一割負担	要支援1	2,268	690
	要支援2	4,228	
二割負担	要支援1	4,536	690
	要支援2	8,456	
三割負担	要支援1	6,804	690
	要支援2	12,684	

- ②加算料金（該当の場合のみ基本料金に加算：単位／月）

項 目	内 容		料 金		
			1割負担	2割負担	3割負担
生活行為向上 リハビリテーション 実施加算	生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識・経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士又は言語聴覚士を配置し、目標や実施頻度・場所・時間等が記載されたリハビリテーション実施計画を作成し、リハビリテーションを提供した場合。また、リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、目標の達成状況を報告している場合。また、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施した場合。		562	1,124	1,686
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症(初老期における認知症と診断された者)利用者を受入れた場合。 受入れた若年性認知症利用者毎に個別の担当者を定めている場合。		240	480	720
利用開始から12 月を越えて利用し た場合の減算	指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を越えた期間に指定介護予防通所リハビリテーションを行う場合。	要支援1	-120	-240	-360
		要支援2	-240	-480	-720
利用開始から12 月を超えて利用し た場合の減算を 行わない基準	※減算を行わない基準となる要件 ・3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催しリハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。 ・利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。		減算なし		
退院時共同指導 加算	病院又は診療所から退院するに当たり、事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導※を行った後に、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合。当該退院につき1回限り。 ※利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅での通所リハビリテーション計画に反映させること。		600/回	1,200/回	1,800/回

項 目	内 容	料 金		
		1割負担	2割負担	3割負担
栄養アセスメント 加算	利用者に対して管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合で、以下の内容のいずれにも適合した場合。 (1) 事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置している場合。 (2) 利用者ごとに医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又はその家族に対して結果を説明し、相談等に必要に応じて対応している場合。 (3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施にあたって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。	50	100	150
栄養改善加算	低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して栄養改善サービスを行い、以下の内容のいずれにも適合した場合。 (1) 事業所の従業者又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置している場合。 (2) 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成している場合。 (3) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行い、栄養状態を定期的に記録している場合。 (4) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価している場合。	200	400	600
口腔・栄養 スクリーニング 加算(Ⅰ)	以下の内容のいずれにも適合している場合。 (1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、利用者の口腔の状態に関する情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合。 (2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い利用者の栄養状態に関する情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合。 ※6月に1回を限度	20/回	40/回	60/回
口腔・栄養 スクリーニング 加算(Ⅱ)	以下の(1)又は(2)のいずれかに適合している場合。 (1) 利用開始日及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、利用者の口腔の状態に関する情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合。 (2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い利用者の栄養状態に関する情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合。 ※6月に1回を限度 ※口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)との併算定は不可	5/回	10/回	15/回
口腔機能向上 加算(Ⅰ)	口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として個別に実施される口腔清掃の指導や実施、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導や実施等口腔機能向上サービスを行った場合で以下のいずれにも適合した場合。 (1) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置している。 (2) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員等が共同して利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成している場合。 (3) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行い、定期的に記録・評価している場合。 (月2回/原則3ヶ月以内)	150	300	450
口腔機能向上 加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算(Ⅰ)の内容に加えて以下の内容に適合した場合。 ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。(月2回/原則3ヶ月以内) ※口腔機能向上加算(Ⅰ)との併算定は不可	160	320	480

項 目	内 容	料 金		
		1割負担	2割負担	3割負担
一体的サービス提供加算	・栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。 ・利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けている。 ・栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。	480	960	1,440
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出し、必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画を見直すなどサービスの提供に当たって厚生労働省に提出した情報その他指定介護予防通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合。	40	80	120
中山間地域等についての特別地域加算	通所事業所の医師等が厚生労働大臣の定める地域に居住している利用者に対して通常の事業の実施地域(旧志津川町)を超えて、指定予防通所リハビリテーションを行った場合、1日に付、所得単位数の100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算。	+5/100		
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) 以下のいずれかに該当した場合。 ①介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 70/100 以上 ②介護職員の総数のうち勤続 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25/100 以上	要支援 1 88	要支援 1 176	要支援 1 264
		要支援 2 176	要支援 2 352	要支援 2 528
	(Ⅱ) 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 50/100 以上	要支援 1 72	要支援 1 144	要支援 1 216
		要支援 2 144	要支援 2 288	要支援 2 432
	(Ⅲ) 以下のいずれかに該当した場合。 ①介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 40/100 以上 ②利用者に直接サービスを提供する職員総数のうち、勤続7年以上を占める割合が 30/100 以上	要支援 1 24	要支援 1 48	要支援 1 72
		要支援 2 48	要支援 2 96	要支援 2 144
介護職員等処遇改善加算	利用者に対し、指定予防通所リハビリテーションを行った場合 (Ⅰ)算定した単位数の86/1000に相当する単位数を所得単位数に加算する。新加算 (Ⅱ) に加え、以下の要件を満たすこと ・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置している	+86/1000		
	(Ⅱ)算定した単位数の83/1000に相当する単位数を所得単位数に加算する。新加算 (Ⅲ) に加え、以下の要件を満たすこと。 ・改善後の賃金年額 440 万円以上が 1 人以上 ・職場環境の更なる改善、見える化	+83/1000		
	(Ⅲ)算定した単位数の66/1000に相当する単位数を所得単位数に加算する。新加算 (Ⅳ) に加え、以下の要件を満たすこと。 ・資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備	+66/1000		
	(Ⅳ)算定した単位数の53/1000に相当する単位数を所得単位数に加算する。以下の要件を満たすこと。 ・加算率の 1/2 以上を月額賃金で配分 ・職場環境の改善 (職場環境等要件) ・賃金体系等の整備及び研修の実施等	+53/1000		

③その他料金(該当の場合のみ加算 / 利用頻度に応じて加算:円)

夕食代	時間延長時に夕食を摂取された場合	690
教養娯楽費	レクリエーションで使用する材料費	実費
支払証明書	領収書を紛失等した際の証明書発行料／1通につき	1,100
オムツ代(1枚当り)	尿取りパット	33
	紙おむつ	168
	リハビリパンツ	204
個人情報等開示手数料 ※身元引受人及びご家族様より徴収する料金	個人情報に関する開示(面会簿・サービス提供の記録等)／1通につき	2,200
	書面での開示(コピー)を請求した場合／1通につき	11

※利用料金は税込表示となっております。

※利用料金の変更については、制度改定に合わせたものとなりますので、ご了承ください。

※利用者(身元引受人)の意向により、介護保険給付外サービスの提供を実施した場合は基本サービス費及び加算にかかる費用は全額自己負担(10割負担)となります。

○ 介護保険サービス費の利用者負担割合について

介護保険サービスを利用する場合には、費用の一定割合を利用者の方にご負担いただくことが必要となります。この利用者負担につきまして、これまでは1割又は一定以上の所得のある方は2割としていましたが、平成30年8月から65歳以上の方で現役並みの所得のある方は3割をご負担いただくこととなります。

・3割負担の対象となる方

本人の合計所得が220万円以上で年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で340万円以上、または2人以上世帯で463万円以上。

・2割負担の対象となる方

本人の合計所得が220万円以上であっても、年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で280万円以上340万円未満、または2人以上世帯で346万円以上463万円未満。

本人の合計所得が160万円以上220万円未満で年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で280万円以上、または2人以上世帯で346万円以上。

・1割負担の対象となる方

本人の合計所得が160万円未満の方、220万円未満の形で年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で280万円未満または2人以上で346万円未満の方。

※要介護・要支援認定を受けた方には、毎年（6～7月頃）に市区町村より負担割合が記された「介護保険負担割合証」が交付されますので当施設へご提出願います。

○ 高額介護サービス費について

利用した介護サービスについて、被保険者が負担する1ヶ月（暦月）あたりの利用者負担額（通常1割）の合計額が一定の上限額を上回った場合には、市区町村役所への申請により上限額を超えた分が払い戻しされる仕組みがありますので、発行された領収書は大切に保管してください。

利用者負担段階区分	上限額（月額）
・生活保護受給者	15,000円（世帯）
・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方	
高齢福祉年金を受給している方、前年の合計所得金額と	15,000円（個人）
公的年金等収入額の合計が80万円以下の方	24,600円（世帯）
・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方	24,600円（世帯）
・世帯内のどなたかが市区町村民税を課税されている方	
課税所得が380万円（年収約770万円）未満の方	44,400円（世帯）
・課税所得が380万円（年収約770万円）から	
690万円（年収約1,160万円）未満の方　＃1	93,000円（世帯）
・課税所得が690万円（年収1,160万円）以上の方　＃1	140,100円（世帯）

＃1）令和3年8月より、負担能力に応じた負担を図る観点から、一定年収以上の高所得者世帯について負担限度額が見直され、新たに新設されました。

※ 高額介護合算療養費制度（年間の医療費・介護サービス費が負担限度額を超えた場合に払戻しをする制度）により医療費・介護サービス費の払い戻しを受けている方は負担上限額に変更はないため、収入や医療・介護サービス費等が同じであれば実質的な負担はこれまでと同額となります。

○ 特定入所者介護サービス費について

施設サービスなどの居住費や食費が利用者の負担となったことにより、所得が少ない方の負担が重くならないよう、所得が一定基準以下の方の利用者負担額に上限を設けた制度です。（この上限となる額を「負担限度額」といいます。） 「施設との契約により定められた利用者負担額」から「負担限度額」を引いた額が、特定入所者介護サービス費として介護保険から支給されます。したがって、サービスを利用する方が実際に負担する金額は、負担限度額となります。

・負担軽減の対象となるのは、利用者負担第1段階～第3段階の次の条件に該当される方です。

利用者負担第1段階	・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で老齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護を受給している方
利用者負担第2段階	・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方
利用者負担第3段階①	・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等収入額の合計が80万円超120万円以下の方
利用者負担第3段階②	・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等の収入額が120万円を超える方
利用者負担第4段階	・上記以外の方

※ 負担限度額の決定は、本人及び同一世帯の方の前年の所得に加え、令和3年8月より在宅で暮らす方との食費・居住費に係る公平性や負担能力に応じた負担を図る観点から見直しが行われ、下記の内容を基に対象となるか判断されております。申請にあたっては通帳の写し等の提出が必要となりますので、詳しくは市区町村の窓口までお問い合わせ願います。

① 世帯が違っていても配偶者が市区町村民税を課税されているかを判断し、課税されている場合は対象外となります。

② 預貯金等の金額を確認し、下記の基準額を超える場合は対象外となります。

利用者負担第2段階 : 単身 650 万円 夫婦 1,650 万円

利用者負担第3段階① : 単身 550 万円 夫婦 1,550 万円

利用者負担第3段階② : 単身 500 万円 夫婦 1,500 万円

※ 施設を利用した際の食費または居住費のいずれか一方でも、基準費用額を超える金額を支払った場合には、特定入所者介護サービス費が支給されず、費用の全額が利用者の負担となりますのでご了承ください。

※ 負担軽減の対象となった場合は「介護保険負担限度額認定証」が交付されますので、当施設へご提出願います。

○ 利用者負担第4段階の方の特例（特例減額措置）

上記の利用者負担第1～3段階に該当しない市区町村民税課税世帯の方でも、下記の要件等を全て満たす場合に限り、食費・居住費の特例減額措置の対象となる場合があります。

- ① 2人以上の市町村民税課税世帯であること
- ② 世帯の年間収入から施設の利用者負担（介護サービスの利用者負担、食費・居住費）の見込額を除いた額が80万円以下であること
- ③ 世帯の預貯金等の額が合計450万円以下であること
- ④ 介護保険施設に入所し、現在補足給付を受けていないこと
- ⑤ 日常生活に供する資産以外に資産がないこと
- ⑥ 介護保険料を滞納していないこと

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 介護老人保健施設ハイム・メアーズ（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日から効力を有します。但し、利用者の身元引受人又は連帯保証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、繰り返し当施設の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。但し、本約款、及び重要事項説明書の改定が行われた場合は新たな本約款等に基づく同意書を提出していただきます。

(施設サービス計画の作成・変更)

第3条 当施設は、当施設の通所リハビリテーション計画作成担当者に、利用者のための介護予防通所リハビリテーション計画を作成する業務を担当させるものとします。介護予防通所リハビリテーション計画は利用者及び身元引受人の希望を十分に取入れたものを作成するとともに介護予防通所リハビリテーションサービスについての説明を行い、同意を得たうえでサービスを提供します。

2 利用者に係る居宅サービス計画（ケアプラン）または介護予防サービス計画が作成されている場合、それに沿った介護予防通所リハビリテーション計画書の作成に努めます。

3 利用者に係る居宅サービス計画（ケアプラン）または介護予防サービス計画が変更された場合若しくは利用者の心身の状況等の変化や利用者及び身元引受人がサービスの計画の変更を希望された場合には、変更の必要があるかどうか調査し、計画変更の必要があると認められた場合には利用者及び身元引受人等と協議して介護予防通所リハビリテーション計画書を変更するものとします。また、変更した場合には利用者及び身元引受人等に対して説明を行い、書面を交付します。

(介護保険の基準サービス)

第4条 当施設は介護保険の基準サービスとして、利用者に対して入浴、排泄、食事等の介助、相談などの精神的ケア、社会生活上の便宜、日常生活の世話、機能訓練（リハビリ）、健康管理及び療養上の世話を提供するものとします。

(介護保険の基準外サービス)

第5条 当施設は利用者及び身元引受人との合意に基づき、介護保険給付の支給限度額を超える介護予防通所リハビリテーションサービスを提供するものとします。

2 前項の他、介護保険給付外サービスとして利用者が選定する特別な食事の提供、オムツ利用費、教養娯楽費、各種証明書発行等を提供します。

3 前2項のサービスについて、その利用料金は利用者及び身元引受人等が負担するものとします。

(身元引受人)

第6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、原則として利用者の扶養家族とします。但し、扶養家族を立てることができない相当の理由がある場合は当施設と協議のうえ取り決めることとします。
- 3 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利用者と連帯して支払う責任を負います。
- 4 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。
- 5 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利用者等に対して、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。
- 6 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7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、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8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することができます。

- ① 利用者が要介護認定において要介護及び要介護又は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 利用者及び身元引受人が、本約款に定める利用料金を2ヶ月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず14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 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、ハラスメント行為や窃盗、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5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9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、《添付資料②》の当施設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10日までに発行し、利用者及び身元引受人（支払い義務が生じる者）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、現金の持参又は指定口座への振込により支払うものとします。なお、上記の支払い方法が困難な場合は、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。
 - 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10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、謄写を求めたときは、原則として、所定様式に記載して頂き、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等を所定の様式に記載して頂き、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の利用者の利益に反するおそれがあると当施設で認める場合は、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に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、利用者及び身元引受人の承諾がある場合に限り、所定様式に記載して頂き、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。

(身体拘束等)

- 第11条 当施設は、原則として利用者に対して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12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《添付資料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り扱いとします。

(緊急時の対応)

第13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応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、当施設における介護予防通所リハビリテーション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、他の専門的機関を紹介します。
- 3 前2項の他、介護予防通所リハビリテーション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。また、指定された者は、緊急時等状況に応じて、第3条4項の規定に基づき、身元引受人と協力することとします。

(事故発生時の対応)

第14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15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、担当介護支援専門員又は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16条 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。

(連帯保証人)

第17条 連帯保証人は本約款から生ずる一切の債務につき、極度額50万円の範囲で利用者及び身元引受人と連帯して履行の責務を負うものとします。

2 連帯保証人は、利用者及び身元引受人と生計を別にした者とし、極度額に相当する金額を弁済する資力を有し、独立した生計を営む成人とします。

3 連帯保証人の記名・押印は、連帯保証人自らが署名し、捺印するものとします。

4 当施設では、連帯保証人に対して、電話等の方法により債務履行の責を含む本人確認を行うものとし、万一債務保証の承諾の確認がとれない場合は、その旨を身元引受人に通知し、新たに利用者負担にかかる同意書の提出を求めるものとします。

(利用規約に定めのない事項)

第18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事こととします。

- ・以上、契約の締結を証する為、本通2通を作成し、利用者、事業者が署名捺印のうえ、各自1通ずつ保有するものとします。

個人情報の利用目的

介護老人保健施設ハイム・メアーズでは、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
 - －サービス利用・休止又は入退所等の管理
 - －会計・経理・利用料請求
 - －体調・服薬管理
 - －事故報告・苦情内容等の記録
 - －当該利用者様への介護・医療サービスの向上
 - －統計データの利用の為

〔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、又はケアマネージャーとの連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －他施設への入居時の情報提供
 - －サービス提供困難時の事業者間の連絡・紹介等
 - －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
 - －緊急時（救急隊等）の情報提供
 - －その他の業務委託（散髪・クリーニング等）
- ・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 及び 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
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料（計画・記録）
 - －広報等への写真の掲載
 - －当施設において行われる実習生・ボランティアへの協力
 - －当施設内において行われる研究発表会等への症例発表
 - －当法人グループ内自己評価
- ・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（介護保険法に基づく実施指導、外部評価等）
 - －当施設外において行われる研究発表会等への症例発表

個人情報使用についての同意書

利用者及びその家族の個人情報の使用については、必要最小限の範囲内で使用することに同意いたします。

1. 個人情報の使用について同意できない事項

例：写真の広報誌等への使用、氏名のネームプレートへの掲示等

2. 使用する事業者の範囲

区分 (サービス)	事業者名	所在地	連絡先
介護予防通所 リハビリテーション	介護老人保健施設 ハイム・メアーズ	本吉郡南三陸町 志津川字袖浜 255 番地	0 2 2 6 - 4 6 - 2 7 7 2
〃	南三陸病院	本吉郡南三陸町 志津川字沼田 14 番地 3	0 2 2 6 - 4 6 - 3 6 4 6
〃	・請求機関…国民健康保険団体連合会(国保連) ・医療機関…(気仙沼市立病院、石巻赤十字病院、美希病院、志津川歯科クリニック等) かかりつけ医…(_____) ・地方公共団体…(宮城県内各保健所(主に気仙沼保健所)、南三陸町、 _____) ・介護サービス事業所／その他 (_____)		

3. 使用する期間

- ・サービスの提供を受けている期間

※但し、法律に則りサービス提供後も 5 年間以内は個人情報を保有します。

4. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当っては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

令和 年 月 日

〈利用者〉住所 _____

氏名 _____ 印 _____

〈身元引受人〉住所 _____

氏名 _____ 印 _____

〈家族代表者〉住所 _____

氏名 _____ 印 _____

<介護老人保健施設 ハイム・メアーズのサービス提供に伴う利用者負担にかかる同意書>

令和 年 月 日

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ

【説明者】

職 種 _____ 氏 名 _____

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ 施設長殿

【利用者】

フリガナ _____
氏 名 _____ 印 _____
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

【身元引受人】

フリガナ _____
氏 名 _____ 印 (続柄 _____)
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

【連帯保証人】 フリガナ

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

連帯保証人は利用者が本約款上施設に対して負担する一切の債務を極度額 _____ 万円の範囲で連帯して支払う責任を負います。

【連帯保証人】 フリガナ

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

連帯保証人は利用者が本約款上施設に対して負担する一切の債務を極度額 _____ 万円の範囲で連帯して支払う責任を負います。

介護老人保健施設ハイム・メアーズの介護予防通所リハビリテーションサービスを利用するにあたり、利用約款に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護老人保健施設ハイム・メアーズの介護予防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の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

記

1. 介護老人保健施設 ハイム・メアーズの諸規定を守り、職員の指示に従います。
2. 使用料等の費用の支払いについては、介護老人保健施設 ハイム・メアーズに対し一切迷惑をかけません。

以上

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ 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 ハイム・メアーズ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、介護予防通所リハビリテーション利用約款を含む重要事項説明書を受領し、これらの内容について担当者より説明を受け、これらを十分に理解したうえで同意します。

令和 年 月 日

< 利用者 >

住 所

氏 名

印

< 身元引受人 >

住 所

氏 名

印

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ施設長殿

【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】

第1連絡先

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

第2連絡先

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

介護予防通所リハビリテーション利用約款 第3条2項による別に定める身元引受人誓約書

令和 年 月 日

< 利用者 >

あ住所 _____

氏 名 _____ 印 _____

< 身元引受人 >

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄 (_____)

電話番号 _____

介護予防通所リハビリテーション利用約款 第3条2項において、身元引受人として扶養家族を立てることができない相当の理由により、別に上記の者を身元引受人として立てることといたします。

また、上記の身元引受人は、下記の誓約内容についてこれらを十分に理解したうえで誓約し、遵守履行いたします。

記

1. 介護予防通所リハビリテーション利用約款第3条2項及び3項を除く各号の要件を十分に理解し、身元引受人としての責務を負います。
2. 身元引受人として、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及びその扶養家族と連帯して責任を負います。

以 上