

# 介護老人保健施設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

## (約款の目的)

### 第1条

介護老人保健施設アヴニール(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を提供し、一方利用者及び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、本約款の目的とします。

## (適用期間)

### 第2条

- 1.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には、新たに同意書を得ることとします。
- 2.利用者は、前項に定める条項の他、本約款・別紙1及び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、利用者の居宅介護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。

## (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、本約款に基づく通所リハビリテーションサービス利用を解除・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利用者の居宅介護サービス計画が作成されている場合には、その計画で定められた利用時間数を満了した場合
- 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サービスの提供を超えると判断された場合
- ④利用者及び扶養者が、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10日間以内に支払われない場合
- ⑤利用者が当施設・当施設の職員又は他の通所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、当施設を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保険施設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、利用者及び扶養者が指定する送付先に対し、前月料金合計額の請求書及び明細書を、毎月5日頃までに送付し、利用者及び扶養者は、その月の28日(土日祝日の場合は翌営業日)に預金口座より引き落とします。
- 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送付先に対して、領収書を送付します。

## (記録)

### 第6条

- 1.当施設は、利用者の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。
- 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)

### 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には、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

- 1.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情報を、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、当施設は、利用者及び扶養者から利用同意書の同意を得た上で行うこととします。
  - 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(地域包括支援センター[介護予防支援事業所])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の学会・研究会等での事例研究発表等。  
なお、この場合、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扱いとします。

(緊急時の対応)

第9条

- 1.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.当施設は、利用者に対し、当施設における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、通所リハビリテーションサービス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、当施設の提供する通所リハビリテーション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、又は備付けの用紙、管理者宛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

- 1.通所リハビリテーション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。

(利用約款に定めない事項)

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】

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)サービスについて

1.介護保険証の確認

ご利用の申し込みにあたり、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サービスの概要

通所リハビリテーションサービスは、要介護者およ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、当施設を一定期間ご利用いただき、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に提供されます。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サービス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サービス計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者(ご家族)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

①介護予防リハビリテーション費

要支援1 1,721円/月

要支援2 3,634円/月

\*運動機器能向上加算 225円/月

\*栄養改善加算 200円/月

\*選択的サービス複数実施加算(上記2項目対象になる方) 480円/月

\*科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 40円/月

\*サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援1 88円/月

要支援2 176円/月

《介護保険負担割合証2割の場合は2倍になります》

《介護保険負担割合証3割の場合は3倍になります》

【介護職員処遇改善加算(Ⅰ)47/1000と

特定処遇改善加算20/1000を乗じます】

【入間市地域区分33/1000を乗じます】

②通所リハビリテーション費(1日あたり)

\*当施設の基本は6時間以上7時間未満の加算になります。

介護度	6時間以上 7時間未満	5時間以上 6時間未満	4時間以上 5時間未満	3時間以上 4時間未満	2時間以上 3時間未満
要介護1	710円	618円	549円	483円	380円
要介護2	844円	733円	637円	561円	436円
要介護3	974円	846円	725円	638円	494円
要介護4	1129円	980円	838円	738円	551円
要介護5	1281円	1112円	950円	836円	608円

*リハビリテーション提供体制加算	24円/日
*サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円/日
*入浴介助加算(Ⅰ)	40円/回
*科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	40円/月
*短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円/日
*認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	240円/日
*栄養改善加算	200円/日
*栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20円/日
* (Ⅱ)	5円/日
*送迎を行わない場合(片道)	47円/片道減額
《介護保険負担割合証2割の場合は2倍になります》	
《介護保険負担割合証3割の場合は3倍になります》	
【介護職員処遇改善加算(Ⅰ)47/1000と 特定処遇改善加算(Ⅱ)17/1000乗じます】	
[入間市地域区分33/1000を乗じます。]	

(2)その他の料金

①食費 昼食 600円

\*原則として食堂でおとりいただきます。尚、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(日用消耗品費、教育娯楽費等)は別途資料をご覧ください。

(3)支払方法

・毎月5日頃までに、前月分の請求書を発行します。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

## 1.施設の概要

## (1)施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設アヴニール
- ・開設年月日 平成9年8月29日
- ・所在地 埼玉県入間市大字二本木1082-1
- ・電話番号 04-2934-6910
- ・ファックス番号 04-2934-6915
- ・管理者 河野 武時
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(1152880029号)

## (2)介護老人保健施設の目的と運営方針

## 【目的】

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。

## 【運営方針】

介護老人保健施設アヴニールの地域に有する公共性・公益性の重要な役割を踏まえて、施設利用者及びご家族に安心・満足・可能性の追求のケアを提供することを運営の基本方針とする。具体的には、下記の事項を職員全員一致で具現化するように全力で取り組む。

## ①利用者処遇

- ・家庭的な雰囲気ですら優しさをもって利用者の生活全般に配慮を図る。
- ・利用者の健康回復には、各職種の有する技能をもって全力で対応するとともに、入浴・食事・排泄等に細心の注意を図る。
- ・利用者の尊厳と人格に添った、真に生きがいのある療養生活の確保に努める。
- ・利用者の家族との連絡を密にとり、現状を把握していただくとともに、相互の理解を深める。

## ②職員処遇

- ・職員は、常にサービスの評価の主体である利用者のことを念頭に置き、自らの職務遂行能力の向上に努め、施設はこれを支援し研修の機会を確保する。

## ③地域との交流

- ・市町村との連携に努め、ボランティアの受け入れに積極的であるとともに、地域の高齢者及びその家族を含めたコミュニティ形成をめざす。

### (3)施設の職員体制

- ・医師 常勤 1
- ・看護職員及び介護職員
  - ①常勤換算にて33人以上を配置し、24人以上の常勤職員を含むものとする。
  - ②看護職員と介護職員は、おおよそ2:5の割合で配置するものとする。
  - ③通所リハビリテーション専属の職員は、看護職員1人を含む常勤換算4人以上とする。
  - ④夜間勤務体制は、看護職員1人、介護職員3人とする。
- ・理学療法士及び作業療法士  
常勤換算 5.1以上
- ・栄養士  
常勤 1
- ・支援相談員  
常勤 3
- ・介護支援専門員  
常勤 1以上
- ・事務職員  
常勤 3 非常勤 2
- ・その他  
必要に応じて配置

### (4)入所定員等

- ・定員 86名 (うち認知症専門棟 39名)
- ・療養室 個室 14室 4人室 18室

### (5)通所定員 40名

## 2.サービス内容

- ①施設サービス計画の立案
- ②通所リハビリテーション計画の立案
- ③食事(食事は原則として食堂でおとりいただきます)  
昼食 12時00分～12時30分
- ④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。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合もあります)
- ⑤医学的管理・看護
- ⑥介護
- ⑦機能訓練(リハビリテーション・レクリエーション)
- ⑧相談援助サービス
- ⑨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、具体的にご相談下さい。

### 3.協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関の協力いただき、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

①名称 原田病院  
住所 入間市豊岡1-13-3

②名称 小林病院  
住所 入間市宮寺2417

#### ・協力歯科医療機関

名称 木下歯科医院  
住所 入間市二本木1085-3

◇なお、緊急の場合は「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

### 4.施設利用にあたっての留意事項

- ・所持品、備品等の持ち込みにつきましては、ご本人又はご家族の管理とさせていただきます。
- ・金銭、貴重品の持ち込みにつきましては紛失・破損等の際、施設では責任を負いかねます。

### 5.非常災害対策

- ・防災設備 消火栓、スプリンクラー、自動火災報知装置、非常通報装置、非常警報装置、避難器具(すべり台)、誘導灯及び誘導標識、防火用水、非常電源
- ・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.要望及び苦情の相談

当施設には支援相談員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 04-2934-6910 支援相談員 尾藤 理穂  
中村 有伽

また、ご要望・苦情等も支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応致します。その他、受付前に備え付けられた『ご意見箱』をご利用ください。尚、内容によっては、市役所及び国民健康保険団体連合会と連絡をとり、解決に努めさせていただきます。

・入間市役所 04-2964-1111  
・埼玉国民健康保険団体連合会 048-824-2537 介護保険課  
048-824-2568 苦情相談専用

令和3年10月1日改訂



# 介護老人保健施設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(契約書)

介護老人保健施設アヴニールを通所利用するにあたり、介護老人保健施設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＞

氏 名

Ⓜ

住 所

＜扶養者及び保証人＞

氏 名

Ⓜ

住 所

介護老人保健施設 アヴニール  
管理者 河野 武時

## 【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3項の緊急時連絡先】

氏 名	( 続柄 )
住 所	
電話番号	( )