

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 アンビションうちこ園（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、利用者及び身元引受人（利用者家族代表）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（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のち、平成24年4月1日以降から効力を有します。但し、身元引受人に変更があつた場合は、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、別紙2及び別紙3の改定が行われぬ限り、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 利用者及び身元引受人は、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扶養者は、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（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
- 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、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（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つた場合、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、所定の方法により交付する。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25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、利用者又は身元引受人の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。

第5条の2 (身元引受人の責任)

身元引受人は、前条1項の利用者及び身元引受人の支払い義務について、根保証債務の極度額を50万円とします。

(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、その完結の日から5年間保存します。

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。但し身元引受人、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身元引受人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、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10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11条 利用者及び身元引受人は、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、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12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13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。

付 則

この利用約款は、平成18年8月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成19年4月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成20年4月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成21年4月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成22年7月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成23年4月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成24年4月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成25年4月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成26年4月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成27年4月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成29年10月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成30年4月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、平成31年4月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、令和2年12月1日より施行する。

付 則

この利用約款の変更は、令和6年6月1日より施行する。

<別紙1>

介護老人保健施設 アンビションうちこ園のご案内
(令和6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 アンビションうちこ園
- ・開設年月日 平成13年10月18日
- ・所在地 愛媛県喜多郡内子町内子 3683 番地
- ・電話番号 0893-59-2211 ファックス番号 0893-44-6350
- ・管理者名 施設長 中川 晃
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (3857780559 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、(介護予防短期入所療養介護)や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)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 アンビションうちこ園の理念及び運営方針]

理念 高齢者の自立支援と家庭復帰を目指し、「まごころ」と「思いやり」を信条とし、総合的介護の提供を行う。

運営方針 白壁の町並みと内子座、歴史が漂う町、内子町を見下ろす高台に位置し、閑静で自然のやさしい息づかいが漂う環境の中で、「安心して、健やかに」をキャッチフレーズに、

1. 自分で食べることを大切にした食事ケア
2. いつでも、必要なときに行える排泄ケア
3. ゆっくり、ゆったりの入浴ケア

を積極的に支援し、楽しい生活の場(オアシス)を追求した施設運営を心掛け、医師の管理下、機能回復訓練を重視し、日常生活の能力を可能な限り維持、回復できるように看護、介護サービスを提供し、施設利用者を通して積極的な地域密着型の介護老人保健施設を目指します。

(3) 施設の職員体制

	常 勤	非常勤	夜 間	業務内容
・医 師	1			日常的な医学的対応を行う
・看護職員		2		医師の指示に基づき療養者の看護を行う
・薬剤師		1		医師の指導に基づき調剤、薬剤の管理を行う
・介護職員	9	1		施設サービス計画に基づき介護を行う
・支援相談員	1			利用者及びその家族からの相談に応ずる
・理学療法士		2		医師や看護師等と共同して、リハビリテーションプログラムを作成するとともに機能訓練の実施に際し指導を行う
・作業療法士		2		
・言語聴覚士				
・管理栄養士	1			栄養ケア等の栄養状態の管理を行う
・事務職員	2			施設運営に必要な事務を行う

(4) 入所定員等 ・定員 80名(うち認知症専門棟 40名)

- ・療養室 個室：10室、2人室：9室、4人室：13室

(5) 通所定員 48名

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（介護予防短期入所療養介護）計画の立案
- ③ 通所リハビリテーション（介護予防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。）
 昼食 12時00分～13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。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
- 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 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）
- ⑬ 行政手続代行
- ⑭ 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 1 ・ 名 称 加戸病院（内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、外科、消化器外科、 肛門外科、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科）
 住 所 喜多郡内子町内子 771 番地
- 2 ・ 名 称 八幡浜市立総合病院 総合科
 住 所 八幡浜市大平 1 番耕地 638 番地
- ・ 協力歯科医療機関 ・ 名 称 武岡歯科医院
 住 所 喜多郡内子町内子 2545 番地

◇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。

- ・ 館内は原則的に禁煙とします。飲酒はできません。喫煙を許可された場合は、療養上及び防災 上の問題から、必ず施設長に申し出た上で、指定された場所で行ってください。なお、ライター等火気類の管理は職員が行います。
- ・ 火気の取扱いは厳禁とします。マッチ・ライター等の持ち込みも禁止します。
- ・ 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みは、持ち物に油性マジックで記名してください。持込みされた所持品については、個人の責任において管理して下さい。施設の過失以外で紛失されたとしても、施設は一切の責任を負いません。
- ・ 金銭・貴重品の管理は原則として行いません。高額の金銭等を持ち込む必要はありません。持ち込む場合は、利用者自らが管理可能な額でお願いします。どうしても必要な場合は事務所で代行しますので申し出ください。

- ・ 施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
- ・ ペットの持ち込みは、お断りします。
- ・ 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。
- ・ 他利用者への迷惑行為は禁止します。

5. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災通報設備、誘導灯及び誘導標識
- ・ 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. 要望及び苦情等の相談

通所リハビリ統括責任者 高岡 雄太

受付時間 9時から17時（月曜～金曜日）

電話 0893-59-2211 FAX 0893-44-6350

要望や苦情などは、うちこ園職員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、玄関ホールに備えつけられた「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。また、次の国保連合会および市町においても介護保健サービスの苦情相談を申し立てることが出来ます。

愛媛県国民健康保険団体連合会 受付時間 9時から17時（月曜～金曜日）

電話 089-968-8800（代表） FAX 089-965-3800

内子町役場保健福祉課 受付時間 8時30分から17時15分（月曜～金曜日）

電話 0893-44-6154 FAX 0893-44-4116

大洲市役所高齢福祉課 受付時間 8時30分から17時15分（月曜～金曜日）

電話 0893-24-1714 FAX 0893-24-0961

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。

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）について

(令和6年6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（介護予防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（介護予防通所リハビリテーション）については、要介護者（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス（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提供されます。このサービスを提供するにあつては、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（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、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。

なお、介護予防通所リハビリテーション）について、当施設の利用は、

要支援1 原則として週1回の利用

要支援2 原則として週2回の利用 とさせていただきます。

なお、通所リハビリテーションの利用定員数は、介護予防通所リハビリテーションの利用定員をふくめて、営業日1日当たり48人となっていますため、介護度の高い方を優先させていただいています。その為、その日の利用人数の関係上、ご利用日の変更をしていただく場合や、ご利用なれない場合がありますので、当施設の利用に際してご理解をお願いいたします。

3. 利用料金

(1) 通所リハビリテーションの基本料金

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（1割）です。負担割合証に応じて、1割～3割のご負担です）

大規模型〔1時間以上2時間未満〕

・要介護1	357円
・要介護2	388円
・要介護3	415円
・要介護4	445円
・要介護5	475円

大規模型〔2時間以上3時間未満〕

・要介護1	372円
・要介護2	427円
・要介護3	482円
・要介護4	536円
・要介護5	591円

大規模型〔3時間以上4時間未満〕

・要介護1	470円
・要介護2	547円
・要介護3	623円
・要介護4	719円
・要介護5	816円

大規模型 [4時間以上5時間未満]

・要介護1	5 2 5 円
・要介護2	6 1 1 円
・要介護3	6 9 6 円
・要介護4	8 0 5 円
・要介護5	9 1 2 円

大規模型 [5時間以上6時間未満]

・要介護1	5 8 4 円
・要介護2	6 9 2 円
・要介護3	8 0 0 円
・要介護4	9 2 9 円
・要介護5	1, 0 5 3 円

大規模型 [6時間以上7時間未満]

・要介護1	6 7 5 円
・要介護2	8 0 2 円
・要介護3	9 2 6 円
・要介護4	1, 0 7 7 円
・要介護5	1, 2 2 4 円

大規模型 [7時間以上8時間未満]

・要介護1	7 1 4 円
・要介護2	8 4 7 円
・要介護3	9 8 3 円
・要介護4	1, 1 4 0 円
・要介護5	1, 3 0 0 円

② 7時間以上8時間未満の前後の延長サービス:

1時間: 50円 2時間: 100円 3時間: 150円 4時間: 200円

③ 入浴介助加算 (I): 40円 (II): 60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。

④ リハビリテーションマネジメント加算	イ	開始から6ヶ月以内: 560円/月 開始から6ヶ月超: 240円/月
リハビリテーションマネジメント加算	ロ	開始から6ヶ月以内: 593円/月 開始から6ヶ月超: 273円/月
リハビリテーションマネジメント加算	ハ	開始から6ヶ月以内: 793円/月 開始から6ヶ月超: 473円/月

⑤ リハビリテーション提供体制加算	所要時間3時間以上4時間未満: 12円 所要時間4時間以上5時間未満: 16円 所要時間5時間以上6時間未満: 20円 所要時間6時間以上7時間未満: 24円 所要時間7時間以上: 28円
-------------------	--

⑥ サービス提供体制強化加算 (I) 22円/回 (II) 18円/回 (III) 6円/回

⑦ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 退院日又は認定日から3ヶ月以内: 110円/回

⑧ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I) 開始から3ヶ月以内: 240円/日

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II) 開始月から3ヶ月以内: 1,920円/月

⑨ 生活行為向上リハビリテーション実施加算 開始月から6ヶ月以内: 1,250円/月

- ⑩ 若年性認知症利用者受入加算： 60円/日
- ⑪ 移行支援加算 12円/日
- ⑫ 中重度ケア体制加算： 20円/日
※要介護3以上の利用者数が一定以上に達すると算定されます。
- ⑬ 重度療養管理加算： 100円/日
- ⑭ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20円/回 （Ⅱ） 5円/回
- ⑮ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150円/回 （Ⅱ）イ 155円/回 （Ⅱ）ロ 160円/回
- ⑯ 栄養アセスメント加算： 50円/月
- ⑰ 栄養改善加算： 200円/回
- ⑱ 科学的介護推進体制加算： 40円/月
- ⑲ 送迎を実施しない場合の減算： 所定単位数から片道につき47円を減算
- ⑳ 退院時共同指導加算： 600円/回

(2) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金

施設利用料（要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は1月当たりの自己負担分（1割）です。負担割合証に応じて、1割～3割のご負担です）

- ① ・要支援1 2,268円
・要支援2 4,228円
- ② 生活行為向上リハビリテーション実施加算 562円/月
- ③ 栄養改善加算 200円/月
- ④ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150円/月 （Ⅱ） 160円/月
- ⑤ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援1：88円 要支援2：176円
（Ⅱ）要支援1：72円 要支援2：144円
（Ⅲ）要支援1：24円 要支援2：48円
- ⑥ 若年性認知症利用者受入加算 240円/月
- ⑦ 利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合に、所定単位数から1月につき、要支援1：20円、要支援2：40円を減算
- ⑧ 科学的介護推進体制加算 40円/月
- ⑨ 一体的サービス提供加算 480円/月

(3) 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）：所定単位数に8.6%を乗じた金額

(4) その他の料金

- ① 食費 昼食 530円 （昼食：479円 おやつ代：51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 送迎代（通常の事業の実施地域を越えた地点から起算して）片道1キロメートルにつき50円
- ③ 基本時間外施設利用料：1時間当たり1,000円
- ④ おむつ代：実費
※利用者の身体の状況により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

(5) 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、その月の25日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。（施設の実状に合わせて利用日毎に精算する方法としても可）
- ・ お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。利用申込み時にお選びください。

個人情報の利用目的

(令和6年6月1日現在)

介護老人保健施設 アンビションうちこ園では、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

2. ご希望の確認

- ① 荷物置き場、風呂場、靴置き場等における氏名の掲示を望まない場合には、お申し出下さい。ただし、事故防止・安全確保のためには、氏名の掲示が望ましいです。
- ② 電話あるいは面会者からの、問い合わせへの回答を望まない場合には、お申し出下さい。
- ③ 当施設の広報誌「陽だまり」において、行事・作品・利用者等の写真・記事及び紹介等の掲載を望まない場合には、お申し出下さい

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

介護老人保健施設 アンビションうちこ園の施設（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。

記

1. 介護老人保健施設アンビションうちこ園の諸規程を守り、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、利用者本人は全額支払い義務を負います。身元引受人（利用者家族代表）は50万円を限度に支払い義務を負います。介護老人保健施設アンビションうちこ園に対し一切迷惑をかけません。

以上

令和 年 月 日

〈利用者本人〉

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印 連絡先 _____

(署名代筆者) 私は本人の意思を確認し、本人に代わり上記署名を致しました。
署名代筆事由(_____) 利用者との続柄(_____)

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印 連絡先 _____

(身元引受人:利用者家族代表)

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印 連絡先 _____

介護老人保健施設 アンビションうちこ園
施設長 中川 晃 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 _____) 連絡先 _____
・住 所	_____

【本約款第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

・氏 名	(続柄 _____) 連絡先 _____
・住 所	_____