

## 介護老人保健施設通所リハビリテーション利用契約書

介護老人保健施設サンライズ名和（以下「当施設」と言います）と、要介護状態及び要支援状態（介護予防給付対象の要支援1・要支援2）と認定された利用者（以下単に「利用者」と言います）、代理人（家族もしくは利用者の身元を保証できる者）は、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含む）利用に関して、以下の条項に基づいて本契約を締結します。

### （契約の目的）

第1条 本契約の目的は、要介護状態及び要支援状態（介護予防給付対象の要支援1・要支援2）状態と認定された利用者が、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することを目的とします。

### （当施設の義務）

第2条 当施設は、前条の目的を達成するために、利用者に対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含む）利用サービスを提供します。

### （利用者及び代理人の義務）

第3条 利用者および代理人は、本契約に定められた義務を果たすとともに、前条の対価として本契約によって定められた利用料を、連帯して支払います。

- 2 利用者並びに代理人は本契約締結に当たって、「介護老人保健施設通所リハビリ利用同意書」を提出しなければなりません。
- 3 本契約が効力を有した後において代理人が欠けた場合は、新たな代理人を定めたいえ、新代理人は新たに前項の同意書を提出しなければなりません。
- 4 本契約が効力を有した後において代理人に変更があった場合は、変更後の代理人は新たに同意書を提出しなくてはなりません。
- 5 利用者および代理人は、本契約の遂行に影響を及ぼすことが予想される身体および精神上の疾病および障害に関する情報を当施設にあらかじめ知らせなければなりません。
- 6 利用者は、前項に定める事項の他、本契約、別紙1、別紙2及び別紙3の改定が行われない限り、途中一時的に利用をされない場合が生じたとしても、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し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。

### （契約発効条件）

第4条 本契約は、利用者および代理人が「介護老人保健施設通所リハビリ利用同意書」を当施設に提出することを条件として、効力を有することとなります。

### （利用者及び代理人からの解除）

第5条 利用者及び代理人は、当施設の利用中止の意思表示をする等の方法によって、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、いつでも本契約を解除することができます。

- 2 代理人は利用者の意思に反して前項の解除をすることはできません。但し、代理人が成年後見人として利用者の法定代理権を有する場合は、利用者の意思に反する場合でも解除ができます。

- 3 なお、この場合利用者及び代理人は、遅滞なく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。同連絡が遅れた場合に当施設に発生した費用については負担していただきます。
- 4 利用者及び代理人が正当な理由なく、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、原則として、基本料金及びその他ご利用いただいた費用についてはお支払いいただきます。

(当施設からの解除)

第6条 当施設は、次に掲げる場合には、本契約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 利用者及び代理人が、本契約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、当施設が予定している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 利用者又は代理人が、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。また、その恐れが発生した場合。
- 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
- ⑦ その他、利用者ないしは代理人が本契約各条項に違反し、その違反が相互の信頼関係を損なうほどに至った場合。

(利用料金)

第7条 利用者及び代理人は、連帯して、当施設に対し、本契約に基づく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、当施設の経済及び経営条件の変動があった場合、当施設は上記利用料金を変更することができます。

- 2 当施設は、利用者及び代理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。利用者及び代理人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の15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、利用者又は代理人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は代理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。
- 4 利用者及び代理人が利用料の支払いを期限内に行わなかった場合、年10%の割合による遅延損害金の支払いをしなければならない。

(記録)

第8条 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(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、代理人その他の者に対しては、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9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。

(虐待の防止等)

第10条 当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、指針を定め、委員会の設置や定期的な研修等防止体制を整備します。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第10条 当施設とその職員は、当施設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代理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11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、利用者及び代理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12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代理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13条 利用者及び代理人は、当施設の提供する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14条 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、利用者及び代理人は、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15条 この契約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、利用者又は代理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。

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者及び代理人、当施設が署名押印のうえ、各自1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 : 令和 年 月 日

施設

〈住所〉 鳥取県西伯郡大山町富長750-3

〈施設名〉 介護老人保健施設サンライズ名和  
指定番号：3151580085

〈代表者名〉 施設長 来海 秀和 印

利用者

〈住所〉

〈氏名〉 印

代理人

〈住所〉

〈氏名〉 印

介護老人保健施設サンライズ名和 通所利用 重要事項説明書  
(令和7年12月1日現在)

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口及び苦情相談窓口

- 連絡先 : 介護老人保健施設サンライズ名和  
(電話 : 0859-54-3232)
- 担当者 : 加藤 淳美 (介護支援専門員、作業療法士)  
谷口 睦子 (介護支援専門員、支援相談員)
- 受付時間 : 午前8時30分～午後5時00分  
※時間外においても施設職員が承ります

2. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設サンライズ名和
- ・開設年月日 平成5年8月17日
- ・所在地 鳥取県西伯郡大山町富長750-3
- ・電話番号 0859-54-3232 ファックス番号 0859-54-3212
- ・管理者名 来海 秀和
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (3151580085)

(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、短期入所療養介護や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。

[介護老人保健施設サンライズ名和の運営方針]

- ① 入所・通所療養者の自発性を促し、精神的・身体的自立を支援し家庭復帰を目指します。
- ② 機能回復システムを充実させ、入所・通所療養者の要望に応じます。
- ③ 明るく、温かい家庭的な施設を目指し、行政・民間の参加をいただき、地域に密着した運営を行います。
- ④ 在宅の寝たきり高齢者等の介護者に対し、在宅介護に関する相談に応じ、積極的にこれを支援し、センター的役割を果たすことを目指します。

(3) 施設の職員体制

	常 勤	非常 勤	夜 間	業務内容
・医 師	1名	2名	対応可	診察・健康管理・保健衛生指導
・看護職員	6名		対応	診療補助及び保健衛生指導
・介護職員	16名		対応	日常生活の介護、援助
・支援相談員	1名			相談業務及び事務業務
・理学療法士・作業療法士	2名			機能訓練及びADL指導、援助
・栄養士・管理栄養士	1名			栄養管理・指導
・介護支援専門員	1名			ケアプラン作成等・相談業務
・調理師	3名			調理業務
・その他				

- (4) 入所定員等 ・定員 60名  
 (介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護を含む)  
 ・療養室 個室：3室、 2人室：5室、 3人室：1室、 4人室：11室

- (5) 通所定員 10名 (介護予防通所リハビリ対象者も含む) / 1日の定員

3. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案 (3ヶ月毎に見直し 変化あれば随時)
- 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 8時 ～ 9時  
 昼食 12時 ～ 13時  
 夕食 17時30分 ～ 18時30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
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 栄養管理
- ⑪ 理容サービス (原則月1回実施します。)
- 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。

#### 4. 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 社会医療法人 仁厚会 米子東病院
  - ・ 住 所 鳥取県米子市淀江町佐陀 2169
- ・ 協力歯科医療機関
  - ・ 名 称 国谷歯科医院
  - ・ 住 所 鳥取県西伯郡大山町御来屋 164

#### ◇ 緊急時の連絡先

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。

#### 5. 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為、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。
- ・ 面会： 原則として朝8時30分～21時迄でお願い致します。  
(防犯管理上、夜は20時で入り口を閉鎖させていただきます。)
- ・ 外出・外泊： 外出、外泊の際は、事前に職員へご連絡ください。
- ・ 飲酒・喫煙： 原則として、飲酒・喫煙は禁止とさせていただきます。
- ・ 火気の取扱い： 施設内での火気の使用は禁止いたします。
- ・ 設備・備品の利用： 設備・備品の持ち出しは禁止いたします。
- ・ 所持品・備品等の持ち込み： 持ち物には名前を書いてください。生活に必要なものに限らせていただきます。原則として高価なもの、貴重品の持ち込みはご遠慮願います。(但し、生活に必要と思われるものについてのみ可といたします)
- ・ 金銭・貴重品の管理： お預り金(お小遣い程度の金額)については、当施設が管理いたします。貴重品は本人及び代理人の責任のもと管理して下さい。貴重品をお持ちの場合は必ず職員へお申し出下さい。(お申し出なく紛失された場合には当施設は責任を持ちません)
- ・ 外泊時等の施設外での受診： 施設入所中の方で、緊急時やむを得ず施設外で受診される場合は、必ず施設入所中であることをお申し出下さい。また、当施設へのご連絡もお願い致します。緊急時何かありましたら当施設へご連絡ください。
- ・ ペットの持ち込み： 原則としてペットの持ち込みは禁止いたします。

#### 6. 非常災害対策、感染症対策

- ・ 業務継続計画(BCP)に基づいて非常災害や感染症に対して対策を行います。
- ・ 感染症のまん延状況により面会制限や自粛をお願いすることがあります。
- ・ 防災設備としてスプリンクラー、消火器、消火栓、避難スロープ、避難階段、非常通報装置を設置しています。
- ・ 防災時の対応については、防災・火災訓練を年2回行います。

## 7. 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。

## 8. 身体拘束等

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。

## 9. 虐待の防止等

当施設は、利用者の人権擁護や虐待防止のため、指針を定め、委員会設置や定期的な研修等防止体制を整備します。サービス提供時に虐待事案が発生した場合、速やかに行政機関に報告し、利用者に対し必要な措置を行います。

## 10. 秘密の保持及び個人情報の保護

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代理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。

### 11. 緊急時の対応

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、当施設における介護保健施設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、利用者及び代理人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

### 12. 事故発生の防止及び発生時の対応

当施設は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。また、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。

### 13. 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。

要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、施設に備えつけられた「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。

なお、公共の窓口として

鳥取県国民健康保険団体連合会（電話０８５７－２０－３６８４）

大山町長寿支援課（電話０８５９－５４－５２０７）

### 1 3. 賠償責任

- 1 介護保健施設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、利用者及び代理人は、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。

### 1 4. 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についての主な内容

### (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及び介護予防支援計画に基づき、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たっては、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計画が作成されますが、その際、利用者・代理人（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日あたりの自己負担分です

\*施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護度によって利用料が異なります。要支援者に対しては予防給付対象となり1ヶ月の定額制となります。）

#### ◎通所リハビリテーション費

所要時間 1時間以上2時間未満

・要介護1	369円
・要介護2	398円
・要介護3	429円
・要介護4	458円
・要介護5	491円

所要時間 2時間以上3時間未満

・要介護1	383円
・要介護2	439円
・要介護3	498円
・要介護4	555円
・要介護5	612円

所要時間 3時間以上4時間未満

・要介護1	486円
・要介護2	565円
・要介護3	643円
・要介護4	743円
・要介護5	842円

所要時間	4時間以上5時間未満	
・要介護1		553円
・要介護2		642円
・要介護3		730円
・要介護4		844円
・要介護5		957円

所要時間	5時間以上～6時間未満	
・要介護1		622円
・要介護2		738円
・要介護3		852円
・要介護4		987円
・要介護5		1120円

所要時間	6時間以上～7時間未満	
・要介護1		715円
・要介護2		850円
・要介護3		981円
・要介護4		1137円
・要介護5		1290円

所要時間	7時間以上～8時間未満	
・要介護1		762円
・要介護2		903円
・要介護3		1046円
・要介護4		1215円
・要介護5		1379円

○介護職員処遇改善加算（Ⅲ）が加算されます。

《（基本サービス費＋各種加算）× 6.6%》

○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／日

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。

○科学的介護推進体制加算 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

利用者に対し退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に個別リハビリテーションを集中的に行なった場合に算定されます。

- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 240円/日  
 認知症であり医師が判断した利用者に対し退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に個別リハビリテーションを集中的に行なった場合に算定されます。
- リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 593円/月（開始月から6月以内）  
 〃 273円/月（開始月から6月超）  
 リハビリテーション実施計画に基づき、通所リハビリテーションを行なうとともに指定居宅介護支援事業所ならびに居宅サービス事業所との連携をとりながら、実施した場合に算定されます。
- 口腔機能向上加算（Ⅱ） イ 155円/回 ロ 160円/回  
 口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスを行なった場合に算定されます。（月2回を限度とする）
- 移行支援加算 12円/日
- 栄養改善加算 200円/回  
 栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを行った場合に算定されます。（月2回を限度とする）
- 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20円/回  
 栄養状態について確認を行ない、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合に算定されます。（利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに1回を限度とする）
- 退院時共同指導加算 600円/回
- ◎予防通所リハビリテーション費
- ・要支援1 2268円/月
  - ・要支援2 4228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
- 継続減算  
 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  
 （要支援1 120円/月 要支援2 240円/月）減算となります。
- 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）  
 ≪（基本サービス費＋各種加算）×6.6%≫

○科学的介護推進体制加算 40円/月

○口腔機能向上加算 160円/月  
口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスを行なった場合に算定されます。(月2回を限度として算定)

○栄養改善加算 200円/月  
栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを行った場合に算定されます。

○一体的サービス提供加算 480円/月

○退院時共同指導加算 600円/回

## ②その他の料金

○食費 昼食 750円  
※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。

○おやつ代 150円  
施設で提供するおやつのみを希望されお召し上がりの場合お支払いいただきます。

○日常生活品費 100円/日  
石鹸・シャンプー・バスタオル・タオル等のご利用にかかる費用になります。  
施設でご準備させていただきます。

○事務手数料 300円/月

○行事費 小旅行や観劇等の費用で参加された場合にお支払いいただきます。

○おむつ代 実費  
※利用者の身体の状態により、おむつの利用が必要な場合、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。

## (4) 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15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、口座振替の3方法があります。  
利用申込み時にお選びください。

## 個人情報利用目的

(令 7 年 1 2 月 1 日現在)

介護老人保健施設サンライズ名和では、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

# 介護老人保健施設通所リハビリ利用同意書

介護老人保健施設サンライズ名和通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設入所利用契約及び別紙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。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所  
氏 名

印

<代理人>

住 所  
氏 名

印

介護老人保健施設サンライズ名和  
施設長 来海 秀和 様

## 【本契約第7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	

## 【本契約第11条2項緊急時及び第12条3項事故発生時の連絡先】

・氏 名	(続柄 )
・電話番号	
・氏 名	(続柄 )
・電話番号	