

西暦 年 月 日

公益財団法人 慈愛会 いづろ今村病院
通所リハビリテーション ウェルネスじあい

「(予防) 通所リハビリテーション」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(第 4610119739 号)

ご利用者_____様

重要事項説明書〔利用約款〕

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）

（約款の目的）

第1条 公益財団法人慈愛会いづろ今村病院「ウェルネスじあい」（以下「事業所」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たっては、要支援状態）と認定された利用者（以下「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出来るように、一定期間、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、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」という。）は、当事業所に対し、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。

（適応期間）

第2条

- 1 本約款は、利用者が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）利用同意書を事業所に提出した後、令和3年4月1日以降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、別紙2及び別紙3の改定が行われな限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当事業所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）利用することができるものとします。

（サービス提供日及びサービス提供時間）

第3条 事業所のサービス日及びサービス提供時間は以下のとおりとする。

- （1）営業日は月曜日から金曜日までとする。但し祭日、12月31日から1月3日までを除く
- （2）営業時間はサービス提供日の8時30分から17時30分とする。
- （3）サービス提供時間は9時から12時10分、13時20分から16時30分とする。
- （4）サービス提供日の変更について
 - ・サービス提供日が祝日の場合、曜日の変更をすることができる。

（利用者からの解除）

第4条 利用者及び扶養者は、当事業所に対し、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、速やかに当事業所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）実施期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のご利用いただいた費用を事業所にお支払いいただきます。

(当事業所からの解除)

第5条 当事業所は、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（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 利用者及び扶養者が、本約款に定める利用料金を2ヶ月以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず10日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、当事業所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 利用者又は、扶養者が、当事業所、当事業所の職員又は他の利用者に対して、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 利用者又は、扶養者が、当事業所、当事業所の職員又は他の利用者に対して以下のハラスメント行為を行なった場合（身体的な力を使って危害を及ぼすといった身体的暴力、個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたりおとしめたりするといった精神的暴力、意に添わない性的誘いかけ・好意的態度の要求等・性的ないやがらせといったセクシャルハラスメント、妊娠・出産・育児休業等に対するマタニティハラスメント）
- 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利用されることができない場合

(利用料金)

第6条

- 1 利用者及び扶養者は、連帯して、当事業所に対し、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1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金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金額を支払う義務があります。但し、当事業所は、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 当事業所は、利用者及び扶養者が指定する送付先に対し、前月料金の合計金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。利用者及び扶養者は、連帯して、当事業所に対し、当該合計額をその月の月末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 当事業所は、利用者及び扶養者から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときには、利用者又は扶養者の指定するものに対して、領収書を所定の方法により交付します。

(記録)

第7条

- 1 当事業所は、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、その記録を利用終了後5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 当事業所は、利用者が前項の記録閲覧、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。
- 3 コピーを求めた場合には、別途料金が発生いたします。

（身体拘束等）

第8条 当事業所は、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、管理者が判断し、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、当事業所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記録に記載するものとします。

（秘密の保持及び個人情報の保護）

第9条

- 1 当事業所とその職員は、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、扶養者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、介護保険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医師への連絡等
 - ⑤ 生命・身体の保護のために必要な場合（災害時における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10条

- 1 緊急時は生命を最優先し、事業所医師が対処します。医学的判断により直ちに対診が必要と認める場合は、専門医療機関での診療を依頼します。
- 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、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。
- 3 通所利用時間が、1/2 を超える場合には、利用料金が全額自己負担となります。

（事故発生時の対応）

第11条

- 1 サービス提供等により事故が発生した場合、当事業所は、利用者に対し必要な処置を講じます。
- 2 事業所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、専門医療機関、他の専門医療機関での診療を依頼します。

- 3 前2項のほか、当事業所は、利用者の家族等利用者又は扶養者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し出)

第12条 利用者及び扶養者は、当事業所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ます。また、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13条

- 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）の提供に伴って当事業所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、当事業所は、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、当事業所が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、連帯して、その損害を賠償するものとする。

(感染症・災害に対して)

第14条 感染症対策のため、委員会の開催、指針の整備、研修参加、訓練（シミュレーション）を実施します。また、災害に対しては計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）を実施します。

(利用約款に定めない事項)

第15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、扶養者と当事業所が誠意を持って協議して定めることとします。

(学生実習について)

第16条 当通所リハビリテーションが所属するいづろ今村病院では、次世代を担う優れた医療福祉人材の育成のために、学生実習を受け入れ、専門の研修を受けた職員が指導に当たっています。それに伴い、実習、研修の一環として通所リハビリテーション時に学生が同席させて頂く場合がございます。ご理解ご協力頂きますようよろしくお願いいたします。

同席に同意希望されない場合は、担当職員へお申し出ください。なお、その事により利用者に不利益が生じる事は有りません。

〈別紙 1〉

公益財団法人慈愛会いづろ今村病院通所リハビリテーションのご案内
(令和 6 年 6 月 1 日現在)

1、施設概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 : 公益財団法人 慈愛会いづろ今村病院
通所リハビリテーション 「ウェルネスじあい」
- ・開設年月日 : 平成 26 年 12 月 1 日
- ・所在地 : 鹿児島市堀江町 3 番 3 号
- ・電話番号 : 099-226-5206
- ・ファックス番号 : 099-226-5208
- ・管理者名 : 長野 真二郎
- ・介護保険指定番号 : 「4610119739」

(2) 通所リハビリテーションの目的と運営方針

事業所では、指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーション）計画に基づいて、理学療法、作業療法、及び言語聴覚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り、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことが出来るよう在宅ケアの支援に努める。

通所リハビリテーションを提供する事業所は、介護支援専門員や各指定居宅サービス事業所の担当者等がリハビリテーション会議の場に参画し、リハビリテーションの観点から利用者主体の日常生活に着目した支援方針や目標、計画を共有出来るよう努める。

- ① 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れのある等緊急やむを得ない場合以外は、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
- ② 事業所は、いづろ今村病院が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることが出来るように努める。
- ③ 事業所は、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- ④ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者または、その家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は、説明を行うと共に利用者の同意を得て実施するように努めます。
- ⑤ 利用者の個人情報の保護は、「個人情報の保護に関する法律」に基づく「医療・介護関係事業所における」ガイダンスに則り、事業所が得た利用者の個人情報については、事業所での介護サービスの提供にかかる以外の利用は、原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。

(3) 事業所の職員体制

	常勤	非常勤
医師（管理者と兼務）	1 名	
看護職員		1 名以上
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1 名以上	
介護職員	1 名以上	

〔従業者の職務内容〕

- ① 管理者ならびに管理者代行は通所リハビリテーションに携わる従業員の総括管理、指導を行う。
- ② 医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
- ③ 看護職員は医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画に基づく看護を行う。
- ④ 介護職員は利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画に基づく介護を行う。
- ⑤ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は医師や看護師等と協同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し指導を行う。

(4) 所定定員 午前 16 名 午後 16 名 （1 単位 16 名 1 日 2 単位）

2、サービス内容

- 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）計画の立案
- ② 医学的管理・看護
- ③ 介護
- ④ リハビリテーション
- ⑤ 口腔機能の改善・向上サービス
- ⑥ その他自立への支援
 - ・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）計画に基づき実施します。
- ⑦ 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場合もあるため、具体的にお知りになりたい方はご相談ください。

◇緊急時の連絡先：緊急の場合には、「利用同意書」にご記入頂いた連絡先に連絡いたします。

3、サービス実施地域

- ・鹿児島市内（但し、送迎範囲は相談ください。）

4、施設利用に当たっての留意事項

① 食べ物について

・施設での食事提供は行っておりません。利用者の心身の状態に影響を及ぼす可能性がある場合、管理者が必要と判断することもあります。食べ物の持ち込みにつきましては、必ず職員までご相談ください。

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）の利用中の外出

・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）の外出は出来ません。

③ 禁煙について

・敷地内は、禁煙となっています。

④ 所持品・備品の持ち込みについて

・所持品にはすべてお名前を書いて頂くようお願いいたします。

⑤ 金銭・貴重品の管理

・原則として金銭・貴重品のお預かりはいたしません。金銭・貴重品の盗難・紛失に関しては、当施設では責任を持ちませんので、お持ちにならないようお願いいたします。

⑥ 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）利用中の病院受診については

・介護保険法により、サービス提供時間内においては、緊急やむを得ない場合を除いて、医療機関への受診はできません。

⑦ お薬について

・利用時間内にお薬を飲む必要がある方は、その分のお薬をお持ちください。

⑧ 送迎時間について

・送迎時間は、その日の利用状況や、交通事情で変わることがあるのでご了承ください。

⑨ その他

・ペットの持ち込みは原則禁止です。

・火気の取り扱い

火気類を持ち込みする場合は必ず、職員へお知らせください。

5、非常災害対策

① 非常災害対策をして建築法に基づき、防火用消火栓、防災シャッター・スプリンクラー等の消火設備、非常口等の避難設備及び非常ベル等警報設備を備え付けてあります。

② 火元管理責任者を設置すると共に、所轄の消防機関の指導の下、定期的な避難、消化器等の訓練を実施します。

6、禁止事項

当施設では、多くの方に安心して介護サービスを受けていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動等」は、禁止します。

7、要望及び苦情の相談

要望及び苦情の相談は、備え付けてある「ご意見箱」をご利用いただくか、職員までお知らせください。責任者が対応いたします。

ご質問やご相談は、責任者または以下の相談窓口ご利用ください。

いづろ今村病院通所リハビリテーション「ウェルネスじあい」		
受付曜日	受付時間	連絡先
月曜日～金曜日 (土・日・祝祭日除く)	午前8:30～ 午後5:30	TEL:099-226-2600 FAX:099-225-5181
鹿児島市役所健康福祉局長寿部 介護保険課介護相談室		
受付曜日	受付時間	連絡先
月曜日～金曜日 (土・日・祝祭日除く)	午前8時30分～ 午後5:15	TEL:099-216-1280 FAX:099-219-4559
鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護保険相談室		
受付曜日	受付時間	連絡先
月曜日～金曜日 (土・日・祝祭日除く)	午前9時～ 午後5:00	TEL:099-213-5122 FAX:099-213-0817
鹿児島県社会福祉協議会事務局長寿社会推進部福祉サービス運営適正化委員会		
受付曜日	受付時間	連絡先
月曜日～金曜日 (土・日・祝祭日除く)	午前9時～ 午後4:00	TEL:099-286-2200 FAX:099-257-5707

〈別紙 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 （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（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あたっては要支援者）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、当事業所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及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当たっては、利用者に関わるあらゆる食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。

3、利用料金

（1）通所リハビリテーションの基本料金

①施設使用料（介護保険制度では、）要介護認定による要介護度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日あたりの自己負担分です。

	1 時間以上 2 時間未満 (1 割負担)	1 時間以上 2 時間未満 (2 割負担)	1 時間以上 2 時間未満 (3 割負担)
要介護 1	369 円/日	738 円/日	1,107 円/日
要介護 2	398 円/日	796 円/日	1,194 円/日
要介護 3	429 円/日	858 円/日	1,287 円/日
要介護 4	458 円/日	916 円/日	1,374 円/日
要介護 5	491 円/日	982 円/日	1,473 円/日
	2 時間以上 3 時間未満 (1 割負担)	2 時間以上 3 時間未満 (2 割負担)	2 時間以上 3 時間未満 (3 割負担)
要介護 1	383 円/日	766 円/日	1,149 円/日
要介護 2	439 円/日	878 円/日	1,317 円/日
要介護 3	498 円/日	996 円/日	1,494 円/日
要介護 4	555 円/日	1,110 円/日	1,665 円/日
要介護 5	612 円/日	1,224 円/日	1,836 円/日

	3 時間以上 4 時間未満 (1 割負担)	3 時間以上 4 時間未満 (2 割負担)	3 時間以上 4 時間未満 (3 割負担)
要介護 1	486 円/日	972 円/日	1,458 円/日
要介護 2	565 円/日	1,130 円/日	1,695 円/日
要介護 3	643 円/日	1,286 円/日	1,929 円/日
要介護 4	743 円/日	1,486 円/日	2,229 円/日
要介護 5	842 円/日	1,684 円/日	2,526 円/日

② リハビリテーションマネジメント加算

●リハビリテーションマネジメント加算 ロ

(1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して 6 月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合

1 割負担 593 円/月・2 割負担 1,186 円/月・3 割負担 1,779 円/月

(2) 当該日の属する月から起算して 6 月を越えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 1 割負担 273 円/月・2 割負担 546 円/月・3 割負担 819 円/月

●加算に係る医師からの説明が会った場合の加算

1 割負担 270 円/月・2 割負担 540 円/月・3 割負担 810 円/月

③ 短期集中個別リハビリテーション実施加算(Ⅰ) (退院・退所又は、認定日から 3 ヶ月以内(週 2 回を限度)

1 割負担 110 円/日・2 割負担 220 円/日・3 割負担 330 円/日

④ 理学療法士等体制強化加算 (利用時間 1 時間以上 2 時間未満のみ)

1 割負担 30 円/日・2 割負担 60 円/日・3 割負担 90 円/日

⑤ 口腔機能向上加算(Ⅱ) (月 2 回を限度)

1 割負担 160 円/日・2 割負担 320 円/日・3 割負担 480 円/日

⑥ リハビリテーション提供体制加算 (利用時間 3 時間以上 4 時間未満のみ)

1 割負担 12 円/日・2 割負担 24 円/日・3 割負担 36 円/日

⑦ 科学的介護推進体制加算 1 割負担 40 円/月・2 割負担 80 円/月・3 割負担 120 円/月

⑧ 退院時共同指導加算 (退院前カンファに参加した場合)

1 割負担 600 円/月・2 割負担 1,200 円/月・3 割負担 1,800 円/月

⑨ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 1 割負担 22 円/日・2 割負担 44 円/日・3 割負担 66 円/日

⑩ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)

(3) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金

① 施設利用料

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金が異なります。以下は、1ヶ月あたりの自己負担分です。）

介護度	料金（1割負担の場合）	料金（2割負担の場合）	料金（3割負担の場合）
要支援1	2,268 円/月	4,536 円/月	6,804 円/月
要支援2	4,228 円/月	8,456 円/月	12,864 円/月

② 口腔機能向上加算（Ⅱ）（月2回を限度）

1割負担 160 円/日 ・2割負担 320 円/日 ・3割負担 480 円/日

③ 科学的介護推進体制加算 1割負担 40 円/月 ・2割負担 80 円/月 ・3割負担 120 円/月

④ 退院時共同指導加算（退院前カンファに参加した場合）

1割負担 600 円/月 ・2割負担 1,200 円/月 ・3割負担 1,800 円/月

⑤ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

要支援1 1割負担：88 円/月 ・2割負担：176 円/月 ・3割負担：264 円/月

要支援2 1割負担：176 円/月 ・2割負担：352 円/月 ・3割負担：528 円/月

⑥ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

(4) 介護保険給付外費用

① 訓練教材費 実費

・個人にて行う手芸等に係わる教材費をお支払いいただきます。

(5) キャンセル料

通所リハビリテーションをキャンセルした場合には、以下の通りのキャンセル料をいただきます。
ただし、病状の急変など、やむ得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

前日のキャンセル：無料

当日のキャンセル：自己利用負担額の 50%

(6) 支払い方法

・毎月 10 日頃に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。
お支払い頂いた後、領収書を発行いたします。

・お支払い方法は、現金、銀行振り込み、金融機関口座引き落としの 3 方法があります。

4、送迎に関する事項

(1) 当事業所へご家族の方が直接送迎をされる場合やご自分で運転される場合について
ご家族送迎の場合は玄関前で乗降してください。

(2) 当事業所の送迎サービスご利用について

ケアプランに基づき実施した居宅内介助(電気の消灯、点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等)を通所リハビリテーションの所要時間に含める事とします。(30 分以内、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員が行なった場合)

当事業所の送迎実施地域は、事業所にご確認・ご相談ください。

5、災害時の対応について

(1) 台風接近時のサービス提供を可能か、否かについては、前日夕方までにご連絡いたします。前日までに決定できない場合は、当日連絡する時間帯、サービス提供の有無をご連絡いたしますので、ご自宅で待機してください。

(2) 送迎対象の方は、地域によっては送迎時に積雪や道路凍結及び大雨に伴い、送迎困難な状況が起こります。その場合は、当日の出発前にご連絡いたしますので、ご了承ください。

〈別紙 3〉

個人情報利用目的・同意書

(令和元年 7 月 1 日現在)

公益財団法人慈愛会いづろ今村病院通所リハビリテーション「ウェルネスじあい」(以下「事業所」)では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する理念の下、お預かりしている個人情報について、使用目的を以下の通り定めます。

[利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的]

1、事業所内部での利用目的

- (1) 当事業所が利用者等に提供する介護サービス
- (2) 介護保険事務
- (3) 介護サービス利用者に係わる当事業所の管理運営業務のうち
 - ① 入退会の管理
 - ② 送迎者の管理
 - ③ 会計・経理
 - ④ 事故等の報告
 - ⑤ 当該利用者の介護・医療サービスの向上

2、他事業者等への情報提供を伴う利用目的

- (1) 当事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ① 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
 - ② 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
 - ③ 検体業務の委託その他の委託業務
- (2) 家族等への心身の状況説明
- (3) 介護保険業務のうち
 - ① 介護事務委託
 - ② 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ③ 審査支払機関又は保険者からの照会の回答
- (4) 損害賠償保険などに係わる保険会社等への相談又は届出等

〔上記以外の利用目的〕

1、当事業所の内部での利用に係わる利用目的

(1) 当事業所の管理運営業務のうち

- ① 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ② 当事業所において行われる学生の実習への協力
- ③ 当事業所において行われる事例研究

2、他事業所への情報提供に係わる利用目的

(1) 当事業所の管理運営業務のうち

- ## ① 外部監査機関への情報提供

上記個人情報利用目的を理解し、これに同意します。

西曆 年 月 日

〈利用者〉

〈代筆者〉

続柄 ()

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

当事業者は、重要事項説明書に基づいて（介護予防）通所リハビリテーションサービス内容及び重要事項を説明しました。

西暦 年 月 日

事業所 所在地 鹿児島市堀江町 3 番 3 号
 法人名 公益財団法人慈愛会
 事業所名 いづろ今村病院「通所リハビリ ウェルネスじあい」
 介護保険指定番号 「4610119739」
 管理者名 長野 真二郎

説明者 職名

氏名 _____

公益財団法人慈愛会いづろ今村病院が開設する（介護予防）通所リハビリテーションを利用するにあたり、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）重要事項説明書及び別紙 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、これを十分に理解したうえで同意します。

西暦 年 月 日

利用者 住所

氏名 _____

代筆者 住所

氏名 _____

〔本約款第 5 条請求書・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 項緊急持及び第 10 条 3 項事故発生持の連絡先〕

氏名	(続柄)
住所	
電話番号	

第一版 平成 26 年 12 月 1 日 作成
第二版 平成 27 年 4 月 1 日 改訂
第三版 平成 27 年 8 月 1 日 改訂
第四版 平成 29 年 6 月 1 日 改訂
第五版 平成 29 年 10 月 1 日 改訂
第六版 平成 30 年 4 月 1 日 改訂
第七版 平成 30 年 8 月 1 日 改訂
第八版 令和元年 7 月 1 日 改訂
第九版 令和元年 10 月 1 日 改訂
第十版 令和 3 年 4 月 1 日 改訂
第十一版 令和 4 年 10 月 1 日 改訂
第十二版 令和 5 年 9 月 19 日 改訂
第十三版 令和 5 年 11 月 23 日 改訂
第十四版 令和 6 年 6 月 1 日 改訂