

利用契約書

医療法人福岡桜十字

レ・ハビリス桜十字デイケアセンター

利用契約書

利用者： _____ 様

事業者： _____ 医療法人福岡桜十字

施設名： _____ 介護老人保健施設 レ・ハビリス桜十字デイケアセンター

通所リハビリテーションを利用するにあたり、(以下通所リハという)「重要事項説明書」(ご利用時のリスク等に関する説明書兼同意書を含みます)の交付と説明を受けて、下記のとおり通所リハビリテーション利用契約を締結します。

(説明・交付日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明者 _____)

(契約の目的)

第1条 事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が指定を受けた当該施設において、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サービスを提供します。

(契約期間)

第2条 この契約は、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から始まり、利用者は、第10条から第13条に基づく契約の解約又は終了がない限り、通所リハの役割に沿い、日常生活動作を促進するため契約終了時まで、通所リハビリテーションサービスを利用することができるものとします。

(通所リハビリテーション計画の作成・変更)

第3条 事業者は、利用者のための「通所リハビリテーション利用計画」(以下「通所リハ計画」という。)を作成する

- 2 事業者は理学療法士、作業療法士、その他専ら通所リハビリ提供に当たる職員は運動機能検査、作業能力検査等を基に共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえリハビリテーションの目標を達成するため、具体的なサービス内容等を記載した「通所リハ計画」を作成します。
- 3 事業者は「通所リハ計画」を作成するにあたって、それぞれの利用者に応じた計画を作成し利用者又は家族に対して説明し、同意を得るものとします。
- 4 事業者は通所リハの提供に当たり、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、適切なサービスの提供を行います。
- 5 事業者は自らその提供する通所リハの質の評価を行い、常に改善を図り利用者の心身機能の回復維持と日常生活動作の自立に資するよう、サービスを提供します。

(サービスの内容及びその提供)

第4条 事業者は、「重要事項説明書」に記載した施設の提供するサービスのうち、利用開始後作成する「通所リハ計画」に沿ってサービスを提供します。

- 2 事業者は、サービスの提供記録をこの契約終了後5年間保管し、利用者の求めに応じて、閲覧させ、又は複写物を交付します。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。

(身体的拘束その他の行動制限)

第5条 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命もしくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、隔離、身体的拘束、薬剤投与、その他の方法により利用者の行動を制限しません。

- 2 事業者が、前項により利用者の行動を制限する場合は、利用者に対し事前に行動の制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分に説明します。またこの場合、事業者は事前、又は、事後速やかに利用者の法定代理人、任意後見人、利用者代理人もしくは家族に対し十分説明します。なお、サービスの提供記録にその内容を記載します。

(緊急時の対応)

第6条 事業者は、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに協力医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じます。

(秘密保持)

第7条 事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

なお、この守秘義務は、契約終了後も同様です。

- 2 事業者は利用者の利用終了時に、ケアの継続を目的として利用者や利用者の家族の個人情報、他医療機関や居宅介護支援事業者等へ提供できるものとします。
- 3 事業者は利用者へのケアの質と内容の充実を目的として、利用中にサービス担当者会（ケアカンファレンス）等で、利用者や利用者の家族の個人情報を各サービス担当者が共有できるものとします。また、学会や研究等で医療の発展の目的として情報を利用する場合があります。

(賠償責任)

第8条 事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

ただし、事業者に故意過失がなかった場合は、この限りではありません。

(利用者負担金等及びその変更)

第9条 利用者は、サービスの対価として重要事項説明書の記に従い利用者負担金を支払います。

- 2 利用者負担金のうち関係法令に基づいて定められたものが、契約期間中に変更になった場合、関係法令に従って改定後の利用者負担金が適用されます。

その際には、事業者は利用者に説明します。

- 3 事業者は、提供するサービスのうち、クラブ活動等、特別な介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容および利用者負担金を説明し、利用者の同意を得ます。

- 4 通所リハ計画の予定に変更が生じ**キャンセル**の場合、事前の連絡が必要です。

(利用者負担金の滞納)

第10条 利用者が正当な理由なく利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は文書により10日以上を定めて、その期間内に滞納額の全額を支払わなければ、契約を解約する旨の催告をすることができます。

- 2 事業者は、前項の規定により解約に至るまでは、滞納を理由としてサービスの提供を拒むことはありません。

(契約の終了)

第11条 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- (1) 利用者が介護保健施設や医療施設に入所又は入院し、3ヵ月以上経過したとき
- (2) 利用者の要介護認定区分が自立と認定されたとき
- (3) 利用者が、死亡したとき
- (4) 利用者の所在が、2週間以上不明になったとき

契約終了後の再利用については、あらためて再契約の手続きを要しますが、利用者の心身状況の変化や利用者に必要とされる介護サービスの内容および当施設の介護対応力等によっては再契約をお引き受けできない場合があります。

(利用者の解約権)

第12条 利用者は事業者に対して、契約終了希望日の7日前までに通知することにより、この契約を解約することができます。なおこの場合、事業者は利用者に対し、文書による確認を求めることができます。ただし、利用者の病状の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は直ちにこの契約を解約することができます。

- 2 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
- (1) 事業者が、正当な理由なくサービスを提供しないとき
 - (2) 事業者が、利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行ったとき
 - (3) 事業者が破産申立をしたとき

(事業者の解約権)

第13条 事業者は、やむを得ない事情により施設を閉鎖又は縮小する場合、文書により1か月以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

- 2 事業者は、利用者、利用者代理人、またはそのご家族の事業者敷地内での行動が次の各号に該当し、事業者の申し入れにもかかわらず改善の見込みがないと判断したときは、文書により2週間以上の予告期間をもってこの契約を解約します。但し、利用者本人または他の利用者および事業者職員の安全が確保できず、介護の遂行が困難であり、緊急な対応を要すると事業者が判断したときは、即日、この契約を解約します。
- (1) 利用者、利用者代理人、またはそのご家族が、医療上もしくは介護上必要な事業者の指示を守らない場合
 - (2) 利用者が重大な自傷行為や自殺企図行為を行い、改善の見込みがないと事業者が判断したとき
 - (3) 利用者、利用者代理人、またはそのご家族が、法令違反もしくは本契約違反、その他暴力行為等重大な秩序破壊行為（身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントなどのハラスメント行為を含む）をなし、改善の見込みがないと事業者が判断したとき

(利用解約時の援助)

第14条 契約の解約又は終了により、利用者が他の施設サービスを必要とする場合は、事業者は居宅介護支援事業者又はその他の保健医療サービスもしくは福祉サービス提供者等と連携し、診療情報提供や介護情報提供など必要な援助を行います。
但し、事業者が利用者に代わり他施設の選定や契約を行うものではありません。

(苦情処理)

第15条 事業者は、利用者からの施設サービスに関する相談、苦情等に対応する窓口を設置し、迅速かつ適切に対応します。

- 2 事業者は、利用者が苦情申し立てを行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(利用者代理人)

第16条 利用者は、認知症その他の理由で自らの判断による本契約に定める権利の行使と義務の履行に支障を生じるときは、代理人をもって行わせることができます。

(裁判管轄)

第17条 この契約に関する紛争の訴えは、事業者の住所地を管轄する裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

(契約外事項)

第18条 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところによります。

(協議事項)

第19条 この契約に関して争いが生じた場合は、第1条記載の目的のため、当事者が互いに信義に従い、誠実に協議したうえで解決するものとします。

重要事項説明書

＜令和 7 年 1 月 1 日現在＞

1 利用者（被保険者）

利 用 者 氏 名	様
要介護認定区分	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

2 事業者

事業者の名称	医療法人福岡桜十字 介護老人保健施設レ・ハビリス桜十字
法人所在地	福岡市中央区渡辺通 3 丁目 5 番 11 号
法人種別	医 療 法 人
管理者氏名	木 村 豪 雄
電話番号	092-791-1100(代)

3 ご利用施設

施設の名称	介護老人保健施設 レ・ハビリス桜十字デイケアセンター
施設の所在地	福岡市中央区渡辺通 3 丁目 5 番 11 号 10 階
管理者	木 村 豪 雄
責任者	中 島 宏 文
電話番号	092-791-1170(直通)
F A X 番 号	092-791-1175

4 事業の目的と運営方針等

（１）事業の目的

介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下、「法」という。）の基準原理に基づき、利用者が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、サービスの提供に努める。

（２）運営方針

レ・ハビリス桜十字デイケアセンターは、事業の目的を達成するため、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行う。

5 ご利用施設で実施する事業

事業の種類	県知事の事業者指定（福岡県9健老第221号）	
	指定年月日	更新指定年月日
通所リハビリテーション	平成9年7月22日	令和2年4月1日

6 営業日及び営業時間

営業日は月～土曜日まで（1月1日、2日・日曜日を除く）

営業時間は8:30～17:30までとする。

7 職員体制（主たる職員）

職 種	職務内容	区 分		
		基準員数	現在員数	
			専従	兼任
管 理 者	施設管理（医師）	1	0	2
医 師	医療管理		0	
看介護職員	日常生活上の介護	6	25	0
	看護ケア			
管理栄養士	栄養管理及び相談	1	0	1
理学療法士	機能訓練及び生活支援	2	0	7
作業療法士	日常生活訓練及び趣味活動	1	0	3
言語聴覚士	言語聴覚及び摂食機能療法		0	0.7

8 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	休 暇
管 理 者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）勤務	年間110日
介護職員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）勤務	年間110日
看護職員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）勤務	年間110日
理学療法士 作業療法士	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）勤務	年間110日
その他	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）勤務	年間110日

9 サービスの内容

(1) 法定給付サービス

種 類	内 容
食 事	栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。家庭と同じように、楽しくおいしく召し上がって頂けるよう、郷土料理などを取り入れ、おやつも提供します。定期的に栄養士が食事の様子を確認し、嗜好や嚥下機能を調査します。 (食事時間) 昼食 12:00～
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	月～土（祝祭日含む）週 2～3 回の介助浴またはシャワー浴を行います。
着替え 整容等	個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。
リハビリ	リハビリテーションは「身体機能」「活動」「参加」などの生活機能の維持・向上を図るよう努めます。また、栄養・口腔と一体的にサービス提供を行う事で、より高い効果が出るよう努めます。
栄養管理	管理栄養士が食事に関する相談、アドバイスをを行い、自宅での食事も含めて改善を図るよう努めます。
口腔衛生	言語聴覚士、看護師、介護職員などが口腔機能の評価、口腔衛生に係る助言、指導を行い、口腔衛生維持、改善を図ります。
相 談 及び 援 助	当施設では、利用者及びそのご家族から、いかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 鷺頭 直美
その他	当施設では、必要な教養娯楽設備を整えると共に、事業所での時間を実りあるものとするため、適宜レクリエーションや行事を企画します。 クラブ活動（習字・絵画・折り紙等） 月ごとに行事イベント、毎日のレクリエーション計画を立てて実施します。

(2) その他

サービス提供記録の保管	この契約の終了後 5 年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	土・日・祝祭日を除く毎日 8:30～17:30
サービス提供記録の複写物の交付	複写に際しては、実費相当額を負担していただきます。

(3) サービス計画内容の変更が生じた場合はサービス提供責任者にお申し出下さい。

例：体調不良のため入浴中止など。

担当ケアマネジャーにも確認の上で、変更可能な事項については対応させていただきます。

10 通所リハビリ利用計画作成までのサービス

通所リハ利用計画が作成されるまでの間、日常生活が送れるように適切な各種の介護サービスを提供します。

1 1 利用者負担金

お支払いいただく利用者負担金は、次のとおりです。

○介護予防通所リハビリテーション費

			自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
基本給付サービス費	要支援1	2268(単位/月)	2393円/月	4786円/月	7179円/月
		12月間			
		2148(単位/月)	2266円/月	4533円/月	6799円/月
		12月以降			
	要支援2	4228(単位/月)	4461円/月	8921円/月	13382円/月
		12月間			
		3988(単位/月)	4207円/月	8415円/月	12622円/月
		12月以降			
サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援1	88 (単位/月)	92円/月	185円/月	278円/月
	要支援2	176 (単位/月)	185円/月	371円/月	557円/月
一体的サービス提供加算		480 (単位/月)	507円/月	1013円/月	1520円/月
栄養改善加算		200 (単位/回) 月2回まで	211円/回	422円/回	633円/回
口腔機能向上加算Ⅰ		150 (単位/月) 月2回まで	158円/回	317円/回	475円/回
口腔機能向上加算Ⅱ		160 (単位/月) 月2回まで	169円/回	338円/回	507円/回
生活行為向上リハ実施加算		562 (単位/月)	592円/月	1185円/月	1778円/月
科学的介護推進体制加算		40 (単位/月)	42円/月	84円/月	126円/月
同一建物減算	要支援1	-376 (単位/月)	-396円/月	-793円/月	-1190円/月
	要支援2	-752 (単位/月)	-793円/月	-1586円/月	-2380円/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ		8.60%			

○通所リハビリテーション費

			自己負担1割 (円/日)	自己負担2割 (円/日)	自己負担3割 (円/日)
3時間以上 4時間未満	要介護1	470 (単位/日)	496	992	1488
	要介護2	547 (単位/日)	577	1154	1731
	要介護3	623 (単位/日)	658	1315	1972
	要介護4	719 (単位/日)	759	1517	2276
	要介護5	816 (単位/日)	861	1722	2583
4時間以上 5時間未満	要介護1	525 (単位/日)	554	1108	1662
	要介護2	611 (単位/日)	645	1290	1934
	要介護3	696 (単位/日)	735	1469	2203
	要介護4	805 (単位/日)	850	1699	2548
	要介護5	912 (単位/日)	963	1925	2887
5時間以上 6時間未満	要介護1	584 (単位/日)	617	1233	1849
	要介護2	692 (単位/日)	730	1460	2190
	要介護3	800 (単位/日)	844	1688	2532
	要介護4	929 (単位/日)	980	1960	2940
	要介護5	1053 (単位/日)	1111	2222	3333
6時間以上 7時間未満	要介護1	675 (単位/日)	713	1425	2137
	要介護2	802 (単位/日)	847	1693	2539
	要介護3	926 (単位/日)	977	1954	2931
	要介護4	1077 (単位/日)	1137	2273	3409
	要介護5	1224 (単位/日)	1292	2583	3874

○加算

* 算定する加算の種類は利用者により異なります。以下全てが加算されるものではありません

			自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
入浴介助加算（Ⅰ）		40（単位/回）	42円/日	84円/日	126円/日
入浴介助加算（Ⅱ）		60（単位/回）	63円/日	126円/日	189円/日
中重度者ケア体制加算		20（単位/日）	21円/日	42円/日	63円/日
サービス提供体制強化加算Ⅰ		22（単位/回）	23円/日	46円/日	69円/日
移行支援加算		12（単位/日）	12円/日	25円/日	37円/日
リハビリテーション 提供体制加算	1（3-4時間）	12（単位/日）	12円/日	25円/日	37円/日
	2（4-5時間）	16（単位/日）	16円/日	33円/日	50円/日
	3（5-6時間）	20（単位/日）	21円/日	42円/日	63円/日
	4（6-7時間）	24（単位/日）	25円/日	50円/日	75円/日
科学的介護推進体制加算		40（単位/月）	42円/月	84円/月	126円/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ		8.60%			
同一建物減算		-94（単位/日）	-99円/日	-198円/日	-297円/日
送迎減算（片道）		-47（単位/日）	-49円/日	-99円/日	-148円/日
短期集中個別リハビリテーション加算	110（単位/日）				
	退院（所）日・初認定日から		116円/日	232円/日	348円/日
	3月間				
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算Ⅰ	240（単位/日）				
	退院（所）日・利用開始日から		253円/日	506円/日	759円/日
	3月以内				
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算Ⅱ	1920（単位/月）				
	退院（所）日・利用開始日から		2025円/月	4051円/月	6076円/月
	3月以内				
生活行為向上リハ実施加算	1250（単位/月）				
	* 起算日から6月以内		1318円/月	2637円/月	3956円/月
リハビリマネジメント加算（イ）	560（単位/月） 同意した月～6月間		590円/月	1181円/月	1772円/月
	240（単位/月） 6月以降		253円/月	506円/月	759円/月
リハビリマネジメント加算（ロ）	593（単位/月） 同意した月～6月間		625円/月	1251円/月	1876円/月
	273（単位/月） 6月以降		288円/月	576円/月	864円/月
リハビリマネジメント加算（ハ）	793（単位/月） 同意した月～6月間		837円/月	1674円/月	2510円/月
	473（単位/月） 6月以降		499円/月	998円/月	1497円/月
栄養改善加算		200（単位/回） 月2回まで	211円/回	422円/回	633円/回
口腔機能向上加算Ⅰ		150（単位/） 月2回まで	158円/回	317円/回	475円/回
口腔機能向上加算Ⅱ		160（単位/） 月2回まで	169円/回	338円/回	507円/回
重度療養管理加算		100（単位/日）	105円/日	211円/日	316円/日

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則として基本給付サービス費の1割～3割と別途入浴・リハビリテーション提供に係るサービス負担額の合計額をお支払いいただきます。日用品費(タオル代等)は希望者に同意を得た上で提供します。
- ② 保険料の滞納などにより、上記の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額(10割)をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の償還払いを受ける手続きが必要となります。
- ③ サービス提供のキャンセルの場合には、前日午後5時までの連絡が必要です。
当日の場合は基本料金の一割のキャンセル料が発生することになります。

(3) 基本給付サービス外

種 類	利用者負担金
食 費 (昼食・おやつ)	650 円／1 食
日 用 品 費	
① 入浴セット (タオル・シャンプー等)	114 円／回
② クラブ活動費 (書道等 教養娯楽費)	100 円／回
③ 送迎範囲を超える場合	500 円／日
オ ム ツ 代 (M サイズ)	115 円／枚
(L サイズ)	125 円／枚
(L L サイズ)	140 円／枚
尿 と り パ ッ ト	30 円／枚

(4) 利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の明細・領収書を翌月 10 日までに作成し、郵送致します。

27 日にご指定の銀行口座より引き落としさせていただきます。

口座振替用紙は当月 23 日までに提出下さい。23 日以降となる場合は、口座登録が間に合わず、翌月分と合算での引き落としとなることがあります。

(5) 領収書の発行

事業者は、利用者からの利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行致します。

1 2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」に則り対応を行います。			
近隣との協力関係	博多消防署に非常時の協力をお願いしています。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「消防計画」に則り年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施しています。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	1 ヶ所
	非難階段	2 ヶ所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	10 ヶ所	非常用電源	あり
	カーテン・布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	防火管理者： 原田浩司			

1 3 通常の事業実施地域

通所リハの利用者に対して、送迎を実施する地域は次のとおりです。

福岡市内を中心に実施（事業所から半径3 km圏内）

1 4 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人福岡桜十字 桜十字福岡病院
院長名	山本 雄祐
所在地	福岡市中央区渡辺通3丁目5番11号
電話番号	092-791-1100
診療科	一般内科
入院設備	ベッド数 199床
救急指定の有無	無
契約の概要	管理者、担当医師、桜十字福岡病院は、利用者の病態悪化やその他必要に応じ、すみやかに適切な処置を講ずる。

1 5 相談窓口、苦情対応

- ・サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設ご利用相談室	電話番号 092-791-1170 窓口担当者 中島 宏文 ご利用時間 平日午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法 電話面接
-----------	---

- ・公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

住所地の介護保険係	各区保健福祉センター内
福岡県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地 福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話番号 092-642-7859 FAX番号 092-642-7857 対応時間 8:30～17:00（月）～（金）

住所地の 介護保険係 電話番号	中央区	092-718-1102	博多区	092-419-1078
	東区	092-645-1071	南区	092-559-5127
	城南区	092-833-4102	早良区	092-833-4352
	西区	092-895-7063		

1 6 （1） 事故発生時の対応

- ① 「事故発生時対応マニュアル」に沿い、医師・看護師等の連携の下に救急処置を行うとともに、ご家族およびかかりつけ医師へ速やかに連絡する。
- ② 誠意を持って事故の説明を行う。
- ③ 送迎途中の事故が発生した場合はマニュアルに沿って対応を行い、説明等は責任者が対応し、状況に応じ、事故を起こした運転者又は同乗介護者が同席して対応する。

（2） 急変時における対応

- ① 速やかに当併施設医師による診察・応急処置を行い、ご家族およびかかりつけ医への連絡打ち合わせの上で以後の方針を決定し、決定に沿った速やかな対応を行う。

17 損害賠償責任保険

保険会社	損害保険ジャパン(株) 代理店：オフィスマダム通子
保険内容	賠償責任保険

☆損害賠償責任保険の内容について

種 類	賠償内容	金 額
過失責任保険	対人・対物賠償限度額	¥100,000,000

18 当施設をご利用の際に留意いただく事項

喫煙・飲酒	健康増進法に基づき、喫煙はご遠慮いただきます。飲酒もできません。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、施設入所者の居室等に立ち入らないで下さい。
所持品の管理	原則として、ご利用者本人管理でお願いします。 ＊飲食物の持ち込み、利用者間の受け渡しは原則禁止とします。
現金等の管理	原則として、ご利用者・ご家族にお願いします。 ＊金品・貴重品の持ち込みは原則禁止とします
宗教活動 政治活動	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。
動物飼育	施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

個人情報取り扱いについて

1. 利用目的

(当法人内での利用目的について)

- ① 患者さま・受診者さまに提供する医療サービスおよび利用者さまに提供する介護サービス
- ② 患者さま・利用者さまに係る管理運営業務（入退院等の病棟管理、会計・経理、医療事故等の報告、サービス向上）
- ③ 保険請求業務
- ④ ご家族等への病状説明および介護サービスの内容説明
- ⑤ ご家族等からのお問い合わせへの回答

(当法人外での利用目的について)

- ① 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ② 他の医療機関等からの照会への回答
- ③ 患者さまの診療および利用者さまのリハビリ・ケアのために外部の医師等の意見や助言を求める場合
- ④ 検査業務の業務委託、その他の業務委託
- ⑤ 事業者等から委託を受けた健康診断に係る事業者等へのその結果通知
- ⑥ 審査支払機関への診療報酬明細書および介護給付費明細書の提出
- ⑦ 診療報酬明細書および介護給付費明細書に対する審査支払機関、保険者からの照会への回答
- ⑧ 医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出等

(その他の利用について)

- ① 内部および外部監査機関への情報提供
- ② 学会等の特例団体から認定を受けるための病院または医師の診療実績報告
- ③ 医療・介護サービスや業務の維持および改善のための基礎資料
- ④ 医療・介護サービス向上のための症例研究および研究活動
- ⑤ 当法人で実施する医療・介護実習

2. 特定の機微な個人情報の取得と取扱い

患者さま・利用者さまの医療・介護に関わる情報は、細心の注意をもってお取り扱いいたします。

3. 個人情報の第三者提供

次のいずれかに該当する場合を除き、個人情報を第三者に提供いたしません。

- ① 法令に基づく場合
- ② 人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき
- ③ 公衆衛生の向上、または児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき
- ④ 国の機関や地方公共団体、またはその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

4. 業務委託

患者さま・利用者さまに医療・介護サービスを提供するにあたり、当法人では業務の一部を外部に委託しております。信頼のおける委託先を選択した上で患者さま・利用者さまの個人情報が適切に取り扱われるよう契約を取り交わしております。

5. 個人情報に関する本人の権利

患者さま・利用者さまは、ご自身の個人情報の開示、訂正、削除、消去または利用の停止などを求める権利を有しております。当法人は、ご本人であることを確認の上、個人情報に関するご本人の権利に従って対応させていただきます。ご希望される場合には、下記の窓口までお願いいたします。

6. 個人情報のお預け

患者さま・利用者さまが当法人に個人情報をお預けいただくことは任意によるものです。お預けいただけない場合、当法人は医療・介護サービスをご提供できない可能性があります。ご了承ください。

7. 個人情報を利用した直接のご連絡

すぐにお知らせが必要な場合など、当法人からご本人にご連絡させていただく場合があります。

8. マイナ保険証による診療情報取得について

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

9. お問い合わせ先

個人情報の取り扱いに関するお問い合わせは、下記の窓口までお願いいたします。

電話番号 092-791-1100

時間 8:30～17:30（土・日・祝日を除く）

お客様満足室

ご利用時の留意点

当デイケアセンターをご利用いただくにあたり、ご利用者様ご自身にもマナーやルールを意識していただき、お互いのリハビリ目標や考えを尊重しながら、より快適な環境でお過ごしいただけるよう、以下の点についてご協力をお願い申し上げます。

1. 他者への迷惑行為の禁止

重要事項説明書の「当施設をご利用の際に留意いただく事項」に加え、以下の行為を禁止します。「暴言、暴力、賭博行為、金品の貸し借り、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどのハラスメント行為、活動やプログラム進行の妨害行為など、その他、これら準ずる迷惑行為」とみなし禁止します。

2. デイケアの出欠連絡について

遅刻・欠席・振替のご連絡は、前日の 17:00 までをお願いいたします。

【電話受付時間】 営業日（月～土）の 8:00～17:30

3. お持ち込み物に関するお願いと禁止事項、利用制限について

すべての私物にお名前をご記入ください。お持ち込みの荷物は必要最低限にまとめ、自己管理のもと保管をお願いいたします。

【携帯電話の使用】持ち込みは可能ですが、利用中はマナーモードに設定し、通話の際は周囲へのご配慮をお願いいたします。

【禁止事項】施設内での写真・動画撮影、録音、SNS への投稿はご遠慮ください。

【持ち込み禁止物品】

- 高額の金品 ●通帳や印鑑等の財産関係 ●火気類等の危険物 ●煙草(電子タバコ含む)
- 包丁、カッター等の刃物類 ●飲食物、酒類 ●ペットや生き物
- その他、上記に準ずると判断されるもの

4. 服装について

運動しやすい服装・靴でご参加ください。季節に応じて体温調節ができる上着などをご持参ください。防寒具などの小物にもお名前を記入し、自己管理をお願いいたします。

5. 施設内備品などの破損または滅失について

ご利用者様の故意または重大な過失により、施設内の備品を破損または滅失した場合、別途費用をお支払いいただく場合がございます。

6. ご利用中の中断又は契約解約について

上記のルールを守れない、改善の見込みがないと判断された場合、デイケアのご利用を中断又は契約の解約をさせて頂く場合がございます。また、ご自身の意思にて中断をご希望される場合は、スタッフへご相談ください。

ご利用時のリスク等に関する説明書

当事業所では利用者様が送迎中及び施設内で快適かつ安全に過ごすことができるような環境作りに努めております。しかしながら必要な注意義務を尽くした場合でも、利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因となり、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

以下の項目をご確認いただき、□にチェックをお願い致します。

- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落などによる骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ☐ デイケアはリハビリ施設であり、原則として身体拘束を行いません。そのため、転倒・転落のリスクがあります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも骨折しやすい状態にあります。
- ☐ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離が生じやすい状態にあります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血がしやすい状態にあります。
- ☐ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ☐ 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ☐ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設の医師の判断で緊急受診を行って頂く場合があります。
- ☐ 高齢者が多く集まる場所になるので、嘔吐・下痢・熱発等があった場合、感染症まん延防止の観点からご利用を控えて頂きます。

- ☐ ご自身またはご家族による送迎の場合、当施設は送迎中の事故等に関する責任を負いかねますので、ご了承ください。

これらの事象は、自宅でも十分に起こりうることです。安全にご利用いただくため、ご理解とご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

- ☐ 当施設では、保健所の指導により、利用開始時に胸部レントゲンの撮影を行っております。ご協力をお願いいたします。

通所リハビリテーション利用の開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

*□ 「個人情報の取り扱いについて」

*□ 「レ・ハビリス桜十字デイケアセンターご利用時の留意点」

私は、上記項目について担当者より説明を受け、十分に理解しました。

<事業者>

所在地 福岡市中央区渡辺通 3 丁目 5 番 11 号

事業者名 医療法人福岡桜十字 介護老人保健施設 レ・ハビリス桜十字デイケアセンター
(指定番号 4050380114)

代表者名 管 理 者 木 村 豪 雄

<説明者>

所 属 レ・ハビリス桜十字 デイケアセンター

氏 名

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業者が 1 通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____
(☎ - -)

氏 名 _____

<利用者代理人>

住 所 _____
(☎ - -)

氏 名 _____ (続柄)