

介護老人保健施設エスポワール岬訪問リハビリテーション

(介護予防訪問リハビリテーション) 利用約款

第1条 (サービスの目的及び内容)

- 1 医療法人社団寿光会 介護老人保健施設エスポワール岬（以下「事業者」という。）は、介護保険法等関係法令及びこの約款に従い、利用者に対し、利用者が可能な限り居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、次のサービスを提供します。
- 2 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、事業者に対し、別紙2の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。
- 3 利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。事業者は、利用者からの申し出があった場合、第1条に規定する居宅介護サービス利用の目的に反する当変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。
- 4 サービス内容を変更した場合、利用者と事業者とは、利用者が変更後に利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適応の有無について記載した、利用サービス変更合意書を交わします。

第2条 (適用期間)

- 1 本約款は、利用者が介護老人保健施設訪問リハビリテーション（介護予防訪問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、令和8年6月1日以降から効力を有します。但し、利用者の身元引受人に変更があった場合は、新たな身元引受人の同意を得ることとします。
- 2 利用者は、第4条又は第5条による解除がない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設の訪問リハビリテーション（介護予防訪問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。但し、本約款、別紙1、別紙2又は別紙3（本項において「本約款等」といいます。）の改定が行われた場合は新たな本約款等に基づく同意書を提出していただきます。

第3条 (居宅サービス計画変更の援助)

事業者は、利用者が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

第4条 (利用者の解除権)

利用者は、事業者に対し、いつでもこの利用の解除を申し入れることができます。この場合には、1週間以上の予告期間を持って届けるものとします。

第5条 (利用者の解除権)

利用者は、以下の場合には、直ちにこの利用を解除できます。

- 1 事業者が、正当な理由なく、本利用に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合。
- 2 事業者が第11条に定める守秘義務に違反した場合。
- 3 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本利用を継続しがたい重大な事由が認められるとき。

第6条（事業者の解除権）

- 1 事業者は、利用者が故意に法令違反、その他著しく逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用の目的を達することが著しく困難となったときは、文書により、2週間以上の予告期間をもって、この利用を解除することができます。
- 2 事業者は、前項によりこの利用を解除する場合には、担当の介護支援専門員又は利用者が住所を有する市町村に連絡を取り、必要な措置を講じます。

第7条（利用者負担金及びその滞納）

- 1 サービスに対する利用者負担金は、サービスごとに別紙に記載するとおりとします。なお、利用者負担金は関係法令に基づいて定められるため、利用期間中に関係法令が改定された場合には、改定後の金額を適用するものとします。
- 2 利用者が、正当な理由なく事業者に支払うべき利用料金の自己負担分を3ヵ月以上滞納した場合には、事業者は1ヵ月以上の期間を定めて、期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この利用を解除する旨の催告をすることができます。
- 3 前項の催告をした場合には、事業者は居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者、又は介護事業者と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。
- 4 事業者は、前項に定める協議等の努力を行い、かつ第2項に定める期間が満了した場合には、文書によりこの利用を解除することができます。

第8条（利用の解除）

次の各項のいずれかに該当する場合には、この利用は終了します。

- 1 第4条に基づき、利用者から解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 2 第5条に基づき、利用者から利用の解除の意思表示がなされたとき。
- 3 第6条ないし第7条に基づき、事業者から利用解除の意思表示がなされたとき。
- 4 利用者が介護保険施設や医療施設に入所又は入院した場合。
- 5 利用者の要介護状態区分が、自立とされた場合。
- 6 利用者が死亡したとき。

第9条（緊急時の連絡）

訪問リハビリ提供中に緊急事態が生じた場合には、診療情報提供書を交付した主治医に連絡し、必要な処置等を実施するとともに、速やかに利用者が指定される方に連絡をします。

なお、主治医に連絡が取れない場合には、エスポワール岬の医師に連絡し必要な処置等を実施します。

第10条（事故発生時の対応及び損害賠償）

- 1 事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 2 事業者は、前項の事項の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から2年間保存します。
- 3 事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。但し、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。

第11条（秘密保持）

- 1 事業者及び事業者の従業員は、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らしません。
- 2 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待防止法に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

第12条（苦情処理）

- 1 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに不満がある場合、事業者、介護支援専門員、市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、苦情を申し立てることができます。
- 2 事業者は、利用者に提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
- 3 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。

第13条（サービス内容等の記録作成・保存）

- 1 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から2年間保存します。
- 2 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ、利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項に規定する書面その他のサービスの提供に関する記録の閲覧・謄写を求めることができます。ただし、謄写に際しては、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。

第14条（約款外条項）

本約款に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

<別紙 1 >

介護老人保健施設エスポワール岬のご案内
(令和 8 年 6 月 1 日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 エスポワール岬
- ・開設年月日 平成 13 年 1 月 15 日
- ・所在地 千葉県いすみ市岬町和泉 330-1
- ・電話番号 0470-80-2711 ・ファックス番号 0470-80-2712
- ・管理者名 奥野 隆久
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (1253780020 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、利用者の能力に応じた日常生活を営む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。

[介護老人保健施設エスポワール岬の運営方針]

「超高齢化社会を迎えるなかで、エスポワール岬は 1 人でも多くのお年寄りが、安心と充実の中で日々の生活を送れますことを念願し、療養とリハビリテーションの傍ら、入浴とレクリエーション活動に重点を置き、毎日が楽しく過ごせる様、職員一同お年寄りの人間性を尊重し、きめ細かなお世話をモットーに施設サービスに勤めます」

(3) 施設の職員体制

付表 1 職員の職種、員数を参照

(4) 入所定員等 ・定員 100 名

・療養室 個室 12 室、4 人室 22 室

(5) 通所定員 40 名

(6) 訪問リハビリテーション

2. 訪問リハビリテーションのサービス内容

医師の指示に基づき、①日常生活動作訓練 ②起立・歩行訓練 ③筋力強化訓練 ④関節可動域訓練 ⑤家族への介護方法の相談・指導 ⑥その他医師の指示事項を、介護支援専門員の作成した居宅サービス計画書に従って、訪問リハビリテーション実施計画書を作成しサービスは提供されます。

また、訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直しながら、介護支援専門員を通じてその他の居宅サービスに該当する事業者に対し、リハビリテーションの観点から日常生活上の留意点や介護の工夫等を伝達し連携を図ります。

3. 訪問リハビリテーションのサービスの提供時間帯

介護支援専門員と相談し、時間帯を決定させていただきます。なお他利用者様の利用状況の変更や天候、交通事情等により時間変更をお願いすることがありますので、ご理解・ご了承の程宜しくお願いします。

*日・祝日・年末年始はサービス提供を行いません。

◇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. 禁止事項

当施設では、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。

5. 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。（電話 0470-80-2711）

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、1階に備えつけられた「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。

その他

千葉県国民健康保険団体連合会 （電話 043-254-7428）

いすみ市役所 介護保険課 （電話 0470-62-1118）

御宿町役場 保険福祉課 （電話 0470-68-6716）

一宮町役場 介護保険課 （電話 0475-42-1431）

*上記以外にも利用者の所在地の市町村役場の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

6. その他の事項

①介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供する場合は、訪問リハビリの文言を介護予防訪問リハビリテーションと読み替えることとします。

②急用等により訪問リハビリを受けることができなくなった場合は、当日9時00分までに当事業所までご連絡をお願いします。ご連絡がないままご自宅を不在にして訪問リハビリをキャンセルした場合は、実費相当額を負担していただく場合があります。

また、流行性の感染症にご本人または同居しているご家族様が感染している場合は、訪問リハビリを中止させていただきます。感染が明らかな場合についても、当日9時00分までに当事業所までご連絡をお願いします。担当セラピストが訪問した上で訪問リハビリを中止した場合についても実費相当額をご負担いただく場合があります。

③ご不明な事項については、訪問リハビリ担当者にお尋ね下さい。

④3ヶ月を目安に、利用計画の見直しを致しますのでご了承下さい。

⑤当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

<別紙2>

訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）について （令和8年6月1日現在）

1. 利用者負担説明

介護老人保健施設をご利用になる利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる自己負担分と保険給付対象外の費用（交通費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、診断書等の文章作成費、要介護認定の申請代行費等）を利用料としてお支払いいただく2種類があります。

なお、介護保険の保険給付の対象となっているサービスは、利用を希望されるサービス（入所、短期入所療養介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション）毎に異なります。

また、利用者負担は全国統一料金ではありません。介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数、また、認知症専門の施設（認知症専門棟加算）で異なりますし、利用料も各施設ごとの設定となっております。

2. 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。

3. 訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）とは

医師の指示のもと、国家資格を持った理学療法士・作業療法士または言語聴覚士が利用者の自宅へ訪問し、利用者が有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようになることを目的として、1日につき20分以上の機能回復訓練及び日常生活に必要な指導や助言を行うことを指します。

*訪問リハビリテーション専任ではない、当法人所属の理学・作業療法士が訪問リハビリテーションを行う場合があります。

4. 診療情報提供書と訪問リハビリ指示書の交付

訪問リハビリテーション（以下、訪問リハビリ）は、主治医の情報提供に基づき担当セラピストが実施するため、訪問リハビリのサービス提供を受けるためには、主治医の作成した「診療情報提供書」を持参して頂き、当施設に受診していただく必要があります。また、訪問リハビリを継続していく場合、指示書は3ヵ月毎に更新する必要があります。3ヵ月に一度、当施設への受診が必要となります。また、ご家族様での送迎や通院が困難な場合は、当施設の送迎があります。（別紙同意書あり）

*診療情報提供書の有効期限は、原則として、受診時より1ヶ月です。

*主治医からの診療情報提供書を作成する際にかかる受診や書類作成の費用はご利用者様のご負担となります。

5. 利用料、交通費の請求について

<基本利用料>

訪問リハビリテーション費 1回 20分 介護報酬 308単位（予防298単位）

1日2回（40分）の場合は介護報酬が616単位（予防596単位）となります。

1日3回（60分）の場合は介護報酬が924単位（予防894単位）となります。

<加算>

介護保険に定められている以下の加算について、基本利用料に追加してご請求させていただきます場合があります。

①リハビリテーションマネジメント加算（イ） 1月につき 180単位

②リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 1月につき 213単位

③事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合	1月につき	270単位
④短期集中リハビリテーション実施加算	1日につき	200単位
*退院（所）、認定日から3月以内のみ		
⑤認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1日につき	240単位
*退院（所）、認定日から3月以内のみ		
⑥サービス提供体制加算（Ⅰ）	1回につき	6単位
⑦退院時共同指導加算（退院時1回を限度）	1回につき	600単位
⑧介護職員等処遇改善加算	（所定単位数×15／1000）／月	
なお、加算については、ご利用者様のご同意を得た上で介護支援専門員との協議ののち算定いたします。		

<交通費>

実施区域外のご自宅への訪問につきましては、1kmにつき20円を請求させていただきます。

6. 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20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。

お支払い方法は、口座振替、銀行振込の2方法があります。なお、恐れ入りますが、手数料は、ご利用者様負担とさせていただきます。

<別紙3>

個人情報の利用目的

(令和8年6月1日現在)

介護老人保健施設エスポワール岬では、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。

医療介護提供

- 利用者様に提供する医療及び介護サービス
- 他の病院・診療所・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
- 他の医療機関等からの照会への回答
- 患者様の診療の為、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ご家族等への病状説明
- その他、利用者様への医療及び介護サービス提供に関する利用

診療費・介護報酬請求の為の事務

- 診療報酬・介護報酬等の請求に関する事務
- 医療・介護保険審査支払機関へのレセプト(診療・介護報酬明細書)の提出
- 審査支払機関または、保険者からの照会への回答
- 公費負担医療に関する事務及び行政機関等へのレセプト提出、照会への回答
- 交通事故に関する事務及び損害保険会社等への医療費等の請求に関する事務
- その他、医療・介護・労災保険及び公費負担医療に関する診療費請求の為の利用

管理運営業務

- 会計・経理業務
- 医療事故等の報告
- 医療・介護サービス及び業務の維持・改善の為の基礎資料
- 利用者様の医療及び介護サービスの向上
- その他、管理運営業務に関する利用

医師・施設賠償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

医療および介護サービスの質の向上を目的とした施設内症例検討

外部監査機関への情報提供

介護老人保健施設訪問リハビリテーション (介護予防訪問リハビリテーション) 利用同意書

介護老人保健施設エスポワール岬
管理者 奥野 隆久 殿

利用開始日：令和 年 月 日

訪問リハビリテーションサービスを利用するにあたり、介護老人保健施設利用約款に基づき、利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、訪問リハビリテーションサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意することを連帯保証人とともに誓約します。

<利用者>

氏 名 印

住 所

電話番号

<利用者の身元引受人>

氏 名 印

住 所

電話番号

<連帯保証人> (同一生計以外の方)

氏 名 印

住 所

電話番号

続柄

【本約款第7条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏 名

住 所 〒

電話番号 (自 宅) (携 帯)

【本約款第9条緊急時及び第10条1項事故発生時の連絡先】

氏 名

住 所

電話番号 (自 宅) (携 帯)