

介護老人保健施設山県グリーンポート 通所リハビリテーション及び予防通所リハビリテーション利用契約書

(契約の目的)

第1条 医療法人社団友愛会 介護老人保健施設山県グリーンポート(以下「当施設」という。)は、要介護状態及び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居宅において、その有する能力に応じ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及び予防通所リハビリテーションを提供し、一方、利用者又は家族若しくは連帯保証人は、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、本契約の目的とします。

(適用期間)

第2条 本契約は、利用者が介護老人保健施設山県グリーンポート通所リハビリテーション及び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、令和 年 月 日以降から効力を有します。但し、連帯保証人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、本契約、「別紙1重要事項説明書」、「別紙2利用料金一覧表」、「別紙3個人情報の利用目的」、及び「別紙4通所リハビリテーション(デイケア)注意事項」の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及び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。

但し、「別紙2利用料金一覧表」については、改定の都度文書にてご案内し同意を得ることとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者又は家族若しくは連帯保証人は、当施設に対し、利用中止の意思表明をすることにより、利用者の居宅サービス計画及び介護予防サービス計画にかかわらず、本契約に基づく通所リハビリテーション及び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、この場合利用者又は家族若しくは連帯保証人は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者及び介護予防サービス計画作成者に連絡するものとします。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者又は家族若しくは連帯保証人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく通所リハビリテーション及び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・要支援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及び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及び予防通所リハビリテーションの提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者又は家族若しくは連帯保証人が、本契約に定める利用料金を2か月分以上滞納し、その支払を督促したにも関わらず14日間以内に支払われない場合

- 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、当施設を利用することができない場合

(利用料金)

- 第5条 利用者又は家族若しくは連帯保証人は、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及び予防通所リハビリテーションの対価として、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。
- 2 当施設は、利用者又は家族若しくは連帯保証人が指定する者に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月15日までに発行し、所定の方法により交付します。利用者又は家族若しくは連帯保証人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の27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うえ双方合意した方法によりますが、特に指定がない場合は原則として、金融機関口座自動引落としとします。
 - 3 当施設は、利用者又は家族若しくは連帯保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は家族若しくは連帯保証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 前項までに定める利用料金の支払いを連帯保証人が負うべき場合、上限額は10万円とする。

(記録)

- 第6条 当施設は、利用者の通所リハビリテーション及び予防通所リハビリテーション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、家族又は連帯保証人その他の者(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家族若しくは連帯保証人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。

(虐待防止に関する事項)

第9条 事業所(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次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について全従業者に周知徹底を図る
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施(年2回)
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに、これを市町村に通報するものとする。

(緊急時の対応)

第10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、利用者又は家族若しくは連帯保証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11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、当該利用者の主治医、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、当施設は利用者又は家族若しくは連帯保証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12条 利用者又は家族若しくは連帯保証人は、当施設の提供する通所リハビリテーション及び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、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13条 通所リハビリテーション及び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、利用者又は家族若しくは連帯保証人は、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。

(家族及び連帯保証人)

第14条 当施設は利用者に対し、確実な保証能力のある家族及び連帯保証人をたてるものとします。家族及び連帯保証人は当施設に対し、そのサービスに係わる一切の債務を利用者と連帯して履行する責任、及び第12条に定める賠償責任を負うものとします。

(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、利用者又は家族若しくは連帯保証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。

- 2 詳細・利用料金は、「別紙1重要事項説明書」、「別紙2利用料金一覧表」、「別紙3個人情報の利用目的」及び「別紙4通所リハビリテーション(デイケア)注意事項」にて定めるものとします。

第16条 事業所(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次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について全従業者に周知徹底を図る
 - (2) 虐待防止のための指針の整備
 - (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施(年2回)
 - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに、これを市町村に通報するものとする。

本契約書、別紙1、別紙2、別紙3、別紙4の説明者

令和 年 月 日

職 名 _____

氏 名 _____

介護老人保健施設山県グリーンポートデイケアセンター重要事項説明書

(令和7年4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 山県グリーンポート
- ◇開設年月日……………平成16年8月3日(デイケア:平成17年3月1日)
- ◇所在地……………岐阜県山県市大門773番地
- ◇電話番号……………(0581)36-2800(代表) (0581)36-2731(直通)
- ◇ファックス番号……………(0581)36-2122
- ◇介護保険指定番号……………介護老人保健施設、デイケア共通(2150880017号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

■ ～通所リハビリテーション及び予防通所リハビリテーション運営規程

第2条:施設の目的より～

当施設は、要支援状態及び要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画(以下「通所リハビリテーション計画」という。)を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。

■ ～運営規程 第3条:運営の方針より～

当施設は、通所リハビリテーション計画及び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1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努める。

- 2 当施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行なわない。
- 3 当施設は、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、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できるよう努める。
- 4 当施設は、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る。
- 5 サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族等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ともに利用者又はその家族等の同意を得て実施するよう努める。
- 6 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者等の個人情報については、別に定める個人情報の利用目的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) 施設の職員体制(一部、介護老人保健施設と兼任)

職 種	人 数	業 務 内 容
管理者・医師	1人(老人保健施設と兼務)	利用者の診察、健康管理に関する業務
看護職員	2人以上	看護、診察の補助、保健衛生管理、介護
介護職員	10人以上	利用者の日常生活の介護
理学療法士	5人以上	機能回復に必要な訓練及び指導、 リハビリテーション実施計画の作成(ケアプラン)等
作業療法士		
言語聴覚士		
管理栄養士	1人以上 (老人保健施設と兼務)	栄養ケアマネジメント、嗜好調査

(4) 設備・備品等(一部、介護老人保健施設と兼用)

居室設備の種類	室 数	備 品 等
相談室	1室	
機能訓練室	1室	パワーリハビリテーション機器、昇降式平行棒、 ハイレウテーブル、作業療法用具、等
喫茶・売店	1室	
浴 室	4室	一般浴室(歩行浴)、特殊浴室 1,2(車椅子・ストレッチャー)、 個別浴室
診察室	1室	
レクリエーションルーム	1室	カラオケ、遊具一式
食堂・談話	1室	

(5) デイケア(通所リハビリ)定員:35名、入所定員:100名(ショートステイ含む)

(6) 営業時間

営業日	月曜日 ～ 土曜日 (祝日含む)
営業時間	8時30分 ～ 19時00分
サービス提供時間	10時00分 ～ 16時00分
延長サービス時間	(上記サービス提供時間10時00分～18時00分継続利用後) 18時00分 ～ 20時00分
(営業しない日)	(日曜日、12月31日～1月3日)

(7) 通所リハビリテーション及び予防通所リハビリテーションサービス提供地域

サービス提供地域	山縣市、岐阜市長良川以北、関市武芸川町
----------	---------------------

2. サービス内容

① 通所リハビリテーション計画及び予防通所リハビリテーション計画の立案

居宅サービス計画の内容に沿って利用者の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえて、リハビリテーションの目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載し、計画を作成します

- ② リハビリテーション
リハビリテーション実施計画の作成(ケアプラン)、状況に合わせた機能訓練・日常生活動作訓練及び指導等
 - ③ 送迎
ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎サービスのご利用は任意です。ご希望の方はご相談下さい
 - ④ 食事
 昼 食 12時00分～
 おやつ 15時00分～
 (夕 食) (17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
 - ⑥ 医学的管理・看護・健康チェック
病状にあわせた医療・看護を提供します
血圧、体温測定等利用者の全身状態の把握を行います
 - ⑦ 介護
 食事、入浴、排泄、等
 - ⑧ レクリエーション、クラブ活動、季節の催し、地域等からの慰問
 - 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及び予防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等に適用)
 - ⑬ 喫茶コーナー(月～金曜日 13 時 00 分～14 時 00 分)・売店コーナー
 - ⑭ 移動販売(第2・4水曜日＝菓子等、第1・3水曜日＝パン)
- ※以上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いただくものもありますのでお問い合わせ下さい。

3. 利用料金

「別紙2利用料金一覧表」に記載

※日用品費の内訳

バスタオル・タオル・ボディソープ・シャンプー・ティッシュペーパー、
ペーパータオル等

※教養娯楽費の内訳

新聞・雑誌・レクリエーション費・各種行事、誕生日会等
日用品費、教養娯楽費については、利用者又は家族等の自由な選択に基づき提供した場合の料金となります。

4. 支払い方法

お支払い方法は原則として、金融機関口座自動引落としと致します。
毎月15日までに、前月分の請求書を発行します、その月の27日頃に利用者及び連帯保証人が指定した金融機関口座より自動引き落とし致します。
契約時に金融機関指定用紙の預金口座振替依頼書(金融機関口座自動引落とし申込書)に記入して頂きます。

5. 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 岩砂病院・岩砂マタニティ
住 所 岐阜市八代1丁目7番1

名 称 岐北厚生病院
住 所 山県市高富1187番地の3

・協力歯科医療機関

名 称 朝日大学PDI岐阜歯科診療所
住 所 岐阜市都通5丁目15番地

◆緊急時の連絡先

緊急の場合には、利用者及び連帯保証人が指定する連絡先に連絡します。

6. 施設利用に当たっての留意事項

ご利用にあたり、利用者本人の介護保険被保険者証、介護保険負担限度額認定証、医療保険証(後期高齢者医療被保険者証・健康保険被保険者証・国民健康保険被保険者証)、後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額認定証、福祉医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、身体障害者手帳等を確認させていただきます。

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。

・・面会・・・・・・・・・・

◆面会時間 9時00分～19時00分

来設者は必ずその都度職員に届け出るとともに、玄関面会簿に氏名等をご記入してください。

飲食物(利用者への差し入れ)を持ち込まれた際には必ずフロア職員に声をかけてください。

・・飲酒・喫煙・・・・・・・・

◆原則として禁止します。

・・火気の取扱い・・・・・・・・

◆一切禁止とします。

・・設備・備品の利用・・・・・・・・

◆皆様に快適にお使いいただけるよう大切にお取り扱い下さい。破損などを発見した時は速やかに職員にご連絡ください。

・・所持品・備品等の持ち込み・・・・・・・・

◆必要最低限でお願い致します。

・・金銭・貴重品の管理・・・・・・・・

◆原則として行っておりません。

・・ペットの持ち込み及び飼育・・・・・・・・

◆一切禁止とします。

・・ハラスメントについて・・・・・・・・

◆利用者またはその家族等が、事業者やサービス従事者に対して次の事由に該当した場合は、事業者は文章で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。

(1) パワーハラスメント(身体的・精神的暴力)、セクシャルハラスメント(性的ないやがらせ)などの行為

① パワーハラスメントの例

- ・物を投げつける、たたく、ひっかく、つねる
- ・威圧的な態度で文句を言い続ける、理不尽な要求をする
- ・怒鳴るなど

② セクシャルハラスメントの例

- ・必要もなくサービス従事者の体に触る
- ・卑猥な言動を繰り返す
- ・わいせつな写真等を見せるなど

③ その他

- ・サービス従事者の自宅の住所や電話番号を何度も聞く
- ・ストーカー行為など

(2) サービス利用中に、同意なくサービス従事者を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

7. 非常災害対策

防災設備・・・・スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知器、非常放送、非常電源、非常用照明、誘導灯

防災訓練・・・・年2回

8. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活をおく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。

9. 要望及び苦情等の相談

当施設の職員、担当介護支援専門員・行政機関等にお気軽にご相談ください。

苦情・相談への対応は次の通りです。

○苦情・受付相談窓口

① 常時設置の「ご意見箱」に文書で投函

② 山県グリーンポート通所リハビリ責任者に直接申し出る

電 話 0581-36-2731

FAX 0581-36-2122

開設時間 月曜日～土曜日 8時30分～17時00分

○外部相談窓口

山口市健康介護課	電 話 0581-22-6838
岐阜市介護保険課 支援係	電 話 058-214-2093
関市高齢福祉課	電 話 0575-23-8993
もとす広域連合介護保険課	電 話 058-320-2220
岐阜県国民健康保険団体連合会	電 話 058-275-9826

○処理手順

- ① 検討会の開催＝事実確認を行い、施設長、統括部長、看護、介護責任者、苦情受付対応者(必要に応じては、対象職員)と協議します。
- ② 苦情の返答＝検討した結果を施設長名で速やかに返答します。
- ③ 改善の実施＝改善を速やかに実施し、改善状況を確認します。
(損害を賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。)
- ④ 解決困難な場合＝保険者に連絡し、助言・指導を得て改善を行います。また、解決できない場合には、保険者と協議し、国保連合会への報告及び指導をいただきます。
- ⑤ 再発防止＝同様の苦情、事故が起これないように苦情対応報告書に記録し、職員に周知するとともに「苦情対応手順」に則り再発防止に努め、サービスの向上に努めます。

10. 損害賠償

当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償致します。ただし、その損害の発生について利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時は、事業者の損害賠償を減じる場合があります。なお、その損害の発生について、次の場合は損害賠償の責は負えません。

- ① 介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する『身体拘束の原則禁止』により、基本的介護サービスを行います。法律を遵守することにより転倒等の事故が起こった場合。
- ② 法定の勤務体制中であり当施設に故意過失がない場合。
- ③ 利用者に故意又は過失が認められる場合。

11. 虐待の防止のための措置

利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ③ その他虐待防止のために必要な措置(委員会の開催、指針整備等)

2 事業所はサービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

12. その他

当施設についての詳細は、パンフレットをご覧ください。また、ホームページでもご覧いただけます。

当施設についてのお問い合わせは、遠慮無くお申し出ください。

<運営母体・関連施設>

- ・法人名 医療法人社団 友愛会
- ・施設名 ・岩砂病院・岩砂マタニティ(内科・婦人科・小児科・リハビリテーション科・放射線科・産科)
 - ・岐阜市地域包括支援センター長良 ・岩砂訪問看護ステーション
 - ・岩砂介護保険支援センター長良 ・岩砂訪問介護センター長良
 - ・岐阜市地域包括支援センター岩野田
 - ・You&Iの森 いわのだ
 - 小規模多機能型居宅介護 とまり木
 - 住宅型有料老人ホーム にこの木
 - ・You&Iの森 ながら
 - 福光グリーンホーム(グループホーム)
 - 小規模多機能型居宅介護 ひとい木
- ・所在地 岐阜市八代1丁目7番1
- ・代表者名 理事長 岩砂智丈
- ・電話番号 058-231-2631 / FAX番号 058-294-1480
- ・URL <https://yuuaikai-gifu.or.jp>

友愛会における介護サービスの提供に必要な 個人情報の利用目的

■ 施設・事業所内での利用

1. 利用者に提供する介護サービス
2. 介護保険事務
3. 入退所等の管理
4. 会計・経理
5. 介護事故・緊急時等の報告
6. 利用者への介護・医療サービスの向上

■ 他の介護事業所等への情報提供を伴う利用

1. 他の病院、診療所、薬局及びその他の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、行政等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
2. その他の業務委託
3. 家族等への心身の状況説明
4. 保険事務の委託
5. 審査支払機関へのレセプトの提出
6. 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
7. 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

■ その他の利用

1. 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
2. 外部監査機関・評価機関等への情報提供
3. 施設内において行われる学生等の実習への協力
4. 学会・学術誌等への発表・報告

なお、特定の利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名・生年月日・住所等を消去し匿名化いたします。匿名化が困難な場合については、本人の同意を得ます。

<補足事項>

- 上記のうち、個人情報の利用について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当者までお申し出ください。
- お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
- これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。

通所リハビリテーション(デイケア)注意事項

当施設では、快適にご利用いただけますよう、安全な環境作りに努めておりますが、下記の状況をご理解いただけますようご協力をお願いします。

『ご確認くださいましたら、□にチェックをお願いします』

☐天候や道路状況により、デイケアの営業を中止させて戴く場合がございます。

台風・積雪などの悪天候や災害時の道路状況などにより、デイケアの営業を中止させて戴く場合がございます。

※営業中止の場合には、電話にてご連絡させて戴きます。

☐体調不良、転倒・転落後は無理をせずお休み戴き、病院受診をお願いします。

体調不良、転倒・転落につきましては、送迎時に必ずスタッフにお伝え下さい。状況により、ご利用をお休み戴く場合がございます。

※来所後に、入浴・リハビリテーションなどお断りさせて戴く場合がございます。

☐ご利用中に体調を崩された場合、ご家族様へ連絡させていただきます。

施設医師の判断により当日のご利用を中止し、ご家族様にお迎えを依頼させていただきます。

※体調不良時は、ご自宅・病院等への送迎は原則行いません。

☐貴重品の持ち込みはお控え下さい。

当施設では、金銭・貴重品・携帯電話・タブレット等(電子機器)の管理は行いません。

紛失・破損・故障等に関し、一切の責任は負いませんので、全て自己責任でお願いします。

※売店、喫茶等のご利用料金は、口座振替と合わせてお支払い戴く事が可能です。

☐利用者様同士の金銭、物品、食品の受け渡しは禁止させて戴いております。

※ご利用者様同士の金銭・物品の受け渡し、物品購入の依頼及び貸し借り等は、トラブルの原因になりますので固く禁止させていただきます。

※のどに詰まる等の危険性や、糖尿病・腎臓病などの病気による禁止食品、またはアレルギーなど、摂取が固く禁止されている食品がありますのでご理解ください。

介護老人保健施設山県グリーンポート
通所リハビリテーション及び予防通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設山県グリーンポートを通所利用するにあたり、「介護老人保健施設山県グリーンポート通所リハビリテーション及び予防通所リハビリテーション利用契約書」、「別紙1 重要事項説明書」、「別紙2 利用料金一覧表」、「別紙3 個人情報の利用目的」、「別紙4 通所リハビリテーション(デイケア)注意事項」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

(代筆者)

(続柄)

＜連帯保証人＞

住 所

氏 名 _____ 印 _____

別紙3 個人情報利用目的を確認し同意します。

<家 族>

住 所

氏 名 _____ 印 _____

＜当 施 設＞

所在地 山県市大門773番地

法人名 医療法人社団 友愛会

施設名 介護老人保健施設山県グリーンポート

デイケアセンター

代表者 理事長 岩 砂 智 丈 印

【本契約第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】（本人・連帯保証人・家族）

住 所	〒 一
氏 名	

