

介護老人保健施設

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 約 款 (重要事項説明書)

社会福祉法人 弘前豊徳会
介護老人保健施設 サンタハウス弘前
通所リハビリテーション
弘前市大字大川字中桜川18番地10

介護老人保健施設 サンタハウス弘前
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）
利用約款（重要事項説明書）

（約款の目的）

第1条 介護老人保健施設サンタハウス弘前 通所リハビリテーション（以下「当施設」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つては要支援状態）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、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送ることができるように、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、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する。

（適用期間）

第2条 本約款は、利用者が介護老人保健施設サンタハウス弘前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）利用同意書を当施設に提出した時から効力を有する。但し、ご家族に変更があつた場合は、新たに同意を得る事とする。

利用者は、前項に定める事項の他、本約款、別紙1、別紙2に記載されている事項の改定が行われない限り、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）を利用することができるものとする。

（利用者からの解除）

第3条 利用者及びご家族は当施設に対し、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）計画に拘わらず、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る。なお、この場合利用者及びご家族は、速やかに当施設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する。

（当施設からの解除）

第4条 当施設は、利用者及びご家族に対し、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る。

- 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（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
- 3、 利用者及びご家族が本約款に定める利用料を1ヶ月以上滞納し、その支払いを催促したにも拘わらず5日以内に支払われない場合
- 4、 利用者又はご家族が、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
- 5、 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

(利用料金)

第5条 利用者及びご家族は、連帯して、当施設に対し、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る。但し、当施設は、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る。

2 当施設は、利用者及びご家族が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書を毎月上旬に送付し、利用者及びご家族は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の末日までに支払うものとする。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るものとする。

3 当施設は、利用者又はご家族から、1項に定める利用料金の支払いを受けた時は、領収書を発行する。

(記録)

第6条 当施設は、利用者の通所リハビリテーション（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2年間は保管する。（診療録については、5年間保管する。）

2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧を求めた場合には、原則としてこれに応ずる。但し、ご家族、その他の者（利用者の代理人を含む）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、これに応ずる。

(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わない。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設医師が判断し、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る。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する。

(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ご家族等に関する個人情報の利用目的を別紙2のとおり定め、適切に取り扱うものとする。また、正当な理由なく第三者に提供しない。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する。

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する。

(緊急時の対応)

第9条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により受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る。

- 2 前項の他、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、利用者及びご家族が指定する者に対し、緊急に連絡する。

(事故発生時の対応)

第10条 サービスの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る。

- 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する。
- 3 前2項の他、当施設は利用者のご家族等利用者又はご家族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する。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 利用者及びご家族は、当施設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、担当者に申し出ることができ、又は、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る。

(賠償責任)

第12条 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する。

- 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、利用者及びご家族は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとする。

(連帯保証人)

第13条 連帯保証人は、利用者と連携して、本契約から生じる利用者の債務を負担するものとする。

- 2 前項の連帯保証人の負担の極度額は、施設利用料の6カ月分の額を限度とする。
- 3 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者又は連帯保証人が死亡した時に、確定するものとする。
- 4 連帯保証人の請求があった時は、施設は、連帯保証人に対し、遅滞なく施設利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。

(利用契約に定めのない事項)

第14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、利用者又はご家族と当施設が誠意をもって協議して定めることとする。

(管轄裁判所)

第15条 この約款に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は青森地方裁判所弘前支部を第一管轄裁判所とすることを予め合意する。

介護老人保健施設 サンタハウス弘前
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）のご案内
（令和6年10月1日現在）

1. 介護老人保健施設サンタハウス弘前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）の概要

(1) 当施設の概要

施設名	介護老人保健施設 サンタハウス弘前 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）
所在地	弘前市大字大川字中桜川18番地10
電話番号	0172-99-1115
FAX番号	0172-99-1116
事業所番号	0250280088
通常の実施地域の送迎	弘前市、板柳町、鶴田町、平川市（碓ヶ関地区を除く）、藤崎町、田舎館村

(2) 当施設の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容
施設長		1名		1名	施設の業務を統括管理します。
管理者	医師	1名		1名	利用者の病状等を把握し診察、健康管理を行います。
リハビリ職員	理学療法士				利用者の生活の質の向上を図り、身体的・精神的機能の維持向上、機能の減退を防止する為の訓練を行います。
	作業療法士	4名	1名	5名	
	言語聴覚士				
看護職員	看護師				利用者の保健衛生及び看護業務を行います。
	准看護師	1名		1名	
介護職員	介護福祉士	5名		5名	利用者の日常生活援助（入浴・排泄・食事等）を行います。
	実務者研修				
	初任者研修				
	ホームヘルパー2級				
管理栄養士	管理栄養士	2名		2名	利用者の栄養管理等を行います。
事務職員		1名		1名	庶務・会計業務を行う。
他のリハビリテーション提供者	あん摩マッサージ指圧師	1名		1名	機能訓練指導員及びあん摩マッサージ指圧師。

(3) 施設の設備概要

定員	40名	トイレ (男性)	8.44㎡
エントランスホール	14㎡	トイレ (女性)	14.06㎡
玄関	13.20㎡	トイレ (車椅子用)	6.68㎡
事務室	18.20㎡	物置	3.68㎡
診察室	7.62㎡	S K	2.28㎡
機能訓練室A	17.79㎡	特別浴室付脱衣室	6.54㎡
食堂・機能訓練室B	159.01㎡	特別浴室付脱衣室	10.38㎡
機能訓練室C	6.48㎡	脱衣室 (男性)	10.23㎡
機能訓練室D	5.48㎡	脱衣室 (女性)	17.72㎡
デイルーム (1)	31.88㎡	浴室 (男性)	13.68㎡
デイルーム (2)	14.70㎡	浴室 (女性)	22.08㎡
デイルーム (3)	14.90㎡	更衣室 (男性)	3.89㎡
デイルーム (4)	17.90㎡	更衣室 (女性)	2.96㎡

2. 介護保険証の確認

ご利用のお申込に当たり、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. 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) の特徴

(1) 運営の方針

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にあつては要支援者) 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為に提供いたします。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 (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・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頂きます。

(2) サービスの利用のために

事 項	備 考
男 性 従 業 員	4 名
従業員への研修の実施	月 1 回 研修を実施しています。
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供しています。
身 体 拘 束	原則として身体拘束は行いません。

(3) サービスの利用に当たって留意事項

送迎時間の連絡	利用開始前に連絡します。
体調確認	施設到着後バイタルチェックを行います。
体調不良によるサービスの中止・変更	当日8時30分までにご通知いただければ、料金を負担することなくサービスを中止することができます。
食事のキャンセル	
時間変更	
設備・器具の利用	施設内の設備や、器具は本来の用途にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。

4. サービス内容

サービス	内 容
看護 介護	利用者が相互に社会関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援するよう、利用者の心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行います。また、ご利用の都度、検温・検脈・血圧測定を実施し利用者の健康管理に努めます。
食事	管理栄養士及び栄養士の作成した献立表により、栄養と利用者の嗜好に配慮し、バラエティに富んだ食事を提供します。
入浴	入浴時間は9時30分から14時30分までです。利用者の状況に応じて着脱・入浴介助を行うとともに、着脱・入浴の自立についても適切な援助を行います。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
生活相談	日常生活に関することなどについて相談できます。当施設は、利用者及びそのご家族からの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。
機能訓練	医師の指示の下、個別的又は集団的に口腔機能、運動器機能の低下防止及び改善のための訓練を行います。

5. 利用料金

区 分	金 額			
通常規模型通所 リハビリテー ション費 ※記載の料金は1 割負担の方の料金 です。 利用者の負担割 合に応じて料金は 変動します。	1 時間以上 2 時間未満	要介護 1	日額	3 6 9 円
		要介護 2	日額	3 9 8 円
		要介護 3	日額	4 2 9 円
		要介護 4	日額	4 5 8 円
		要介護 5	日額	4 9 1 円
	2 時間以上 3 時間未満	要介護 1	日額	3 8 3 円
		要介護 2	日額	4 3 9 円
		要介護 3	日額	4 9 8 円
要介護 4		日額	5 5 5 円	
要介護 5		日額	6 1 2 円	
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	日額	4 8 6 円	
	要介護 2	日額	5 6 5 円	
	要介護 3	日額	6 4 3 円	
	要介護 4	日額	7 4 3 円	
	要介護 5	日額	8 4 2 円	
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	日額	5 5 3 円	
	要介護 2	日額	6 4 2 円	
	要介護 3	日額	7 3 0 円	
	要介護 4	日額	8 4 4 円	
	要介護 5	日額	9 5 7 円	
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	日額	6 2 2 円	
	要介護 2	日額	7 3 8 円	
	要介護 3	日額	8 5 2 円	
	要介護 4	日額	9 8 7 円	
	要介護 5	日額	1, 1 2 0 円	
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	日額	7 1 5 円	
	要介護 2	日額	8 5 0 円	
	要介護 3	日額	9 8 1 円	
	要介護 4	日額	1, 1 3 7 円	
	要介護 5	日額	1, 2 9 0 円	
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	日額	7 6 2 円	
	要介護 2	日額	9 0 3 円	
	要介護 3	日額	1, 0 4 6 円	
	要介護 4	日額	1, 2 1 5 円	
	要介護 5	日額	1, 3 7 9 円	
当事業所と同一建物に居住する者が、サービスを利用した場合、1日 につき、94円を所定単位数から減算する。				
加 算	「7時間以上8時間未満」の通所リハに前後して日常生活上の世話を 行った算定対象時間が8時間以上となった場合			
	8時間以上9時間未満	日額	50円	
	9時間以上10時間未満	日額	100円	
	通常の事業の実施地域を越えた地域の利用者に対しては、所定単位数 の5%を加算する。			
	入浴介助加算（Ⅰ）	1日につき	40円	
	入浴介助加算（Ⅱ）	1日につき	60円	
	若年性認知症利用者受入加算	1日につき	60円	

加 算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1日につき	22円
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1日につき	18円
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日につき	6円
	リハビリテーション提供体制加算		
	3時間以上4時間未満	1日につき	12円
	4時間以上5時間未満	1日につき	16円
	5時間以上6時間未満	1日につき	20円
	6時間以上7時間未満	1日につき	24円
	7時間以上	1日につき	28円
	リハビリテーションマネジメント加算（イ）		
	6月以内の期間	1月につき	560円
	6月超の期間	1月につき	240円
	リハビリテーションマネジメント加算（ロ）		
	6月以内の期間	1月につき	593円
	6月超の期間	1月につき	273円
	リハビリテーションマネジメント加算（ハ）		
	6月以内の期間	1月につき	793円
	6月超の期間	1月につき	473円
	上記（イ）（ロ）（ハ）について、事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	1月につき	270円
	退院時共同指導加算（退院につき1回まで）	1回につき	600円
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	1月につき	1,250円
	短期集中個別リハビリテーション実施加算	1日につき	110円
	退院・退所後又は認定日から3月以内		
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	1日につき	240円
	退院・退所後又は認定日から3月以内・週2日限度		
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1月につき	1,920円
	退院・退所後又は認定日から3月以内		
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1回につき	20円
	（6カ月に1回を限度）		
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1回につき	5円
	（6カ月に1回を限度）		
口腔機能向上加算（Ⅰ）（月2回原則3ヶ月）	1回につき	150円	
口腔機能向上加算（Ⅱ）（月2回原則3ヶ月）	1回につき	160円	
栄養アセスメント加算	1月につき	50円	
栄養改善加算	1回につき	200円	
科学的介護推進体制加算	1月につき	40円	
重度療養管理加算	1日につき	100円	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護報酬総単位数×サービス別加算率（8.6%）	<1単位未満の端数四捨五入>	

介護予防 通所リハビリ テーション費	要支援 1	月額	2,268 円
	要支援 2	月額	4,228 円
	当事業所と同一建物に居住する者が、サービスを利用した場合、1月につき、次の単位数を所定単位数から減算する。		
	要支援 1	1月につき	376 円
	要支援 2	1月につき	752 円
	サービスの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超え、所定の要件を満たさない場合、1月につき次の単位数を所定単位数から減算する。		
	要支援 1	1月につき	120 円
	要支援 2	1月につき	240 円
加 算	通常の事業の実施地域を越えた地域の利用者に対しては、所定単位数の5%を加算する。		
	科学的介護推進体制加算	1月につき	40 円
	若年性認知症利用者受入加算	1月につき	240 円
	サービス提供体制強化加算 (I)		
	要支援 1	1月につき	88 円
	要支援 2	1月につき	176 円
	サービス提供体制強化加算 (II)		
	要支援 1	1月につき	72 円
	要支援 2	1月につき	144 円
	サービス提供体制強化加算 (III)		
	要支援 1	1月につき	24 円
	要支援 2	1月につき	48 円
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	1月につき	562 円
	口腔・栄養スクリーニング加算 (I) (6カ月に1回を限度)	1回につき	20 円
	口腔・栄養スクリーニング加算 (II) (6カ月に1回を限度)	1回につき	5 円
	口腔機能向上加算 (I)	1月につき	150 円
	口腔機能向上加算 (II)	1月につき	160 円
栄養アセスメント加算	1月につき	50 円	
栄養改善加算	1月につき	200 円	
一体的サービス提供加算	1月につき	480 円	
	※栄養改善サービスおよび口腔機能向上サービスを実施し、所定の要件を満たしかつ栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していない場合		
	介護職員等処遇改善加算 (I)	介護報酬総単位数×サービス別加算率(8.6%) <1単位未満の端数四捨五入>	
通常の送迎の実施地域以外の送迎料(片道)		1 kmにつき	50 円
食費 (食事の実費)	通常昼食費	1食につき	600 円
	行事昼食費	1食につき	800 円
	施設外弁当または外食費		実 費
教養娯楽費	(1) クラブ活動の材料費		実 費
	(2) 行事の材料費		実 費
外出行事費	往復距離が30 km未満 (燃料費100円、保険料100円)		200 円
	往復距離が30 km以上 (燃料費200円、保険料100円)		300 円
口座振替手数料		月額	110 円

6. サービス内容に関する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

苦情解決責任者	佐々木 秀 樹 (事務長)
担当者	溝 江 三那子 (部門管理責任者)
電話番号	0 1 7 2 - 9 9 - 1 1 1 5
FAX 番号	0 1 7 2 - 9 9 - 1 1 1 6
受付日	月曜日から土曜日 (但し、元日を除く)
受付時間	8時00分から17時00分

(2) 第三者委員

山 崎 智	第三者委員に対し、以下の方法で直接苦情を伝えることができます。 ①事業所内に設置する第三者委員宛て「相談・意見箱」への投函 ②第三者委員用メールフォームへの入力
藤 田 雅 俊	

(3) 苦情処理の流れ

別紙「苦情解決対応フローチャート」参照

(4) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

青森県国民健康保険団体連合会	0 1 7 - 7 2 3 - 1 3 3 6
弘前市役所	0 1 7 2 - 3 5 - 1 1 1 1
青森市役所	0 1 7 - 7 3 4 - 1 1 1 1
五所川原市役所	0 1 7 3 - 3 5 - 2 1 1 1
つがる市役所	0 1 7 2 - 4 2 - 1 1 1 4
平川市役所	0 1 7 2 - 4 4 - 1 1 1 1
板柳町役場	0 1 7 2 - 7 3 - 2 1 1 1
鱒ヶ沢町役場	0 1 7 3 - 7 2 - 2 1 1 1
大鰐町役場	0 1 7 2 - 4 8 - 2 1 1 1
藤崎町役場	0 1 7 2 - 7 5 - 3 1 1 1

7. 協力医療機関

協力医療機関①	医療機関の名称	サンタハウスクリニック
	医 院 長 名	工 藤 堯 史
	所 在 地	青森県弘前市大字大川字中桜川19番地1
	電 話 番 号	0 1 7 2 - 9 9 - 1 7 9 9
	診 療 科 目	内科・外科・形成外科・泌尿器科
協力医療機関②	医療機関の名称	弘愛会病院
	医 院 長 名	橘 正 人
	所 在 地	青森県弘前市大字宮川三丁目1番地4
	電 話 番 号	0 1 7 2 - 3 3 - 2 8 7 1
	診 療 科 目	内科・外科・老年内科・皮膚科・リハビリテーション科 消化器外科・呼吸器外科・乳腺外科・甲状腺外科・肛門外科 整形外科・形成外科・麻酔科

協力医療機関③	医療機関の名称	ときわ会病院
	医 院 長 名	永 山 淳 造
	所 在 地	青森県南津軽郡藤崎町大字榊字亀田2番地1
	電 話 番 号	0172-65-3771
	診 療 科 目	内科・消化器、肝臓内科・糖尿病内科・脳神経内科・漢方内科 緩和ケア科・外科・消化器外科・整形外科・リウマチ科 リハビリテーション科・麻酔科
協力医療機関④	医療機関の名称	国民健康保険 板柳中央病院
	医 院 長 名	照 井 健
	所 在 地	青森県北津軽郡板柳町大字灰沼字岩井74番地2
	電 話 番 号	0172-73-3231
	診 療 科 目	内科・外科・整形外科・耳鼻科・眼科
協力医療機関⑤	医療機関の名称	弘前小野病院
	医 院 長 名	小 野 浩 嗣
	所 在 地	青森県弘前市大字和泉2丁目19番地1
	電 話 番 号	0172-27-1431
	診 療 科 目	内科・呼吸器科・消化器科・胃腸科・循環器科・外科・整形外科 神経科・肛門科・放射線科・リハビリテーション科
協力医療機関⑥	医療機関の名称	弘前中央病院
	医 院 長 名	賀 佐 富二彦
	所 在 地	青森県弘前市大字吉野町3番地1
	電 話 番 号	0172-36-7111
	診 療 科 目	外科・内科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・整形外科・放射線科 リハビリテーション科
協力医療機関⑦	医療機関の名称	代官町クリニック 吉田歯科
	医 院 長 名	吉 田 敏 弘
	所 在 地	青森県弘前市大字代官町108番地
	電 話 番 号	0172-38-4142
	診 療 科 目	歯科
協力医療機関⑧	医療機関の名称	津軽保健生活協同組合 藤代健生病院
	医 院 長 名	関 谷 修
	所 在 地	青森県弘前市大字藤代2丁目12番地1
	電 話 番 号	0172-36-2823
	診 療 科 目	精神神経科・内科・リハビリテーション科・放射線科 (専門外来：アルコール、物忘れ)

8. 非常災害対策

非常時の対応	「消防計画」に則り対応を行います。
近隣との協力関係	大川町内会（大川消防団）と常時、相互の応援を約束しています。
防災訓練	「消防計画」に則り、年2回避難訓練を利用者の方々も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー・自動火災報知・誘導灯・消火栓・防火扉・非常放送設備・非常用電源

9. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心してご利用いただくために、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。

個人情報の利用目的 (令和6年10月1日現在)

介護老人保健施設サンタハウス弘前 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）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。

1 【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〕

- (1) 当施設が利用者等に提供する介護サービス提供に当たって、ご利用者、ご家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 介護保険事務に必要な場合
- (3) 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
－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に必要な場合

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- (1) 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）、照会への回答が必要な場合
－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
－家族等への心身の状況説明が必要な場合
- (2) 介護保険事務のうち
－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に必要な場合
- (3) 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等が必要な場合

2 【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〕

- (1) 当施設の管理運営業務の内、以下の項目で必要な場合
－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〕

- (1) 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が必要な場合

3 【個人情報を提供する事業所】

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又は怪我等で診療することとなった場合）
- (3) 保険者、審査支払機関

4 【個人情報の利用の同意について】

- (1) 「個人情報保護法」に基づいた、施設行事等における写真撮影、広報誌への写真及び氏名の掲載、施設内での写真及び氏名の掲示についての同意書に従い、個人情報の利用は適切に行う。
- (2) 同意書の効力は、同意書の提出後、同意書の変更又はご家族の同意についての変更がない限り継続するものとする。

介護老人保健施設サンタハウス弘前 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

介護老人保健施設サンタハウス弘前 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）を利用するにあたり、介護老人保健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）利用約款及び別紙1、別紙2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

＜ご家族（連帯保証人）＞

住 所

氏 名

印

介護老人保健施設 サンタハウス弘前
通所リハビリテーション
施設長 下山保則 殿

【本約款第9条2項緊急時及び10条3項事故発生時の連絡先】

①

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

②

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【本約款別紙2の4の個人情報の利用の同意について】

項 目		同意します	同意しません
写真撮影			
広報誌での	写真の掲載		
	氏名の掲載		
施設内での	写真の掲示		
	氏名の掲示		

※各項目について、いずれかに○をご記入ください。

苦情解決対応フローチャート

