

社会福祉法人 伏見福社会

介護老人保健施設 醍醐の里  
(予防通所リハビリテーション)

【利用約款】

令和8年6月1日

# 介護老人保健施設醍醐の里

## 通所リハビリテーション（予防通所リハビリテーション）利用約款

### （約款の目的）

第1条 介護老人保健施設醍醐の里（以下「当施設」という。）は、要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）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できるように、一定の期間、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、利用者及び利用者の身元引受人は、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、本約款の目的とします。

### （適用期間）

第2条 本約款は、利用者が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）利用同意書を当施設に提出したのち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、繰り返し当施設を利用することができるものとします。但し、本約款、重要事項説明書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。

### （身元引受人）

第3条 利用者は、次の各号の要件を満たす身元引受人を立てます。但し、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

- ① 行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。）であること
- ② 弁済をする資力を有すること
- 2 身元引受人は、利用者が本約款上当施設に対して負担する一切の債務を極度額10万円の範囲内で、利用者と連帯して支払う責任を負います。
- 3 身元引受人は、前項の責任のほか、次の各号の責任を負います。
  - ① 利用者が疾病などにより医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように協力すること。
  - ② 通所利用が解除若しくは終了した場合の残置物の引取り等の処置、又は利用者が死亡した場合の遺体の引取をすること。但し、遺体の引取について、身元引受人と別に祭祀主催者がいる場合、当施設は祭祀主催者に引き取っていただくことができます。
- 4 身元引受人が第1項各号の要件を満たさない場合、又は当施設、当施設の職員若しくは他の利用者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為を行った場合、当施設は、利用者及び身元引受人に対し、相当期間内にその身元引受人に代わる新たな身元引受人を立てることを求めることができます。但し、第1項但書の場合はこの限りではありません。

- 5 身元引受人の請求があったときは、当施設は身元引受人に対し、当施設に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

#### (利用者からの解除)

第4条 利用者は、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（介護予防リハビリテーション）利用を解除することができます。なお、この場合利用者及び身元引受人は、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）計画作成担当者に連絡するものとします。（本条第2項の場合も同様とします）。

- 2 身元引受人も前項と同様に通所利用を解除することができます。但し、利用者の利益に反する場合は、この限りではありません。
- 3 利用者又は身元引受人が正当な理由なく、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）実施時間中に利用中止を申し出た場合について、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

#### (当施設からの解除)

第5条 当施設は、利用者及び身元引受人に対し、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
- ④ 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、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の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 第3条第4項の規定に基づき、当施設が新たな身元引受人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな身元引受人を立てない場合。但し、利用者が新たな身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除く。
- 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、当施設を利用させることができない場合

#### (利用料金)

第6条 利用者及び身元引受人は、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、重要事項説明書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選択し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。

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ります。

- 2 当施設は利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する送付先に対

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する。利用者及び身元引受人は連帯して、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します。

- 3 当施設は、利用者又は身元引受人から、1 項に定める利用料金の支払いを受けた時は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受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 利用料金の支払いは、手続きの上、ゆうちょ銀行の自動払込利用による引き落としとなります。

#### (記録)

第7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、謄写を求めた時は、原則として、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。
- 3 当施設は、身元引受人が第1項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、閲覧、謄写を必要とする事情を確認して当施設が必要と認める場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者が身元引受人に対する閲覧、謄写に反対する意思を表示した場合その他利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。
- 4 前項は、当施設が身元引受人に対して連帯保証債務の履行を請求するため必要な場合は適用されません。
- 5 当施設は、利用者及び身元引受人以外の親族が第1項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、利用者の承諾がある場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

#### (身体の拘束等)

第8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9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、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報の利用目的を定め、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 利用者の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扱いとします。

#### （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、身元引受人又は利用者若しくは身元引受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、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、当施設は利用者の身元引受人又は利用者若しくは身元引受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、身元引受人又は利用者の親族は、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）サービスに対しての要望又は苦情等について、担当職員に申し出ることができ、又は、所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函や、ホームページから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（介護予防通所リハビリテーション）サービスの提供者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、利用者及び身元引受人は、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。

#### （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、利用者又は身元引受人と当施設が責任をもって協議して定めることとします。

社会福祉法人 伏見福社会

介護老人保健施設 醍醐の里  
(予防通所リハビリテーション)

**【重要事項説明書】**

# 介護老人保健施設 醍醐の里

## 介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

当施設はご契約者に対して介護予防通所リハビリテーションサービスを提供します。  
施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを  
次の通り説明します。

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(指定事業者番号 京都府 第2650980085号)

### 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 伏見福社会  
(2) 法人所在地 京都市伏見区醍醐内ヶ井戸19番地1  
(3) 電話番号 075-571-5222  
(4) 代表者氏名 理事長 箕口 新一

### 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護老人保健施設 平成13年3月19日指定  
(都道府県知事許可番号 2650980085号)  
(2) 事業所の目的 事業者は、介護保険法令の趣旨にしたがい、契約者が有する能力に応じ、  
可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、医学的管理の下、契約者の社  
会的孤立感の解消及び心身の機能の維持を目的として、契約者に対し、介護保険サー  
ビスを提供します。  
(3) 事業所の名称 社会福祉法人伏見福社会 介護老人保健施設 醍醐の里  
(4) 事業所の所在地 京都市伏見区醍醐内ヶ井戸19番地1  
(5) 電話番号 施設代表 075-571-5222  
(8:30~20:00 ※時間外は自動応答メッセージ対応)

通所直通電話番号 075-575-2210

※通所直通は平日夜間(17:30~翌8:30)と、

休日(日曜・年末年始)は、原則として留守番電話対応となります。

- (6) 施設長(管理者) 氏名 原 洋  
(7) 事業所の運営方針  
1. 利用者に対する看護・介護の質の確保と向上に努める。  
2. 利用者の自立支援を目指した介護を構築する。  
3. 利用者の快適な生活を支援する。  
4. 利用者の生きがいを求める。  
5. 家族・介護者の信頼関係を構築し、家族の心の支えとなるよう努める。  
(8) 指定年月日 平成18年4月19日  
(9) 通常の事業の実施地域 伏見区(醍醐支所管内)、および山科区  
(10) 営業日、営業時間及び利用定員

|         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 営 業 日   | 月曜日～土曜日(休日:日曜及び年末年始12/30~1/3) |
| 営 業 時 間 | 午前9時30分～午後16時00分              |
| 利 用 定 員 | 10名(午前・午後 各5名)                |
| 受 付 時 間 | 変更や利用の中止は 前日午後4時までにお願ひします。    |

### 3. 施設の概要

介護老人保健施設「醍醐の里」

|    |                        |    |      |                         |
|----|------------------------|----|------|-------------------------|
| 敷地 | 5908.63 m <sup>2</sup> | 建物 | 構造   | R C造 地上4階、地下1階建         |
|    |                        |    | 延床面積 | 7,566.39 m <sup>2</sup> |
|    |                        |    | 利用定員 | 150名（うち認知症専門棟 40名）      |

#### (1) 主な設備

| 設備の種類              | 室 数 | 面 積 (m <sup>2</sup> ) | 特 色  |
|--------------------|-----|-----------------------|------|
| 通所リハビリテーション<br>フロア | 1 室 | 6 0 . 13              |      |
| 便所                 | 3 室 | 2 5 . 0 0             | 暖房便座 |
| 事務室                | 1 室 | 7 . 5 0 0             |      |

#### 1. 職員体制

| 従業者の職種                  | 配置基準 | 員数（契約時点での員数を記載） |    |       |    |
|-------------------------|------|-----------------|----|-------|----|
|                         |      | 常 勤             |    | 非 常 勤 |    |
|                         |      | 専従              | 兼務 | 専従    | 兼務 |
| 施設長(医師)                 |      |                 | 1  |       |    |
| 理学療法士<br>作業療法士<br>言語聴覚士 | 1    |                 | 2  |       | 1  |
| 看護職員                    |      |                 | 1  |       |    |
| 介護職員                    |      |                 | 2  |       | 2  |
| 管理栄養士                   |      |                 | 1  |       |    |

#### 2. 職員の勤務体制

| 従業者の職種                  | 勤 務 体 制             |
|-------------------------|---------------------|
| 施設長(医師)                 | 8：30～17：30(日祝祭日を除く) |
| 看護職員<br>介護職員            | 8：30～17：30(日を除く)    |
| 理学療法士または<br>作業療法士・言語聴覚士 | 8：30～17：30(日を除く)    |
| 介護支援相談員                 | 8：30～17：30(日を除く)    |

#### 4. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

|                                |
|--------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付され、一部負担いただくもの |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただくもの      |

があります。

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の自己負担額を除いた分について、介護保険から給付されます。自己負担額（割合）はご利用者によって異なります（介護保険負担割合証をご確認ください）。

#### <サービスの概要>

| コース<br>サービス内容    | AMがんばりコース<br>2～3時間<br>(9:30～12:30)                                                       | PMがんばりコース<br>3～4時間<br>(12:45～16:00) |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 食事（介助）           | なし                                                                                       |                                     |
| 入浴<br>(一般浴・リフト浴) | なし                                                                                       |                                     |
| 排泄（介助）           | 排泄の自立を促すため、契約者の身体能力を最大限活用した介助を行います。                                                      |                                     |
| 機能訓練             | 看護師による健康チェックの後、リハビリテーションスタッフにより、契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。 |                                     |
|                  | レクリエーションや行事の提供はありません                                                                     |                                     |
| 送迎               | ご希望により、居宅と事業所との間の送迎を行います。<br>他、ご家族による送迎も可能です。                                            |                                     |

<サービス利用料金(1回あたり)>

契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（下記料金表に記載の金額）をお支払い下さい。介護保険による利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります。

◇予防通所リハビリテーション（ゆったりコース・がんばりコース）※1ヶ月につき/1日につき（非課税）

※料金は自己負担割合が1割の場合で記載。

介護保険自己負担率は、1割～3割に分かれます。介護保険負担割合証をご確認ください。

| コース           |      | AMがんばりコース<br>2～3時間<br>(9:30～12:30) | PMがんばりコース<br>3～4時間<br>(12:45～16:00) |
|---------------|------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 要介護度          |      |                                    |                                     |
| (非課税)<br>基本料金 | 要支援1 | 2,393円/月                           |                                     |
|               | 要支援2 | 4,461円/月                           |                                     |

コースによる金額に  
違いはありません。  
(1ヶ月請求のため)

※（日割）月内に、予防短期入所（当施設・他施設）をご利用された場合は、

【（その月の日数－短期入所利用日数）×日割り分＝ご請求金額】となります

・加算料金（体制加算）※1月につき（非課税）※料金は自己負担割合が1割の場合で記載。

|                        |     |                        |      |
|------------------------|-----|------------------------|------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）11※要支援1 | 93円 | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）12※要支援2 | 186円 |
|------------------------|-----|------------------------|------|

☆処遇改善加算（※令和8年5月31日分まで）

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| 予防通所リハ処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位数の8.6%を加算 |
|-----------------|---------------|

☆処遇改善加算（※令和8年6月1日分以降）

|                  |                |
|------------------|----------------|
| 予防通所リハ処遇改善加算（Ⅰイ） | 所定単位数の10.3%を加算 |
|------------------|----------------|

加算料金 ※1月につき（非課税）※料金は自己負担割合が1割の場合で記載。

|                  |                         |                    |              |         |
|------------------|-------------------------|--------------------|--------------|---------|
| 加<br>算<br>料<br>金 | 運動機能向上加算                | 238円/月             | 栄養スクリーニング加算Ⅰ | 22円/6ヶ月 |
|                  | 栄養アセスメント加算              | 53円/月              | 栄養スクリーニング加算Ⅱ | 6円/6ヶ月  |
|                  | 栄養改善加算                  | 211円/月             | 口腔機能向上加算（Ⅰ）  | 159円/月  |
|                  | 若年性認知症利用者<br>受入加算       | 254円/月             | 口腔機能向上加算（Ⅱ）  | 169円/月  |
|                  | 生活行為向上リハビリ<br>テーション実施加算 | (利用開始日の属する月から6月以内) |              | 593円/月  |

その他、契約内容によって次項（注1～注3）の負担が加算されます。

注1 契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

注2 契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（下記(2)①参照）

注3 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更額に合わせて、契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事の提供

- ・契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金：1回あたり昼食：600円・おやつ代：150円

※がんばりコースをご利用の場合は、食事・おやつの提供はありません。

② 教養娯楽費（レクリエーション、クラブ活動）

110円／日

- ・契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

③ 日用品費（日常生活上必要となる諸費用実費）

55円／日

- ・日常生活品の購入代金等契約者の日常生活に要する費用で契約者に負担いただく事が適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

| サービス |            | コース                         | AMがんばりコース<br>2～3時間<br>(9:30～12:30) | PMがんばりコース<br>3～4時間<br>(12:45～16:00) |
|------|------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 基本料金 | 昼食代        | 600円                        | 提供なし                               | 提供なし                                |
|      | おやつ代       | 150円（施設で用意する<br>もので希望される場合） | 提供なし                               | 150円（施設で用意する<br>もので希望される場合）         |
|      | 日用消耗<br>品費 | 55円<br>(日常生活に要する費用)         | なし                                 | なし                                  |
|      | 教養・<br>娯楽費 | 110円<br>(レクリエーション費用)        | なし                                 | なし                                  |

コース共通

| 品目       | コース          | ゆったり／がんばり コース共通 |
|----------|--------------|-----------------|
| 紙オムツ     | はくパンツ        | 190円／枚（非課税）     |
|          | テープ止めタイプ     | 200円／枚（非課税）     |
|          | 尿取りパット       | 50円／枚（非課税）      |
|          | フラットタイプ      | 60円／枚（非課税）      |
| 喫茶代      | コーヒー・紅茶・ココア等 | 110円／杯（税込み）     |
| 写真代      | 写真現像代        | 43円／枚（税込み）      |
| 病状意見書作成料 | 病状意見書の作成料    | 1650円／枚（税込み）    |

注・上記介護保険給付外サービスについては、契約者またはご家族の希望により提供させていただくサービスです。本重要事項説明書を熟読の上、同意書に署名捺印頂き、ご希望サービスのご同意を得たものとさせていただきますのでご了承ください。

### (3) 利用料金のお支払い方法

- ・事業者は契約者に対し、毎月月末に締めて計算し、翌月15日頃に請求書を発行します。請求書には、契約者が利用した各種サービスにつき、種類ごとに利用回数、利用単位の内訳、介護保険適用の有無、法定代理受領の有無等を明示します。
- ・契約者は、事業者に対し、当月の利用料等を、翌月の月末までに、事業者の指定する方法でお支払いいただきます。(郵便局の自動引落・指定する銀行に振込。又は、事務所窓口にて。)

### (4) 利用の中止、変更、追加

- ◇ 契約者は、利用予定日の前に、契約者の都合により、予防通所リハビリテーションの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、契約者はサービス実施日の前日までに事業者申し出るものとします。
- ◇ 契約者が、利用予定日の前日の午後4時以降になって利用の中止の申し出をされた場合は、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。(ゆったりコースのみ)

食料費相当分：750円

- ◇ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により、契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

## 5. 苦情の受付について

(苦情等申立窓口)

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室(窓口担当者 中西 雅彦、電話075-571-5222)までお気軽にご相談下さい。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任を持って調査、改善をさせていただきます。

(2) 当事業所以外に、各居宅介護支援事業所・各行政区の介護保険課・国民健康保険団体連合会等でも苦情を受付けています。京都市役所・支所には苦情申立書が備え付けてあります。

◇京都府国民健康保険団体連合会 介護サービス相談窓口 電話 075-354-9090

◇京都市伏見区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-611-2278

◇京都市伏見区醍醐支所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-571-6471

◇京都市山科区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-592-3290

## 6. 緊急時の対応

事業者は、介護サービスの提供中に契約者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに協力医療機関・かかりつけ医師・病院と連絡をとり、救急医療あるいは救急入院等必要な措置が受けられるように致します。

### 協力医療機関

|         |                 |         |                |
|---------|-----------------|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | (医) 医仁会武田総合病院   | 医療機関の名称 | (医) 和松会六地藏総合病院 |
| 院長名     | 一山 智            | 院長名     | 木戸岡 実          |
| 所在地     | 京都市伏見区石田森南町 8-1 | 所在地     | 京都府宇治市六地藏奈良町 9 |
| 電話番号    | 075-572-6331    | 電話番号    | 0774-33-1717   |
| 医療機関の名称 | (医) 松寿会共和病院     | 医療機関の名称 | (医) 洛和会音羽病院    |
| 院長名     | 添田 恒光           | 院長名     | 神谷 亨           |
| 所在地     | 京都市伏見区醍醐川久保町 30 | 所在地     | 京都市山科区音羽珍事町 2  |
| 電話番号    | 075-573-2122    | 電話番号    | 075-593-4111   |

### 協力歯科医療機関

|         |                          |
|---------|--------------------------|
| 医療機関の名称 | 堀口 歯科医院                  |
| 院長名     | 堀口 靖史                    |
| 所在地     | 京都市伏見区深草直達橋 4 丁目 3 5 0-1 |
| 電話番号    | 075-641-1927             |

## 7. 事故発生時の対策

|          |                                                                                                                   |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故発生時の対応 | 介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかに利用者の家族、身元引受人、市町村、京都府等関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。                                      |
| 損害賠償     | 事故が発生した場合は、事業者はすみやかに利用者の損害を賠償します。<br>ただし、事業者が故意過失がない場合にはこの限りではありません。<br>当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。 |

## 8. 非常災害時の対策

|        |                                                                                                |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 災害時の対応 | 別途定める「介護老人保健施設 醍醐の里 消防計画」にのっとり対応を行います。                                                         |
| 平常時の訓練 | 別途定める「介護老人保健施設 醍醐の里 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。                              |
| 防災設備   | スプリンクラー・避難階段・自動火災報知器・誘導灯・ガス漏れ報知器<br>消火用散水栓・非常通報装置・漏電火災報知器・非常用電源<br>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  | 伏見消防署への届出日：平成13年3月6日<br>防火管理者 中西 雅彦                                                            |

# 介護老人保健施設 醍醐の里

## 個人情報利用目的

介護老人保健施設醍醐の里では、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。

### 【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〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・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
  - －入退所等の管理
  - －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

#### 〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・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
  - －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
  - －検体検査業務の委託その他の業務委託
  - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
  - －保険事務の委託
  - －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
- ・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

### 【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〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
  - －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〕

- ・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

社会福祉法人 伏見福社会

介護老人保健施設 醍醐の里  
(予防通所リハビリテーション)

【サービス利用同意書】

# サービス利用同意書

## 【 事業者 】

住 所 京都市伏見区醍醐内ヶ井戸 19 番地 1  
事業者名 社会福祉法人 伏見福祉会  
介護老人保健施設 醍醐の里  
理事長 箕口 新一 殿

## 【 契約者・利用者 】

私は、介護老人保健施設醍醐の里 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、利用約款・重要事項説明書（利用料金表）・サービス内容説明書・個人情報利用目的を受領し、これらの内容に関して、事業者から重要な事項の説明を受け、料金の内容を理解し、サービスを受けること並びにその利用料を身元引受人と連帯して支払うことに同意しました。また、個人情報の利用目的を理解し、居宅介護支援事業所等必要な機関に対し利用者・利用者の家族又は身元引受人に関する情報を提供することに同意し交付を受けました。

(利用者)

令和 年 月 日

|      |   |       |        |
|------|---|-------|--------|
| 住所   | 〒 |       |        |
| カナ   |   | 大・昭・平 | 年 月 日生 |
| 氏名   |   | 印     | 年齢 歳   |
| 自宅番号 |   | 携帯番号  |        |

(身元引受人)

|      |   |      |     |
|------|---|------|-----|
| 住所   | 〒 |      |     |
| カナ   |   | 印    | 続 柄 |
| 氏名   |   |      |     |
| 自宅番号 |   | 携帯番号 |     |

(緊急連絡先) ※施設からの基本的な連絡先

☐ 身元引受人と同じならチェック

|      |   |      |     |
|------|---|------|-----|
| 住所   | 〒 |      |     |
| カナ   |   | 印    | 続 柄 |
| 氏名   |   |      |     |
| 自宅番号 |   | 携帯番号 |     |

(請求書送付先) ☐ 利用者本人と同じならチェック / ☐ 身元引受人と同じならチェック

|      |   |      |     |
|------|---|------|-----|
| 住所   | 〒 |      |     |
| カナ   |   | 印    | 続 柄 |
| 氏名   |   |      |     |
| 自宅番号 |   | 携帯番号 |     |