老人保健施設フレンド
訪問リハビリテーションサービス利用約款

(約款の目的)

第1条　老人保健施設フレンド（以下「当施設」という。）は、要介護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、訪問リハビリテーションを提供し、利用者および利用者を扶養する者（以下「身元引受人」という。）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「老人保健施設フレンド訪問リハビリテーション利用に関する契約書および利用者の情報提供に関する同意書」を当施設に提出したときから効力を有します。ただし、身元引受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、本約款、別紙１および別紙２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。

(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80万円の範囲内で、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。

4　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　　利用者および身元引受人は、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にかかわらず、本約款にもとづく訪問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、この場合利用者および身元引受人は、速やかに当施設および利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

ただし、利用者が正当な理由なく、訪問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は、原則、基本料金およ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、利用者および身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款にもとづく訪問リハビリテーションの利用を解除・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、適切な訪問リハビリテーションの提供を超えると判断された場合。

③ 利用者および身元引受人が、本約款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かかわらず 7 日間以内に支払われない場合。

④ 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、当施設を利用していただくことができない場合。

2　　利用者が、当施設、当施設の職員または他の利用者に対して、以下のいずれかに該当する行為を行い、安全なサービス提供または施設運営の継続が困難であると当施設が判断した場合、当施設は利用契約を解除することができます。

① 暴力・危険行為に関するもの

・職員または他の利用者に対する暴力、暴力未遂、身体的危害を加える行為
・「殺す」「刺す」などの脅迫、威嚇、危険な言動
・刃物その他の凶器となり得る物品を持ち込み、または使用しようとした場合
・医療機器・介護機器を故意に破壊し、または危険な使用を行った場合

② ハラスメント行為（カスタマーハラスメントを含む）

・暴言、侮辱、人格否定、差別的発言、威圧的態度など、職員の尊厳を損なう言動
・社会通念上相当な範囲を超える要求、執拗なクレーム、長時間の拘束行為
・職員の業務遂行に対する不当な干渉、強要、妨害行為
・家族等による同様のハラスメント行為

③ 他利用者の安全・療養環境を脅かす行為

・他利用者に対する暴言、暴力、威嚇、迷惑行為
・共同生活の秩序を著しく乱し、療養環境を損なう行為
・感染症対策や施設ルールに故意に従わず、他利用者の健康を脅かす行為

④ 施設運営・医療安全を著しく妨げる行為

・職員の業務を妨害する行為
・医療・介護行為の安全な実施を妨げる行為
・施設設備・備品を故意に破損する行為

⑤ 改善が見られない場合

・上記の行為について当施設が注意・指導を行ったにもかかわらず、改善が見られない場合

⑥ 即時対応が必要な場合（即時利用停止・契約解除）

・生命・身体の安全に関わる重大な行為があった場合、または再発のおそれが高いと判断される場合には、事前の注意・指導を行わず、即時に利用停止または契約解除を行うことができるものとします。

（利用料金）

第6条　利用者および身元引受人は、連帯して、当施設に対し、本約款にもとづく訪問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および利用者が個別に利用したサービスの提供にともな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、利用者および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および明細書を毎月 10 日までに送付し、利用者および身元引受人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の20日までに支払うものとします。なお、支払の 方法は原則、伊予銀行の口座からの自動引き落としとします。自動引き落としでのお支払いが難しい場合は、別途話合いのうえ、双方合意した方法によります。

（記録の整備）

第7条　当施設は、利用者の訪問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。

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。ただし、身元引受人その他の者（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。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合（切迫性、非代替性、一時性）は、施設管理者または施設長が判断し、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および時間、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。また、身元引受人等に早急に連絡をし、その了解を得ることとします。

(秘密の保持)

第9条　当施設とその職員は、業務上知り得た利用者または身元引受人若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、以下についての情報提供については、当施設は、利用者および身元引受人から、あらかじめ同意を得たうえで行うこととします。

・介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。

2　前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱とします。

(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病院での診療が必要　と認める場合、協力医療機関また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、訪問リハビリテーション利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者および身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

3　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、当該利用者にかかる居宅支援事業者等に対して連絡を行います。事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

(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、当施設は利用者の家族等、利用者又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。

(要望または苦情等の申出)

第12条　利用者および身元引受人は、当施設の提供する訪問リハビリテーションに対しての要望または苦情等について、担当支援相談員等に申し出ることができます。または、設置している「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。その場合は、備付けの用紙をご利用いただいて結構です。

苦情受付担当者：支援相談員　三好　盛也

電話：0893-23-5100　　受付時間：午前8時30分～午後5時（土・日除く）

その他、当事業所以外に下記の相談窓口に苦情を申し出ることができます。

関係機関	担当窓口	受付時間	電話番号	FAX番号
愛媛県国民健康保険団体連合会	業務管理課介護福祉室	午前8時30分～午後5時15分	089-968-8700	089-968-8717
大洲市役所	高齢福祉課	午前8時30分～午後5時15分	0893-24-1714	0893-24-0961
内子町役場	保健福祉課	午前8時30分～午後5時15分	0893-44-6154	0893-44-4116

(賠償責任)

第13条　訪問リハビリテーションの提供にともなって当施設の責め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　利用者の責めに帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者および身元引受人は、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、介護保険法その他法令に定めるところにより、利用者または身元引受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。

＜別紙１＞

老人保健施設フレンド　訪問リハビリテーションのご案内

１．施設の概要

（1）施設の名称等

・施設名　　老人保健施設フレンド
・開設年月日　　平成９年８月 21 日
・所在地　　愛媛県大洲市東大洲 39 番地
・電話番号　　0893－23－5100　　・ファックス番号 0893－23－5075
・管理者名　　宍戸　豊史
・介護保険指定番号　　介護老人保健施設（ 3857780393 号）

（2）事業の目的

老人保健施設フレンドが行う訪問リハビリテーションの事業は、要介護状態等となった場合においても、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、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

（3）運営方針

①訪問リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。

②訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示および訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行います。

③訪問リハビリテーションの提供に当たり、常に利用者の状態を的確に把握し、療養上必要な事項に関する指導・説明については、懇切丁寧に行います。

④利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

（4） 施設の職員体制　　（令和８年８月１日現在）

職種	員数	職務の内容
管理者 医師	1 (施設長兼務)	・従業者の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。 ・医学的観点から計画の作成に必要な情報提供及びリハビリ方法についての指導、助言や利用者・家族に対する療養上必要な事項の指導、助言を行う。 ・従業者に各種規程を遵守させるために必要な指揮命令を行う。

理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1以上 (専従)	・サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図る。 ・医師及び理学療法士、作業療法士が協同により、指定訪問リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って訪問リハビリテーション計画を作成する。計画作成にあたっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得、作成した計画は、利用者に交付する。 ・医師の指示・訪問リハビリテーション計画に基づき居宅を訪問し、利用者に対し居宅サービスを行う。 ・常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。 ・それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告する。 ・訪問リハビリテーション計画に基づくサービスの提供の開始から、計画の期間が終了するまでに、少なくとも1回は当該訪問リハビリテーション計画の実施状況の把握（「モニタリング」）を行う。またその結果を記録し、当該サービス計画を作成した支援事業者へ報告する。

※職員は、必要に応じて増員します

（5）営業日時等

営業日	土曜日・日曜日・祝日・年末年始（12月30日から1月3日）及び当事業所が定める休日を除く
営業時間	午前8時30分から午後5時
通常の事業実施地域	大洲市・内子町

2．サービス内容

1　指定訪問リハビリテーションは、利用者の心身の状態及び生活環境を踏まえて、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、事業所医師及び主治医の診療による指示又は主治医意見書による指示に基づき、作成した訪問リハビリテーション計画等に沿って実施する。

2　指定訪問リハビリテーション等の提供に当たっては、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問リハビリテーション計画等の修正を行い、改善を図るよう努める。

3　指定訪問リハビリテーション等の提供に当たっては、利用者の心身の状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的及び具体的な方法、リハビリテーションに必要な環境の整備その他療養上必要な事項について、利用者及びその家族に理解しやすいよう指導又は説明を行う。

４　　指定訪問リハビリテーション等を実施した場合は、終了後速やかに、利用者の氏名、実施日時、実施したリハビリテーションの要点及び担当者の氏名を記録する。
これらのサービスのなかには、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、具体的にご相談ください。

３．協力医療機関等

当施設の医療機関、歯科医療機関は下記の通りです。

・協力医療機関

名称　　加戸病院

住所　　喜多郡内子町内子 771 番地

・協力歯科医療機関

名称　　兵藤歯科医院

住所　　大洲市東大洲 84 番地 3

◇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．訪問リハビリテーション利用にあたってのその他留意事項

訪問リハビリテーション事業者は、サービスの提供にあたって次の行為は行いません。

⑴ 利用者の居宅での飲酒・飲食・喫煙

⑵ 利用者又は家族の金銭・預金通帳・証書・書類などの預かり

⑶ 利用者又は家族からの金銭・物品・浸食の授受

⑷ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動・政治活動・営利活動・その他迷惑行為

５．要望および苦情の相談

要望や苦情などは、支援相談員にご相談ください。または、職員に直接お申し出いただくこともできます。

６．その他

ご不明な点がございましたら、支援相談員にご相談ください。

＜別紙２＞

訪問リハビリテーションについて

１．介護保険証の確認

ご利用のお申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

２．訪問リハビリテーションの概要

訪問リハビリテーションは、要介護者および要支援者の自宅等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業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るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師および理学療法士・作業療法士その他主に訪問リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、訪問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・身元引受人（ご家族）のご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いただくようになります。

３．利用料金

（１）基本料金　　（R8 年 6 月 1 日施行）

（介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額となります。以下に記載する利用料金は、自己負担割合１割の額となります。）

施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。）

≪訪問リハビリテーション費：基本報酬≫

保険対象費用総額：3,080 円　　利用者負担額：308 円（１回につき）

※1 回 20 分以上のサービスを行った場合、週に 6 回が限度。ただし、退院（所）の日から起算して 3 か月以内に、医師の指示に基づくリハビリテーションを行う場合は、週 12 回まで可。

≪短期集中個別リハビリテーション実施加算≫

保険対象費用総額：2,000 円　　利用者負担額：200 円（1 日につき）

※退院（所）又は認定日から起算して 3 か月以内の期間に、1 週につき 2 日以上、1 日当たり 20 分以上実施した場合

※リハビリテーションマネジメント加算のいずれかを算定していること

≪リハビリテーションマネジメント加算≫

※医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合

（リハビリテーションマネジメント加算イ）

保険対象費用総額：1,800 円／月　　利用者負担額：180 円／月

（リハビリテーションマネジメント加算ロ）

保険対象費用総額：2,130 円／月　　利用者負担額：213 円／月

（事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、同意を得た場合）

保険対象費用総額：700 円／月　　利用者負担額：70 円／月

≪認知症短期集中リハビリテーション実施加算≫

保険対象費用総額：2,400 円　　利用者負担額：240 円（１回につき）

※認知症であると医師が判断し、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から 3 か月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合

≪口腔連携強化加算≫

保険対象費用総額：500 円／月　　利用者負担額：50 円／月

※事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合（利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている場合）

≪退院時共同指導加算≫

保険対象費用総額：6,000 円　　利用者負担額：600 円（退院につき 1 回）

※入院中の者が退院するに当たり、事業所の医師又は理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合

≪サービス提供体制強化加算Ⅰ≫

保険対象費用総額：60 円　　利用者負担額：6 円（１回につき）

≪サービス提供体制強化加算Ⅱ≫

保険対象費用総額：30 円　　利用者負担額：3 円（１回につき）

≪事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合≫

1 回につき 50 円減算されます。

※通常の実施地域を超えて行う場合の交通費は、事業所の実施地域を超える地点から自宅までの交通費の実費を徴収します。　30 円／km

≪介護職員等処遇改善加算≫

15／1000 単位

※当月算定された法定サービス費(加算を含む)のうち 15／1000 に相当する金額を加算されます。

（2）支払方法

・毎月 10 日までに、前月の分の請求書を発行します。

・お支払方法は、原則として伊予銀行からの自動引き落としでお願いいたします。自動引き落としでのお支払いが難しい場合は、ご相談ください。

付　則

この約款は、令和４年７月１日から施行する。

付　則

この約款は、令和５年４月１日から一部変更して施行する。

付　則

この約款は、令和６年６月１日から一部変更して施行する。

付　則

この約款は、令和８年６月１日から一部変更して施行する。

付　則

この約款は、令和８年８月１日から一部変更して施行する。