

介護老人保健施設通所リハビリテーション(デイケア) 利用約款

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設アップルハイツ飯田（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するとともに、利用者の居宅における生活の維持向上を目指した通所リハビリテーションサービスを提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」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ときから効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び扶養者は、当施設に対し、利用終了の意思表示をすることにより、本約款に基づく通所利用を解除・終了することができます。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は次に掲げる場合に、利用者及び扶養者に対し本約款に基づく通所利用を解除・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非該当（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 利用者及び扶養者が、本約款に定める利用料金を2ヶ月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず10日以内に支払われない場合
- 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、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 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 利用者及び扶養者は、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サービスの対価として、別紙3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との合計額を支払う義務があります。

2 当施設は、利用者及び扶養者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前半に送付し、利用者及び扶養者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。なお、支払の方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

3 当施設は、利用者又は扶養者から、第1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

(記録)

第6条 当施設は、利用者の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年間保管します。身体拘束・事故・苦情に関する記録は利用終了後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、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾を得た場合その他必要

と認められる場合に限り、これに応じます。

(秘密の保持)

第7条 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者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。但し、必要と認められる別紙各号についての情報提供については、当施設は利用者及び扶養者から予め同意を得た上で行うこととします。

2 可能な場合は個人を特定できる記載を省きます。

3 前2項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

第8条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により医療機関への受診が必要と認める場合、協力医療機関等へ診療を依頼することがあります。

2 当施設は、利用者に対し、当施設における通所リハビリテーションサービスでの対応が困難な状態又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。

3 前2項のほか、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扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(身体拘束の原則禁止)

第9条 当施設では、利用者の人権を守る立場から、身体拘束を原則禁止とします。ただし、生命の危険を伴うなどやむを得ない場合には、施設長の判断により、家族の同意を得て行う場合があります。

(要望又は苦情等の申出)

第10条 利用者及び扶養者は、当施設の提供する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、各所受付窓口に申し出ることができます。

(賠償責任)

第11条 通所リハビリテーションの提供に伴い、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、利用者及び扶養者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12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、利用者又は扶養者と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

通所リハビリテーション（デイケア）について

◇介護保険証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認するため、通所前にご提示いただき写しを取らせていただきます。介護保険負担割合証の写しも取らせていただきます。

◇ケアサービス

通所リハビリテーション（デイケア）は、要支援者・要介護者が家庭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提供されます。看護、医学管理の下における介護及び機能訓練を行い、利用者の療養生活の質の向上及び利用者のご家族の具体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。

医療・看護：介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師、看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

介護：生活全般について、通所リハビリテーション計画に基づいて実施します。

機能訓練：通所リハビリテーション計画に基づき理学療法士、作業療法士が行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものととなります。

◇実施地域および送迎範囲

旧市内、上郷・鼎・伊賀良・山本の一部。ただし、家人送迎の場合には、飯田・下伊那内とします。

◇生活サービス

当施設通所利用中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立ち運営しています。

ご利用可能設備等：食堂兼機能訓練室（デイルーム）、浴室（一般浴室・特別浴室）、送迎車7台

食事：昼 食 11時40分～

おやつ 14時30分～

◇他機関・施設との連携

協力医療機関での受診：当施設の協力病院は飯田病院です。利用者の状態が急変した場合には、施設医師が診察をし、必要な場合には受診を依頼いたします。その際には、ご家族に速やかにご連絡いたします。

他施設の紹介：当施設での対応が困難な状態になり専門的な対応が必要になった場合には、他の医療機関を紹介します。

※医療機関への受診は原則ご家族が付き添っていただけますようお願いいたします。

◇緊急時の連絡先

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。利用中に必ず連絡の取れる方を同意書にお書きください。

介護老人保健施設アップルハイツ飯田のご案内

(令和８年10月１日現在)

１．施設の概要

(１) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設アップルハイツ飯田
- ・開設年月日 平成３年７月１日
- ・所在地 〒395-0067 飯田市羽場権現1618番地
- ・電話番号 0265-21-1165 (代) 0265-24-8516 (２階) 0265-24-8518 (３階)
- ・ファックス番号 0265-21-1166
- ・管理者名 施設長 大原 慎司
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (2050580014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機能訓練、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、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、１日でも早く家庭での生活に戻る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。

[介護老人保健施設アップルハイツ飯田の運営方針]

Ⅰ．地域社会との連携によるケア

地域の医療・保険・福祉機関との密接な連携を保ち、合わせて居宅支援事業所・地域包括支援センターの協力やボランティアの参加も得て、開かれたケアを行う。

Ⅱ．飯田病院との連携

地域の中核病院である飯田病院との連携を基に医療サービスの充実に努め、信頼されるケアを行う。

Ⅲ．スタッフのチームケア

利用者の方が、家庭や社会でより良い生活が送れるよう、それぞれのスタッフの連携を保ち、高いチームケアを行う。

① 看護・介護

明るくゆったりとした雰囲気の中で、一人一人の利用者がいつまでも豊かな人生を楽しめるよう、温かく、質の高いケアを提供する。

② リハビリテーション・レクリエーション

運動、訓練、レクリエーションを通じ日常生活動作及び体力の維持・向上を目指す。

③ 食事

家庭の味を大切にし、愛情のこもった美味しく、楽しい食事ができるように努める。

④ 相談

利用者一人一人の暮らしにおける心配ごと、困りごとの具体的現実的解決を共に考えていくとと

もに、家族の方々が、安心して十分な介護ができるような環境作りを支援する。

⑤ 管理

この施設利用等の管理を厳密に行うと共に、この施設の良さを地域の人々に理解してもらえよう努める。

(3) 施設の職員体制

当施設の従業者の職種と員数は次のとおりです。

※施設長（医師）を除く員数は常勤換算数。介護老人保健施設サービス、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）通所リハビリテーションの計

・施設長（医師）	1人
・薬剤師	0.4人以上
・看護職員	10人以上
・介護職員	40人以上
・支援相談員	2人以上
・理学療法士・作業療法士	5人以上
・栄養士又は管理栄養士	2人以上
・介護支援専門員	4人以上
・調理員	6人以上
・事務員	1人以上

(4) 通所定員数等

定員40名（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計）

2. サービス内容

- ① 食事：個人の病状、状況に対応した食事形態・食事量を提供いたします。
- ② 入浴：一般浴槽と特別浴槽の2種類があります。身体状況に応じてご利用いただきます。
- ③ 機能訓練：リハビリテーション、レクリエーション計画を作成し同意の上訓練を提供いたします。
- ④ 送迎：片道おおむね20分の範囲まで送迎いたします。（旧市内、上郷・鼎・伊賀良・山本の一部）ご家族の送迎はこの範囲に限りません。
- ⑤ 行政手続代行：介護保険に関する、各種申請やお手続きの必要がある際に代行が可能な場合がありますのでご相談ください。
- ⑥ 生活相談：支援相談員が各機関への連絡調整をするとともに、困りごとの相談に対応します。
- ⑦ 理美容サービス：理容美容の専門業者に手配することができます。

※上記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がありますので、お問合せください。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力いただいています。

○協力医療機関

- ・名称 社会医療法人栗山会 飯田病院 院長 原 栄志

- ・住所 飯田市大通1丁目15番地
- ・電話 0265-22-5150（代）

○協力歯科医

- ・名称 J A南信州歯科診療所
- ・住所 飯田市鼎東鼎281番地
- ・電話 0265-21-4490

4. 当法人の内容

- ・法人種別 社会医療法人
- ・名称 社会医療法人栗山会
- ・代表者 理事長 千葉 隆一

5. 苦情申し立ての窓口

ご利用に際して、お気づきの点、苦情等ありましたら、下記の窓口にご連絡ください。内容を精査したうえ、速やかに対応を検討し、ご返答するように努めます。

アップルハイツ飯田 事務長 塚平 賢志

支援相談員 木下・塩沢

飯田市羽場権現1618番地 電話 0265-21-1165

<その他の窓口> ・飯田市長寿支援課介護保険係

飯田市役所内 電話 0265-22-4511（代）

・各市町村介護保険担当窓口

・長野県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情処理係

電話 026-238-1555

6. 利用にあたっての留意事項

- ・飲酒・喫煙…当施設は禁煙となっております。喫煙はできません。原則飲酒はご遠慮ください。
- ・外出……………通所リハビリテーション利用日は原則として外出は避けていただいております。ご事情がある場合にはご相談ください。
- ・金銭管理……………必要以上の金銭・貴重品はお持ちにならないでください。紛失については責任を負いかねます。

7. 災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、非常通報装置を設置
- ・防災訓練 年2回（内、1回は大規模災害を想定としたもの） 伝達訓練 年1回

8. 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。

9. カスタマーハラスメントの禁止

当施設は、利用者及びご家族からのご意見、苦情、要望をサービス向上のための大切な声として受け止め、誠実に対応します。一方で、職員が安心して質の高い介護・リハビリテーションを提供できるよう、職員の人格や尊厳を傷つける言動、暴力行為、無断撮影・録音、SNS等への投稿・拡散その

他職員のプライバシーや就業環境を害する迷惑行為（カスタマーハラスメント行為）を禁止します。

対象となる主な行為は、①暴言、侮辱、人格を否定する発言、威圧・恫喝、脅迫、②暴力、物を投げる、職員への危険な接触、③性的言動・セクシュアルハラスメント行為、職員が不快・苦痛を感じる言動、④正当な理由のない過度・不当な要求、長時間・繰り返しの要求、⑤土下座等、社会通念上相当な範囲を超える謝罪の要求、⑥その他、職員の心身や就業環境を著しく害する行為です。認知症や疾病・障害等に伴う言動（BPSD等）が原因または背景にあると判断される場合には、症状や背景を踏まえ、介護・医療上の適切な対応を含めて、組織として適切に判断します。

これらの行為が認められた場合、担当者の交代、複数人対応、面談・電話等の方法変更、録画・録音による記録、対応時間・場所の設定、文書による注意・申し入れ、法人・専門機関等への相談その他必要な対応を行います。改善が見られない場合や緊急性がある場合は、利用契約の解除等の必要な措置をとる場合があります。また、暴行、脅迫、器物破損、不法侵入など、警察対応が必要と判断される場合は、警察へ相談・通報する場合があります。

なお、本項は、利用者及びご家族からの正当なご意見、苦情、要望を申し出ることを制限するものではありません。

<別紙3>

利 用 料 金

【令和8年8月1日より】※介護報酬改定の際には変更することがあります

介護保険の負担割合は年間の所得に応じて1割・2割・3割となります。

各市町村より証明書（負担割合証）が送付されておりますのでご確認ください。以下は1割を示します

※介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ）として介護保険所定単位に10.3%乗じた金額となります。

（1）基本料金（1割負担例）

① 通所リハビリテーション費（通常規模事業所） 送迎含む

基本利用時間 6時間～7時間

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
料 金	715円	850円	981円	1,137円	1,290円

状況により、基本時間ではない利用となった場合の料金

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	369円	398円	429円	458円	491円
2時間以上3時間未満	383円	439円	498円	555円	612円
3時間以上4時間未満	486円	565円	643円	743円	842円
4時間以上5時間未満	553円	642円	730円	844円	957円
5時間以上6時間未満	622円	738円	852円	987円	1,120円
7時間以上8時間未満	762円	903円	1,046円	1,215円	1,379円

延長可算：通算8時間～9時間 50円/回、通算9時間～10時間 100円/日

共通加算

*リハビリテーション提供体制加算 基本利用は24円/日

	3時間～4時間	4時間～5時間	5時間～6時間	6時間～7時間	7時間以上
料 金	12円	16円	20円	24円	28円

*サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22円/日

*科学的介護推進体制加算 40円/月

② 個別に対応する費用（該当項目に☑します）

□入浴介助加算（Ⅰ）40円/日

□退院時共同指導加算 600円/回

□理学療法士等体制強化加算 30円/日

□通常の事業実施地域以外で辺地、振興山村又は過疎地域に該当する地域の利用者：5%上乗せ

（2）その他・実費負担いただくもの

- | | |
|---------------------------------------|--------|
| ① 食材料費 | 750円/食 |
| ② 日用品費(おしぼり、石鹸、シャンプー、ペーパータオル、感染予防物品等) | 50円/日 |
| ③ 教養娯楽費(レクリエーション材料費、施設内手芸材料費) | 50円/日 |

- ④ おむつ 使用分の実費
- ⑤ 作業療法材料費(持ち帰る作品分)

《お支払い方法》

- ・毎月前半に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末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。
- ・お支払方法は、現金（アップルハイツ窓口）、銀行振込、口座引落とし（毎月20日）の3方法があります。ご利用開始の際にお選びください。口座引落としをご希望の場合には申込書のご記入が必要です。

通所リハビリテーション（デイケア）のご利用について

【持ち物】

- ・介護保険証、介護保険負担割合証、各種健康保険証、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証、老人医療受給者証（初回、変更時のみ）
- ・薬（昼食時服用される方）、お薬手帳
- ・おむつ・尿キャッチ（必要な方）・・・こちらで用意する事もできますが、料金は実費となります。ご自宅にある方はお持ちください。

＜入浴時必要なもの＞

- ・バスタオル・・・ 一般浴の方は1枚、機械浴の方は2枚
- ・洗身用タオル(普通の大きさのタオル)・・・ 一般浴の方は2枚、機械浴の方は3枚
- ・着替え、下着、電気カミソリ（必要な方）など

※持ち物には必ず記名をお願い致します。

※貴重品はお持ちにならないでください。

【お願い】

- ① お休みの場合には、前日の17時までにご連絡ください。急な場合には朝8時30分までをお願い致します。
- ② 時間外のご利用を希望される方はご相談ください。送迎・場所など変更になる場合があります。時間外の送迎はご家族にお願いいたします。