

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

（約款の目的）

第1条 依田窪老人保健施設（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、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、令和3年4月1日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）を利用できるものとします。但し、本約款、別紙1、別紙2又は別紙3（本項において「本約款等」といいます。）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7万円（1ヶ月あたり）の範囲内で、利用者と連帶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 利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続が円滑に進行するよう協力すること。
 - 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宰者がいる場合、当施設は祭祀主宰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入所者等に対して、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、利用中止の意思表明をすることにより、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（介護予防通所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は、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 利用者及び身元引受人が、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いを督促したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合。
- ④ 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。
- 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、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
- ⑥ 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。
- ⑦ 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6条 利用者及び身元引受人は、連帶して、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。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できます。

- 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10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、連帶して、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ときは、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て、領収書を所定の方法により交付します。

(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2年間保管します。（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、謄写を求めたときは、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、緊急やむを得なかつ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、情報提供を行なうこととします。
- 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。

(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できます。
- 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）に対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に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（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、連帶して、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誠意をもって協議して定めることとします。

<別紙1>

(1) 通所定員 40名

1. サービス内容

- ① 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）計画の立案
- ② 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
昼食 12時00分
- ③ 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。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑥ 相談援助サービス
- ⑦ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑧ 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利用時間の終了に間に合わない場合に適用）
- ⑨ 行政手続代行
- ⑩ その他

*これら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、具体的にご相談ください。

2. 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には、速やかに対応をお願いするようにしています。

○併設医療機関

- ・名称 国保依田窪病院
- ・住所 長野県小県郡長和町古町2857

○協力歯科医療機関

- ・名称 ながい歯科医院
- ・住所 長野県北佐久郡立科町芦田2006

◇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。

3. 施設利用に当たっての留意事項

- ・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。
- ・飲酒・喫煙について、飲酒は、過ぎない程度でお呑みになれるのは構いません。
喫煙について、所定の喫煙コーナーをご利用ください。
- ・所持品・備品等の持ち込みについては自由ですが、職員による管理はお受け兼ねますので、御自身にて管理をお願いします。
- ・金銭・貴重品の管理は、施設管理を原則としていたしませんので、個人管理をお願いします。紛失等の責任は負いかねます。

4. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓等
- ・防災訓練 年2回

5. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送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。

6. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。要望や苦情なども、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

- ・苦情担当窓口：小林 美記
- ・苦情解決責任者：藤田 千恵
- 電話：0268-68-0281
- FAX：0268-68-0283

そのほか、公衆電話機横に備えつけられた「ご意見箱」をご利用ください。

又、当施設以外にも下記等の市町村の相談・苦情窓口、長野県国民健康保険連合会、第三者委員においても随時受け付けております。

◎長和町 保健福祉課 電話：0268-75-2079

◎上田市武石地域自治センター市民サービス課 電話：0268-85-2067

※上記以外にも利用者の住所地の市町村役場の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

◎長野県国民健康保険団体連合会 電話：026-238-1580

◎第三者委員氏名 磯部 美和子（長和地区民生児童委員）

渡邊 卓巳（長和地区民生児童委員）

金野 信子（武石地区民生児童委員）

7. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

<別紙2>

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
(令和8年1月1日現在)

1. 介護保険証の確認

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

2. 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）についての概要

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っては要支援者）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および利用者ご家族の身体的及び精神的負担の軽減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・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等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いただくようになります。

3. 従業者の職種、員数

当施設の従事者の職種、員数は、次のとおりであり、必置職については法令の定めるところによる。

- | | | |
|---|-------------------|-------------------|
| ① | 管理者 | 1人（医師） |
| ② | 医師 | 0.7人以上（非常勤、管理者兼務） |
| ③ | 看護職員 | 7人以上 |
| ④ | 薬剤師 | 0.24人以上 |
| ⑤ | 介護職員 | 17人以上 |
| ⑥ | 支援相談員 | 1人以上 |
| ⑦ | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 2人以上 |
| ⑧ | 管理栄養士 | 1人以上 |
| ⑨ | 介護支援専門員 | 1人以上 |
| ⑩ | 事務職員 | 1人以上 |

4. 利用料金

(1) 通所リハビリテーションの基本料金（1割負担）

① 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および利用時間によって利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担分です）

通常規模型

| | 1 時間以上 2 時間未満 | 2 時間以上 3 時間未満 | 3 時間以上 4 時間未満 | 4 時間以上 5 時間未満 | 5 時間以上 6 時間未満 |
|-------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 要介護 1 | 3 6 9 円 | 3 8 3 円 | 4 8 6 円 | 5 5 3 円 | 6 2 2 円 |
| 要介護 2 | 3 9 8 円 | 4 3 9 円 | 5 6 5 円 | 6 4 2 円 | 7 3 8 円 |
| 要介護 3 | 4 2 9 円 | 4 9 8 円 | 6 4 3 円 | 7 3 0 円 | 8 5 2 円 |
| 要介護 4 | 4 5 8 円 | 5 5 5 円 | 7 4 3 円 | 8 4 4 円 | 9 8 7 円 |
| 要介護 5 | 4 9 1 円 | 6 1 2 円 | 8 4 2 円 | 9 5 7 円 | 1, 1 2 0 円 |
| | 6 時間以上 7 時間未満 | 7 時間以上 8 時間未満 | | | |
| 要介護 1 | 7 1 5 円 | 7 6 2 円 | | | |
| 要介護 2 | 8 5 0 円 | 9 0 3 円 | | | |
| 要介護 3 | 9 8 1 円 | 1, 0 4 6 円 | | | |
| 要介護 4 | 1, 1 3 7 円 | 1, 2 1 5 円 | | | |
| 要介護 5 | 1, 2 9 0 円 | 1, 3 7 9 円 | | | |

大規模型（I）

| | 1 時間以上 2 時間未満 | 2 時間以上 3 時間未満 | 3 時間以上 4 時間未満 | 4 時間以上 5 時間未満 | 5 時間以上 6 時間未満 |
|-------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 要介護 1 | 3 5 7 円 | 3 7 2 円 | 4 7 0 円 | 5 2 5 円 | 5 8 4 円 |
| 要介護 2 | 3 8 8 円 | 4 2 7 円 | 5 4 7 円 | 6 1 1 円 | 6 9 2 円 |
| 要介護 3 | 4 1 5 円 | 4 8 2 円 | 6 2 3 円 | 6 9 6 円 | 8 0 0 円 |
| 要介護 4 | 4 4 5 円 | 5 3 6 円 | 7 1 9 円 | 8 0 5 円 | 9 2 9 円 |
| 要介護 5 | 4 7 5 円 | 5 9 1 円 | 8 1 6 円 | 9 1 2 円 | 1, 0 5 3 円 |
| | 6 時間以上 7 時間未満 | 7 時間以上 8 時間未満 | | | |
| 要介護 1 | 6 7 5 円 | 7 1 4 円 | | | |
| 要介護 2 | 8 0 2 円 | 8 4 7 円 | | | |
| 要介護 3 | 9 2 6 円 | 9 8 3 円 | | | |
| 要介護 4 | 1, 0 7 7 円 | 1, 1 4 0 円 | | | |
| 要介護 5 | 1, 2 2 4 円 | 1, 3 0 0 円 | | | |

「6時間以上8時間未満」の通所リハビリテーションに前後して日常生活上のお世話を加算した場合の算定対象時間が8時間以上となった場合の加算

| | |
|----------------|---------|
| [8時間以上9時間未満] | 5 0 円 |
| [9時間以上10時間未満] | 1 0 0 円 |
| [10時間以上11時間未満] | 1 5 0 円 |
| [11時間以上12時間未満] | 2 0 0 円 |
| [12時間以上13時間未満] | 2 5 0 円 |
| [13時間以上14時間未満] | 3 0 0 円 |

| | | | |
|--|--------------------------|-----|--------|
| ② 入浴介助加算 | | | |
| 入浴介助加算（I） | | 40円 | |
| 入浴介助加算（II） | | 60円 | |
| ※通所リハビリテーション利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。 | | | |
| ③ リハビリテーションマネジメント加算 | | | |
| リハビリテーションマネジメント加算イ | (開始日から6月以内) | 1月 | 560円 |
| | (開始日から6月超) | 1月 | 240円 |
| リハビリテーションマネジメント加算ロ | (開始日から6月以内) | 1月 | 593円 |
| | (開始日から6月超) | 1月 | 273円 |
| リハビリテーションマネジメント加算ハ | (開始日から6月以内) | 1月 | 793円 |
| | (開始日から6月超) | 1月 | 473円 |
| 事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合 | | | 270円 |
| ④ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | | 1日 | 110円 |
| ⑤ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | | | |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）／日 | | 1日 | 240円 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（II）／月 | | 1月 | 1,920円 |
| ⑥ 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] | | 12円 | |
| [4時間以上5時間未満] | | 16円 | |
| [5時間以上6時間未満] | | 20円 | |
| [6時間以上7時間未満] | | 24円 | |
| [7時間以上] | | 28円 | |
| ⑦ 口腔・栄養スクリーニング加算 | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（I） | (6月に1回限度) | | 20円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（II） | (6月に1回限度) | | 5円 |
| ⑧ 口腔機能向上加算 | | | |
| 口腔機能向上加算（I） | (月2回を限度) | | 150円 |
| 口腔機能向上加算（II）イ | (月2回を限度) | | 155円 |
| 口腔機能向上加算（II）ロ | (月2回を限度) | | 160円 |
| ⑨ サービス提供体制強化加算 | | | |
| サービス提供体制強化加算（I） | | | 22円 |
| サービス提供体制強化加算（II） | | | 18円 |
| サービス提供体制強化加算（III） | | | 6円 |
| ⑩ 重度療養管理加算（要介護3・4・5で特定の疾患対象者のみ） | 1日につき | | 100円 |
| ⑪ 介護職員処遇改善加算III | (基本サービス費+加算) × 1.9% の1割分 | | |
| ⑫ 介護職員等ベースアップ等支援加算 | (基本サービス費+加算) × 1.0% の1割分 | | |

| | | |
|---|----------------------|------------|
| ⑯ | 栄養アセスメント加算／月 | 50円 |
| ⑰ | 移行支援加算／日 | 12円 |
| ⑱ | 科学的介護推進体制加算 | 1月につき 40円 |
| ⑲ | 事業所が送迎を行わない場合（片道につき） | -47円 |
| ⑳ | 退所時共同指導加算 | 1回につき 600円 |

(2) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金

施設利用料（要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は1月あたりの自己負担分です。）

| | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------|
| ① | 介護予防通所リハビリテーション費 | |
| | 要支援1 | 2,268円／月 |
| | 要支援2 | 4,228円／月 |
| ② | 生活行為向上リハビリテーション実施加算（開始から6月以内） | 1,250円／月 |
| ③ | 利用を開始した日の属する月から起算して12月を越えた期間に利用した場合 | |
| | 要支援1 - 120円 | 要支援2 - 240円 |
| ④ | 口腔機能向上加算（I）（月2回を限度） | 150円／月 |
| | 口腔機能向上加算（II）（月2回を限度） | 160円／月 |
| ⑤ | 口腔・栄養スクリーニング加算（I）（6月に1回限度） | 20円 |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算（II）（6月に1回限度） | 5円 |
| ⑥ | 栄養改善加算（1月につき） | 200円／月 |
| ⑦ | サービス提供体制強化加算（I） | |
| | 要支援1 88円／月 | |
| | 要支援2 176円／月 | |
| | サービス提供体制強化加算（II） | |
| | 要支援1 72円／月 | |
| | 要支援2 144円／月 | |
| | サービス提供体制強化加算（III） | |
| | 要支援1 24円／月 | |
| | 要支援2 48円／月 | |
| ⑨ | 介護職員待遇改善加算Ⅲ | （基本サービス費+加算）×1.9%の1割分 |
| ⑪ | 介護職員等ベースアップ等支援加算（基本サービス費+加算） | ×1.0%の1割分 |
| ⑫ | 若年性認知症利用者受入加算 | 60円 |
| ⑬ | 科学的介護推進体制加算（1月につき） | 40円／月 |
| ⑭ | 退院時共同指導加算 | 600円 |

(4) その他の料金

| | | |
|---|-------|----------------|
| ① | 食 費 | 780円（おやつ60円含む） |
| ② | 日用品費 | 日額70円 |
| ③ | 教養娯楽費 | 実費 |

- ④ おむつ代 実費
- 基本的にご持参いただくようお願いします。
- ご利用者の体調やお忘れになられた場合別途頂くようになります。
- その場合ご利用者の身体状況によっておむつの種類が違ってきます。料金は下記の通りです。
- ・尿とりパット 23円～38円の4種類
 - ・パンツ型等 110円から130円の5種類

(5) 支払い方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月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。
- ・お支払い方法は、現金・口座振込・口座振替の3方法があります。いずれかの方法でお支払いください。
- ・被保険者の状況により、高額介護給付対象になる場合があります。領収書は、大切に保管ください。原則として、領収書の再発行はいたしません。

<別紙3>

個人情報の利用目的

(令和3年4月1日現在)

依田窪介護老人保健施設では、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

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）利用契約書

依田窪介護老人保健施設（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及び別紙3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。

年　　月　　日

<利用者>

住　　所
氏　　名

<利用者の身元引受人>

住　　所
氏　　名

依田窪介護老人保健施設
管理者 城下 智 殿

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

| | |
|------|-------|
| 氏　名 | (続柄) |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 | |

【本約款第10条2項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

| | |
|------|-------|
| 氏　名 | (続柄) |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 | |