

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



独立行政法人地域医療機能推進機構
宇和島病院附属介護老人保健施設

< 2024 年 6 月 1 日改定 >

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 独立行政法人地域医療機能推進機構 宇和島病院附属介護老人保健施設（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たっては要支援状態）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、利用者及び支払義務者は、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、2024年6月1日以降から効力を有します。但し、身元引受人、支払義務者、連帯保証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、別紙2及び別紙3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します。

（利用者からの解除）

第3条 利用者及び身元引受人は、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。

但し、利用者が正当な理由なく、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4条 当施設は、利用者及び身元引受人、支払義務者に対し、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支払義務者及び連帯保証人が、本約款に定める利用料金を3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利用者又は身元引受人が、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、セクシャルハラスメントなどの迷惑行為を行った場合
- 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利用させることができない場合
- ⑦利用者が死亡した場合

2 利用者が病院に入院または他の施設に入所した場合、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）は、終了します。

(利用料金)

- 第5条 支払義務者は、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あります。
- 2 当施設は、支払義務者に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日に発行し、所定の方法により交付します。支払義務者は、当施設に対し、当該合計額をその月の月末までに「口座振替（引き落とし）」、「口座振込み」、「現金でのお支払い」のいずれかの方法で支払うものとします。なお、支払いの方法は、双方合意した方法によります。
- 3 当施設は、支払義務者から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、支払義務者に対して、領収書を所定の方法により交付します。
- 4 指定期日までに利用料の支払いができなかった場合には、連帯保証人が支払義務者と連帯して支払うものとします。

(記録)

- 第6条 当施設は、利用者の通所リハビリテーション（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年間は保管します。（診療録についても、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、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7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身元引受人、支払義務者、連帯保証人若しくはその家族等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、利用者及び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10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。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 利用者及び身元引受人、その他の者（利用者の代理人を含みます。）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、支払義務者は、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13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。

独立行政法人地域医療機能推進機構 宇和島病院附属介護老人保健施設のご案内
(2024 年 6 月 1 日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 独立行政法人地域医療機能推進機構 宇和島病院附属介護老人保健施設
- ・開設年月日 1995 年 5 月 1 日
- ・所在地 愛媛県宇和島市賀古町 1 丁目 2 番 20 号
- ・電話番号 0895-24-7111 ・ファックス番号 0895-24-7118
- ・管理者名 施設長 日前 敏子
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (3857780245 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リハビリテーション、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、利用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（介護予防短期入所療養介護）や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）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、以下のような運営の方針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。

【運営方針】

- 当施設では、利用者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、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。
- 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- 当施設では、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとします。

(3) 施設の職員体制（*通所リハビリテーション）

職種	人員数	勤務体制	業務内容
医 師	1人以上配置	日勤	診療、健康管理に関すること (※)ジェイコー宇和島病院と兼務
看護師	1人以上配置	日勤	看護、診療の介助等に関すること
介護福祉士 療養介助員	3人以上配置	日勤	介護、支援等に関すること
作業療法士 理学療法士	2人以上配置	日勤	機能回復訓練等に関すること(※) 入所と兼務

*日勤 8:30～17:15

(4) 営業日 月曜日～金曜日（祝日、12月29日～1月3日を除く）

(5) 営業時間 9:30～16:00（6.5時間）

(6) 実施区域 宇和島市立明倫、番城、宇和津、鶴島（但し小池、石応は除く）、天神、
和霊、住吉、高光の各小学校区内の地域

(7) 通所定員 30名

2. 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

昼食 12:00～

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 介護

⑥ リハビリテーション

⑦ 相談援助サービス

⑧ その他

*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等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

* 協力医療機関

名 称	独立行政法人地域医療機能推進機構 宇和島病院（ジェイコー宇和島病院）
住 所	宇和島市賀古町 2 丁目 1 番 37 号
T E L	0895-22-5616

* 協力歯科医療機関

名 称	むつみ歯科医院
住 所	宇和島市恵美須町 2 丁目 5-8
T E L	0895-25-2323

◇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。

4. 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・喫煙は、禁止となっております。全館禁煙です。
- 火気の取扱いについては、防火管理上使用を禁止します。
- 設備・備品は、お部屋に備え付けの物をご利用ください。
- 所持品は、日常生活上の衣類、日用品等の身のまわりで必要な物を持参して下さい。
（所持品には、ご記名をお願いいたします。）
- 金銭・貴重品の管理はできません。また、破損、紛失、盗難の責任は負いかねますので、多額の現金、貴重品類は持ち込まないようにして下さい。
- 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）ご利用時間内での受診（投薬の依頼を含む）は、医療保険の対象となりません。施設負担となりますので、必ずご連絡ください。また、ご利用日当日に医療機関に受診される場合には、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）をお控えください。
- 宗教活動は、ご遠慮ください。
- ペット及び危険物（ライター、マッチ、はさみ、包丁等の刃物類）の持ち込みは、お断りいたします。

5. 非常災害対策

- 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、すべり台、救助袋、自家発電装置等
- 防災訓練 年 2 回（うち 1 回は、夜間想定訓練）

6. 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。

職員または入所者に対しての身体的暴力（殴る、蹴る、物を投げる、唾を吐く等）、精神的暴力（暴言、嫌がらせ、誹謗中傷等）、セクシャルハラスメント（胸を触る、卑猥な行動言動等）などの迷惑行為を禁止します。

7. 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。

（TEL 0895-24-7111 ※月～金（祝日を除く）の9：00～17：00の間をお願いします）

要望や苦情などは、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が、地下1階エレベーター横に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

または、当施設以外に市町村の介護保険担当課の相談窓口及び愛媛県国民健康保険団体連合会に苦情を伝えることもできます。

○住所地の介護保険担当課

- ・宇和島市役所 高齢者福祉課（TEL 0895-49-7018）
- ・西予市役所 長寿介護課（TEL 0894-62-6406）
- ・松野町役場 保健福祉課（TEL 0895-42-0708）
- ・鬼北町役場 保健介護課（TEL 0895-45-1111）
- ・愛南町役場 高齢者支援課（TEL 0895-72-7325）

※その他、各市町の介護保険担当課

○愛媛県国民健康保険団体連合会介護・事業課介護一係（TEL 089-968-8700）

8. 事故発生時の対応

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。

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。

当施設は利用者又は身元引受人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。

9. 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ありますので、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

(2024 年 6 月 1 日現在)

1. 介護保険被保険者証等の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険被保険者証、介護保険負担割合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たっては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、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の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、身元引受人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. 利用料金

(1) 通所リハビリテーション費（通常規模型）

(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。)

<1 時間以上 2 時間未満>（日額）＊標準的な利用時間 10：00～11：30、13：45～15：00、14：00～15：30

要介護状態区分	基本料金（10 割）	利用者負担額（1 割）	利用者負担額（2 割）	利用者負担額（3 割）
要介護 1	3,690 円	369 円	738 円	1,107 円
要介護 2	3,980 円	398 円	796 円	1,194 円
要介護 3	4,290 円	429 円	858 円	1,287 円
要介護 4	4,580 円	458 円	916 円	1,374 円
要介護 5	4,910 円	491 円	982 円	1,473 円

<2 時間以上 3 時間未満>（日額）＊標準的な利用時間 9：45～12：00

要介護状態区分	基本料金（10 割）	利用者負担額（1 割）	利用者負担額（2 割）	利用者負担額（3 割）
要介護 1	3,830 円	383 円	766 円	1,149 円
要介護 2	4,390 円	439 円	878 円	1,317 円
要介護 3	4,980 円	498 円	996 円	1,494 円
要介護 4	5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
要介護 5	6,120 円	612 円	1,224 円	1,836 円

<3 時間以上 4 時間未満>（日額）＊標準的な利用時間 9：45～13：00

要介護状態区分	基本料金（10 割）	利用者負担額（1 割）	利用者負担額（2 割）	利用者負担額（3 割）
要介護 1	4,860 円	486 円	972 円	1,458 円
要介護 2	5,650 円	565 円	1,130 円	1,695 円
要介護 3	6,430 円	643 円	1,286 円	1,929 円
要介護 4	7,430 円	743 円	1,486 円	2,229 円
要介護 5	8,420 円	842 円	1,684 円	2,526 円

<4 時間以上 5 時間未満>（日額）＊標準的な利用時間 9：45～14：00

要介護状態区分	基本料金（10 割）	利用者負担額（1 割）	利用者負担額（2 割）	利用者負担額（3 割）
要介護 1	5,530 円	553 円	1,106 円	1,659 円
要介護 2	6,420 円	642 円	1,284 円	1,926 円
要介護 3	7,300 円	730 円	1,460 円	2,190 円
要介護 4	8,440 円	844 円	1,688 円	2,532 円
要介護 5	9,570 円	957 円	1,914 円	2,871 円

<5 時間以上 6 時間未満>（日額）＊標準的な利用時間 9：45～15：00

要介護状態区分	基本料金（10 割）	利用者負担額（1 割）	利用者負担額（2 割）	利用者負担額（3 割）
要介護 1	6,220 円	622 円	1,244 円	1,866 円
要介護 2	7,380 円	738 円	1,476 円	2,214 円
要介護 3	8,520 円	852 円	1,704 円	2,556 円
要介護 4	9,870 円	987 円	1,974 円	2,961 円
要介護 5	11,200 円	1,120 円	2,240 円	3,360 円

<6 時間以上 7 時間未満>（日額）＊標準的な利用時間 9：45～16：00

要介護状態区分	基本料金（10 割）	利用者負担額（1 割）	利用者負担額（2 割）	利用者負担額（3 割）
要介護 1	7,150 円	715 円	1,430 円	2,145 円
要介護 2	8,500 円	850 円	1,700 円	2,550 円
要介護 3	9,810 円	981 円	1,962 円	2,943 円
要介護 4	11,370 円	1,137 円	2,274 円	3,411 円
要介護 5	12,900 円	1,290 円	2,580 円	3,870 円

<7 時間以上 8 時間未満>（日額）＊標準的な利用時間 9：45～17：00

要介護状態区分	基本料金（10 割）	利用者負担額（1 割）	利用者負担額（2 割）	利用者負担額（3 割）
要介護 1	7,620 円	762 円	1,524 円	2,286 円
要介護 2	9,030 円	903 円	1,806 円	2,709 円
要介護 3	10,460 円	1,046 円	2,092 円	3,138 円
要介護 4	12,150 円	1,215 円	2,430 円	3,645 円
要介護 5	13,790 円	1,379 円	2,758 円	4,137 円

(2) 加算 (※通所リハビリテーションに限る)

①入浴介助加算 (一般浴槽、特別浴槽を利用した場合に加算されます)

※1 時間以上 2 時間未満、2 時間以上 3 時間未満の場合は、入浴サービスの提供はできません。

内容	基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
入浴介助加算 (I)	400 円/日	40 円/日	80 円/日	120 円/日

②サービス提供体制強化加算 (I)

(通所リハビリテーション介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が 70%以上配置されている場合、または勤続年数 10 年以上の介護福祉士を 25%以上配置されている場合、提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取り組みを実施している場合等に加算されます)

基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
220 円/日	22 円/日	44 円/日	66 円/日

③リハビリテーション提供体制加算

※1 時間以上 2 時間未満、2 時間以上 3 時間未満は該当しません。

(リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいたサービスを提供している場合に加算されます)

内容	基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
3 時間以上 4 時間未満	120 円/日	12 円/日	24 円/日	36 円/日
4 時間以上 5 時間未満	160 円/日	16 円/日	32 円/日	48 円/日
5 時間以上 6 時間未満	200 円/日	20 円/日	40 円/日	60 円/日
6 時間以上 7 時間未満	240 円/日	24 円/日	48 円/日	72 円/日
7 時間以上	280 円/日	28 円/日	56 円/日	84 円/日

④リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)

※利用時間が「1 時間以上 2 時間未満」の方は該当しません。

内 容	基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
開始月から 6 か月以内	5,930 円/月	593 円/月	1,186 円/月	1,779 円/月
開始月から 6 か月超え	2,730 円/月	273 円/月	546 円/月	819 円/月

⑤短期集中個別リハビリテーション実施加算

(退院 (所) 日または認定日から起算して 3 か月以内の場合加算されます)

基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
1,100 円/日	110 円/日	220 円/日	330 円/日

⑥中重度者ケア体制加算

(看護職員又は介護職員を指定基準よりも常勤換算法で 1 名以上多く配置している場合に加算されます)

基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
200 円/日	20 円/日	40 円/日	60 円/日

⑦送迎が実施されない利用者の減算

(利用者が自ら行う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合に減算されます)

基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
片道 470 円減算/日	片道 47 円減算/日	片道 94 円減算/日	片道 141 円減算/日

⑧重度療養管理加算 (要介護 3. 4. 5 の方で手厚い医療が必要な状態の利用者の方に算定されます)

基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
1, 000 円/日	100 円/日	200 円/日	300 円/日

厚生労働大臣が定める i) ～ix) のいずれかの状態である場合

- i) 常時頻回の喀痰吸引を実施している。
- ii) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している。
- iii) 中心静脈注射を実施している。
- iv) 人工腎臓を実施していて、なおかつ重篤な合併症を有する。
- v) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している。
- vi) 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の 4 級以上であり、ストーマの処置を実施している。
- vii) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行なわれている。
- viii) 褥瘡に対する治療を実施している。
- ix) 気管切開が行なわれている。

⑨介護職員等処遇改善加算Ⅲ : 6.6% (所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数が加算されます)**⑩科学的介護推進体制加算Ⅰ**

(入所者・利用者ごとのADL (日常生活動作) 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。また、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に加算されます)

基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
400 円/月	40 円/月	80 円/月	120 円/月

(3) 介護予防通所リハビリテーション費

(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)

要支援状態区分	基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
要支援 1	22,680 円/月	2,268 円/月	4,536 円/月	6,804 円/月
要支援 2	42,280 円/月	4,228 円/月	8,456 円/月	12,684 円/月

(4) 加算 (※介護予防通所リハビリテーションに限る)

①サービス提供体制強化加算 (I)

(通所リハビリテーション介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が 50%以上配置されている場合に加算されます)

要支援状態区分	基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
要支援 1	880 円/月	88 円/月	176 円/月	264 円/月
要支援 2	1,760 円/月	176 円/月	352 円/月	528 円/月

②介護職員等処遇改善加算Ⅲ : 6.6% (所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数が加算されます)

③科学的介護推進体制加算 I

(入所者・利用者ごとのADL (日常生活動作) 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。また、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に加算されます)

基本料金 (10 割)	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
400 円/月	40 円/月	80 円/月	120 円/月

(5) その他の料金 <介護予防通所リハビリテーションも該当>

① 食費 600 円

※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) 1 時間以上 2 時間未満、2 時間以上 3 時間未満の場合は、食事の提供はできません。

② 日用品費 60 円 (おしぼり)

- ・ タオル、バスタオル、電気カミソリは、自宅からご用意ください。
- ・ 実費と記載している②の日用品費の提供は、利用者とその家族等の自由な選択に基づき、事前に十分な説明を行い、同意を得たうえで実費徴収します。

(6) 支払い方法

- ・毎月 10 日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の月末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、以下のいずれかで、双方合意した方法によります。

お支払いの種類	お支払い方法
口座振替（引き落とし）	引き落とし日は、毎月 21 日です。（21 日が休日の場合は、銀行の翌営業日）
口座振込	毎月 10 日～月末までに当施設の口座にお振込みをお願いします。 振込手数料は、振込者のご負担となります。
現金でのお支払い	毎月 10 日～月末までに事務室にてお支払いをお願いします。 （月曜日～金曜日（祝日除く）の 9：00～17：00 の間にお願いします）

**当施設における介護サービス利用者又は身元引受人、支払義務者、連帯保証人
若しくはその家族等の個人情報の利用目的について**

①施設内での利用

- 1、介護サービスの利用者様に提供する介護サービス
- 2、介護保険事務
- 3、会計・経理
- 4、事故等の報告
- 5、利用者様への介護サービスの向上
- 6、施設内介護実習への協力
- 7、介護サービスの質の向上を目的とした施設内介護研究
- 8、その他、利用者様に係る管理運営業務

②施設外への情報提供としての利用

- 1、他の病院、診療所、薬局、介護サービス事業者との連携
- 2、他の介護サービス事業所等からの照会への回答
- 3、利用者様の診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- 4、ご家族等への心身の状況説明
- 5、審査支払機関へのレセプト請求
- 6、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 7、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
- 8、その他、利用者様への介護保険事務に関する利用

③その他の利用

- 1、介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 2、外部監査機関への情報提供

○上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨を事務室までお申し出ください。

○お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。

○これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。

利用者又は身元引受人、支払義務者、連帯保証人若しくはその家族等の個人情報の保護について

当施設では、利用者に安心して介護サービスを受けていただくために、利用者又は身元引受人、支払義務者、連帯保証人若しくはその家族等の個人情報の取り扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。

個人情報の利用目的について

当施設では、利用者又は身元引受人、支払義務者、連帯保証人若しくはその家族等の個人情報を「別記」の目的で利用させていただくことがございます。

これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて利用者及び身元引受人、支払義務者、連帯保証人から同意をいただくことにしております。

個人情報の開示・訂正・利用停止について

当施設では、利用者又は身元引受人、支払義務者、連帯保証人若しくはその家族等の個人情報の開示・訂正・利用停止につきましても、「個人情報の保護に関する法律」の規定にしたがって進めております。

手続きの詳細のほか、ご不明な点につきましては、事務室までお気軽にお尋ねください。

2024 年 4 月 1 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
宇和島病院附属介護老人保健施設
施設長 日前 敏子

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

独立行政法人地域医療機能推進機構 宇和島病院附属介護老人保健施設

施設長

記入例

独立行政法人地域医療機能推進機構 宇和島病院附属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）を利用するにあたり、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平成27年4月 日、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。

平成 年 月 日

氏名			続柄	㊸
住所				
電話番号	() - () - ()			
利用者	※代表した場合は、代表者の氏名、続柄、代表理由を記入してください。			
氏名			代表理由（筆記が困難なため）→	お書きください。

上記利用者の貴施設利用中の利用料等は、納付期限内（毎月5日～25日）に支払義務者が必ず支払いいたします。万一、指定の期日までに利用料の支払いができなかった場合には、連帯保証人が支払義務者と連帯して滞りなく支払いいたします。

なお、身元引受人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ることとなります。

身元引受人	氏名			続柄	㊸
住所					
電話番号	() - () - ()				
氏名			代表理由（筆記が困難なため）→	お書きください。	

上記利用者の貴施設利用中の利用料等は、納付期限内（毎月5日～25日）に支払義務者が必ず支払いいたします。万一、指定の期日までに利用料の支払いができなかった場合には、連帯保証人が支払義務者と連帯して滞りなく支払いいたします。

なお、支払義務者及び連帯保証人の記載事項に変更があった場合には、速やかに届け出ることとなります。

支払義務者	氏名			続柄	㊸
住所					
電話番号	() - () - ()				
氏名			代表理由（筆記が困難なため）→	お書きください。	

連帯保証人	氏名			続柄	㊸
住所					
電話番号	() - () - ()				
氏名			代表理由（筆記が困難なため）→	お書きください。	

【本約款第9条3項の緊急時の連絡先】

連絡先①が以下の□に当てはまる場合、□に✓を入れてください。

□「身元引受人」と同じ □「支払義務者」と同じ □「連帯保証人」と同じ

連絡先①	氏名			続柄	
住所					
電話番号	() - () - ()				
氏名			代表理由（筆記が困難なため）→	お書きください。	

連絡先②が以下の□に当てはまる場合、□に✓を入れてください。

□「身元引受人」と同じ □「支払義務者」と同じ □「連帯保証人」と同じ

連絡先②	氏名			続柄	
住所					
電話番号	() - () - ()				
氏名			代表理由（筆記が困難なため）→	お書きください。	

※身元引受人は、成年者をお願いします。

※支払義務者は、支払能力を有する成年者をお願いします。（この要件を満たす場合、利用者と支払義務者が同一人でも差し支えありません。）

※連帯保証人は、支払義務者とは独立した生計を営む支払能力を有する成年者をお願いします。

※「連絡先①」、「連絡先②」で□に当てはまる場合は、□に✓のみ入れていただければ、氏名、住所、電話番号の記入の必要はありません。

※「連絡先①」、「連絡先②」で「身元引受人」と「支払義務者」が同じの場合、□「身元引受人」に✓を入れてください。