2026 年 8 月 1 日改定

老人保健施設　緑寿苑　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）
利用約款及び重要事項説明書

（約款の目的）

第 1 条　老人保健施設 緑寿苑（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とき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、前項に定める事項の他、本約款、重要事項説明書、別紙 1 及び別紙 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100万円(※)の範囲内で、利用者と連帯して支払う責任を負います。（※内訳：利用料金25万円×3ヶ月分、施設修繕費25万円）

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き取り等の処置、又は利用者が死亡した場合の遺体の引き取りをすること。但し、遺体の引き取りについて、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（本項第 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、1 ヵ月以上の期間を置き、理由を通知した上で、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 3 か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず 14 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サービス（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、他の利用者に脅威と感じる行動、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、当施設を利用させることができない場合。

（送迎範囲）

第 6 条　送迎の範囲は、次のとおりとする。

加古川市内の加古川左岸、播磨町全域、稲美町全域

※　場合によっては、上記以外の地域も送迎させていただくこともありますので、ご相談ください。

（利用料金）

第 7 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、別紙 1 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、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、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月 10 日頃に発行し、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、当該合計額を支払うものとします。なお、支払い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。

お支払いの方法は下記のどちらかです。

- 口座振替　口座振替日　27日
- 現金　　請求月の月末迄

受付時間：9時00分～16時00分（日祝以外）

3　利用料金に変更のある場合は、説明をさせていただき利用者又は身元引受人に同意をうけ変更します。

4　利用料金（介護保険適用部分・介護保険適用外部分）の変更に同意できない場合は、利用者又は身元引受人から解約できます。

5 介護保険適用外の利用料金の変更がある場合は、1か月以上前に文書で連絡させて頂きます。

6　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 8 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、謄写を求めた場合には、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 9 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。

（高齢者虐待防止について）

第 10 条　当施設は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のために、次に挙げるとおり必要な措置を講じます。

① 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努める。

② 個別支援計画の作成など、適切な支援の実施に努める。

③ 職員が支援に当たっての悩みを相談できる体制を整えるほか、職員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努める。

（秘密の保持及び個人情報の保護）

第 11 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 2 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り扱いとします。

（緊急時の対応）

第 12 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、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 13 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 14 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 15 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 16 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。

（暴力団等の影響の排除）

第 17 条　施設の運営について、暴力団等の支配を受けないようにしています。

（ハラスメントの排除）

第 18 条　施設内において、全ての利用者及び職員は、いかなるハラスメント行為（パワハラ、セクハラ、モラハラ等）を行いません。ハラスメントと認定される行為があった場合は、当法人『ハラスメント対応手順』に則り協議し、適切な対応を致します。

重要事項説明書

1．施設の概要

(1)施設の名称等

施設名　老人保健施設　緑寿苑

開設年月日　平成 8 年 9 月 2 日

所在地　兵庫県加古川市平岡町新在家1197－3

電話番号　079－425－2270　　FAX 番号　079－425－3134

管理者名　　関　正博

介護保険指定番号　介護老人保健施設（2852280037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、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（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）、訪問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。

［老人保健施設 緑寿苑の運営方針］

地域との交流をはかり、高齢者がよりよい生活を送れるよう、適切な医療ケアと温かな生活サービスを提供し、高齢者の皆様や認知症の方がいきいきと暮らせるお手伝いをするよう努めます。

（3）施設の職員体制

職種	員数	業務内容
・管理者	1人	当施設に携わる従業者の総括管理・指導を行う。
・医　師	1人（兼務）	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
・理学療法士	3人以上（上記のうち、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士を1人以上確保）	リハビリテーションプログラムを作成するとともに、機能訓練の実施に際し指導を行う。
・作業療法士		
・言語聴覚士		
・看護職員		医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、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）計画に基づく看護を行う。
・介護職員		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）計画に基づく介護を行う。

（4）入所定員等　・定員100名（うち認知症専門棟　50名）

- 2階 ・・・ 一般棟　3階 ・・・ 認知症専門棟
- 療養室　従来型個室　12室、
- 多床室　　2人室　2室、3人室　4室、4人室　18室

（5）通所定員25名 （介護予防含む）

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（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。通所リハビリテーション利用者は毎回利用いただけます。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（緊急時のみ）

⑤ 介護

⑥ リハビリテーション

⑦ 相談援助サービス

⑧ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理

⑨ 行政手続代行

⑩ 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。（その時の状況により、協力医療機関以外の医療機関への搬送を調整させていただく場合があります。）

（協力医療機関①）

・名称　特定医療法人 社団 仙齢会 はりま病院

・住所　兵庫県加古郡播磨町北野添2丁目１番15号

（協力医療機関②）

・名称　兵庫県立加古川医療センター

・住所　加古川市神野町神野203

（協力歯科医療機関）

・名称　医療法人社団　山田歯科医院

・住所　加古川市平岡町新在家1474

◇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. 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。

① 利用当日の朝に熱が 37.0℃以上の場合はご利用できません。また、利用中に 37.0℃以上の熱が出た場合は、帰宅して頂き医師の受診をお願いします。症状によっては病院を紹介させて頂き、医師の指示で救急搬送いたします。

② 感染症の疑いがあると思われる場合は、受診後、主治医の判断をもとに検討させていただきます。

③ 所持品・備品等の持ち込み

氏名を必ず記入してください。

④ 施設外での受診

原則として、介護保険と医療保険の同時利用ができません。本人が通所リハビリテー

ションを利用中に、ご家族様のみで、お薬を取りに行かれると、高額な費用を請求されることがあります。また、病院にも請求のやり直しなどのご迷惑をおかけしますので、くれぐれもご注意ください。もしも、受診が必要な場合は、通所リハビリテーションがお休みの時にお願いします。支援相談員またはケアマネージャーまでご相談ください。

⑤ **飲酒・喫煙**　禁止。

⑥ **火気の取扱い**　禁止。

⑦ **金銭・貴重品の管理**

原則として禁止。（紛失があっても当施設では、責任を負いかねます。）

⑧ **ペットの持ち込み**　不可

⑨ **忘れ物・落し物**　写真を展示し、6ヶ月保管させて頂いた後に、処分させて頂きます。

⑩ 緊急時、受診等が必要な場合は、ご家族様へ状況を伝え緊急であれば救急車にて搬送を依頼し、職員も付き添います。その際は、必ずご家族様等の同行もしくは搬送先の病院へ行っていただく事をお願いします。

⑪ **キャンセルについて**

前もってわかっている場合は前日の17時15分までか、当日8時15分～8時25分までに連絡を頂くようお願いします。なお、キャンセルについては利用前日の17時15分以降の場合は実費で介護度に関係なく一律1,000円いただく事があります。

⑫ **感染症予防対策強化のため、施設入口での手指消毒、マスクの着用、食べ物の持込禁止、面会場所制限等ご協力をお願いします。**但し感染症リスクが少ない時期はマスク着用の解除を行います。時期についてはお知らせ文を掲示いたします。

5. 非常災害対策

・防災設備　消火器、消火栓、スプリンクラー、自動火災報知器、誘導灯、非常放送装置

・防災訓練　年 2 回（夜間想定訓練を含む）

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。

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。（電話079－425－2270）

要望や苦情などは、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が、施設内に備えつけられた「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。

８．介護保険の苦情や相談に関しては、他に下記の窓口があります。

兵庫県国民健康保険団体連合会

介護サービス苦情相談窓口

TEL ： 078－332－5617 （平日 8:45～17:15）

加古川市介護保険課

TEL ： 079－427－9220（平日 8:30～17:15）

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1＞

通所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の概要

通所リハビリテーションについては、要介護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．利用料金

（1）通所リハビリテーション費（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。以下は、1日あたりの自己負担分です。）

（1時間以上2時間未満）	（3時間以上4時間未満）	（6時間以上7時間未満）
・要介護1：　369単位	**・要介護1**：　486単位	**・要介護1**：　715単位
・要介護 2：　398単位	**・要介護 2**：　565単位	**・要介護 2**：　850単位
・要介護 3：　429単位	**・要介護 3**：　643単位	**・要介護 3**：　981単位
・要介護4：　458単位	**・要介護4**：　743単位	**・要介護4**：　1137単位
・要介護5：　491単位	**・要介護5**：　842単位	**・要介護5**：　1290単位

その他の加算（条件を満たした場合、加算されます。）

・リハビリマネジメント加算（ロ） 593単位/月（同意日の属する月から6月以内）

・・・ 毎月リハビリ会議を行い、多職種が協働し継続的にリハビリテーションの質を管理した場合。かつ、リハビリテーション計画を国へ提出した場合。

・リハビリマネジメント加算（ロ） 273単位/月（同意日の属する月から6月超）

・・・ 3ヵ月に1度リハビリ会議を行い、多職種が協働し継続的にリハビリテーションの質を管理した場合。かつ、リハビリテーション計画を国へ提出した場合。

・リハビリテーション提供体制加算：　3～4時間：12単位/回、 6～7時間：24単位/回

・・・ リハビリテーションマネジメント加算(A)(B)いずれかを算定して おり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、25 対1以上で配置された場合。

・短期集中個別リハビリテーション実施加算：　110単位/日　・・・ 退院（所）日又は認定日から3ヵ月間、1日当たり40分以上、個別にリハビリテーションを実施した場合。

・若年性認知症利用者受入加算：　60単位/日　・・・ 若年性認知症の利用者に対して、個別に担当者を定め、特性やニーズに応じたサービスを提供した場合。

・**栄養アセスメント加算**： 50単位/月・・・利用者様ごとに管理栄養士、看護職員、介護職員、相談員、その他職員の者が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に結果を説明した場合。

・**入浴介助加算（Ⅰ）**：40単位/日 ・・・ 入浴介助及び、観察を行った場合。

・**認知症短期集中リハビリテーション実施加算**： 240単位/日 ・・・ 退院（所）日又は認定日から3ヵ月間、1日当たり20分以上、個別に認知症のリハビリテーションを実施した場合。（週に2日を限度）

・**口腔機能向上加算（Ⅰ）**： 150単位/回 ・・・口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に、口腔機能の向上を目的として、個別に口腔清掃の実施、指導、又は摂食・嚥下に関する訓練の実施、指導を行った場合。（原則3月以内、月に2回を限度）

・**口腔機能向上加算（Ⅱ）**： 160単位/回 ・・・口腔機能向上加算（Ⅰ）に加えその情報を厚生労働省に提出した場合。

・**重度療養管理加算**： 100単位/日 ・・・介護度 4・5 以上で計画的な医学的管理を継続的に行った場合。

・**科学的介護推進体制加算**： 40単位/月 ・・・利用者ごとの身体状況などの基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合。

・**送迎減算**： －47単位/片道につき ・・・ 送迎を行わなかった場合。

・**サービス提供体制強化加算（Ⅰ）** ・・・ 22単位/日 ・・・ 介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が、100分の70以上。または、介護職員のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が、100分の25以上の場合。

・**介護職員処遇改善加算（Ⅰ）**： 合計単位数×0．086に相当する単位数。

※1単位＝10.17 円（少数点以下は切り捨て。）

※介護保険負担割合証の割合により金額が決定します。

（2）介護予防通所リハビリテーション費（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。以下は、1月あたりの自己負担分です。）

要支援1： 2，268単位　　**要支援2**： 4，228単位

その他の加算（条件を満たした場合、加算されます。）

・若年性認知症利用者受入加算： 240単位/月 ・・・ 若年性認知症の利用者に対して、個別に担当者を定め、特性やニーズに応じたサービスを提供した場合。

・栄養アセスメント加算： 50単位/月・・・利用者様ごとに管理栄養士、看護職員、介護職員、相談員、その他職員の者が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に結果を説明した場合。

・栄養改善加算： 200単位/月 ・・・低栄養状態又はそのおそれのある方に対して改善を目的とした、個別の相談等の栄養管理を行った場合。（月に2回を限度）

・口腔機能向上加算（Ⅰ）： 150単位/回 ・・・口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に、口腔機能の向上を目的として、個別に口腔清掃の実施、指導、又は摂食・嚥下に関する訓練の実施、指導を行った場合。（月に2回を限度）

・口腔機能向上加算（Ⅱ）： 160単位/回 ・・・口腔機能向上加算（Ⅰ）に加えその情報を厚生労働省に提出した場合。

・一体的サービス提供加算： 480単位 ・・・ 栄養改善サービス及び、口腔機能向上サービスを行った場合。（栄養改善加算・口腔機能向上と併算定不可）

・科学的介護推進体制加算： 40単位/月 ・・・利用者ごとの身体状況などの基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合。

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）： 要支援1：88単位/月、要支援2：176単位/月

・・・ 介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が、100分の70以上。または、介護職員のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が、100分の25以上の場合。

・**介護職員処遇改善加算（Ⅰ）**： 合計単位数×0．086に相当する単位数。

※1単位＝10.17 円（少数点以下は切り捨て。）

※介護保険負担割合証の割合により金額が決定します。

(3)その他　自己負担となるもの（税込み）

・食費（おやつ代含む）		700円
・日常生活費		50円
・教養娯楽費		50円
・おむつ類		各自ご持参ください。
・寝具洗濯（使用し汚染された場合のみ）	掛布団	1，340円
	ベッドパット	610円
	枕	730円
	肌掛け布団	480円
・各種証明書		1，100円～

※介護保険適用外部分について利用料金の変更がある場合は1か月以上前に文書で連絡します。

＜別紙2＞

個人情報の利用目的

老人保健施設 緑寿苑では、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）利用同意書

老人保健施設　緑寿苑の施設（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）利用約款及び重要事項説明書、別紙 1、別紙 2 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。

西暦　　年　　月　　日

＜利用者＞

住　所

氏　名　　印

＜利用者の身元引受人＞

住　所

氏　名　　印

＜説明者＞

氏　名　　印

老人保健施設　緑寿苑

管理者　　関　正博

【本約款第7条の利用料金支払責任者】

住　所	〒	電話番号	
氏　名	（続柄　　）		

【本約款第7条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

利用料金支払責任者への送付の場合はご記入頂かなくて結構です。

住　所	〒	電話番号	
氏　名	（続柄　　）		

【本約款第１２条緊急時及び第１３条事故発生時の連絡先】

住　所	〒	電話番号	
氏　名	（続柄　　）		