通所リハビリテーション利用契約書

（契約の目的）

第1条　介護老人保健施設シオン（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、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、本契約の目的とします。

（適用期間）

第2条　本契約は、利用者が通所リハビリテーション利用契約書を当施設と締結したときから効力を有します。但し、扶養者又は保証人に変更があった場合は、新たに契約書を取り交わすこととします。

利用者は、本契約、別紙1（介護老人保健施設シオンのご案内）、別紙2（通所リハビリテーションについて（含む利用料金））、及び別紙3（個人情報の利用目的）の改定が行われない限り、初回利用時の契約書の締結をもって、繰り返し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　利用者及び扶養者は、当施設に対し、利用中止の意思を表明することにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、本契約に基づく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扶養者は、速やかに当施設及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。

但し、利用者が正当な理由なく、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頂いた費用を当施設にお支払い頂きます。

（当施設からの解除）

第4条　当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく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計画で定められた利用時間数を超える場合
③ 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の提供を超えると判断された場合
④ 利用者及び扶養者が、本契約に定める利用料金を3ヶ月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず15日間以内に支払われない場合
⑤ 利用者又は扶養者が、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
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、当施設を利用させることができない場合
⑦利用者様が医療機関へ入院、又は介護施設等へ入所し３ヶ月以上経過した場合。その他、適切な理由なく施設サービスを３カ月以上お休みした場合は当施設からサービスの解除、終了を勧告することができます。

（利用料金）

第5条　利用者及び扶養者、保証人は、連帯して、当施設に対し、本契約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。

当施設は、利用者及び扶養者、若しく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10日までに発行し、所定の方法により交付します。利用者及び扶養者、保証人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の２７日（日・祝日の場合は翌日）に口座振替とします。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。

当施設は、利用者又は扶養者、保証人から、上記に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び扶養者、保証人に対して、領収書を所定の方法により交付します。

（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。）

当施設は、利用者が上記の記録の閲覧、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ないません。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利用者及び扶養者、若しくはその家族の同意のもと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扶養者若しくはその家族等に関する個人情報について、その利用目的を**別紙3**の通り定め、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）

上記に掲げる事項は、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、利用者が通所リハビリテーションサービス利用中に利用者の心身の状態が急変し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、速やかに扶養者又は保証人及び介護支援専門員に連絡をとり、利用者の主治医又はかかりつけ医師に診療を依頼します。

上記の対応が困難と判断した場合には、当施設の協力医療機関及び、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。

（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。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、速やかに扶養者又は保証人及び介護支援専門員に連絡をとり、利用者の主治医又はかかりつけ医師に診療を依頼します。

上記の対応が困難と判断した場合には、当施設の協力医療機関、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。

重大事故には、保険者又は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。

（感染症及び衛生管理）

第11条　当施設は、感染症・食中毒が発生又はまん延しないように防止のための体制を整備し感染対策担当者を中心に対策委員会を設置して定期的に開催するとともに研修を行います。

（要望又は苦情等の申出）

第12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に対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に直接申し出ていただくか、又は、備付けの用紙、管理者宛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。

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、保証人は、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　この契約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。

（虐待防止に関する事項）・追加事項

第１５条　当施設は、利用者の人権の擁護・虐待の防止の為次の措置を講ずるものとする。

（１）　虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

（２）　虐待の防止のための指針を整備すること。

（３）　従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年１回以上）実施すること。

（４）　（１）～（３）に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

（５）　サービス提供中に、当該事業所従事者又は擁護者（利用者の家族等現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

＜別紙1＞

介護老人保健施設シオンのご案内

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

・施設名　　介護老人保健施設シオン
・開設年月日　　平成　7年　7月26日
・所在地　　茨城県神栖市土合本町2丁目9809番地126
・電話番号　　0479－48－1888　・ファックス番号　　0479－48－2005
・管理者名　　渡邊　金隆
・介護保険指定番号　0853680049

(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、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解頂いた上でご利用ください。

(3) 介護老人保健施設シオン運営方針

① 介護老人保健施設『シオン』(以下、この施設という)は、常に明るく家庭的なムードを作り、地域社会や家庭との結びつきを重視した運営に努める。

② この施設は、神栖市の福祉医療の中核拠点施設として、民間的創意を活かし、行政と連携して地域に開かれた運営に努める。

③ この施設は、老人の尊厳性とすべての職員の奉仕性との出会いの場とする運営に努める。

④ この施設は、要介護者及び要支援者に対し、効果的なリハビリテーションや楽しい生活訓練を行い、又、生きがいが実感できる運営に努める。

(4)通所リハビリテーションの職員体制

職　種	常 勤	非常勤	業　務　内　容
医　師	0.6 名	0.4 名	利用者の保健医療上の専門的管理と指導 （常勤・非常勤とも入所と兼務）
看護職員	2 名	0.6 名	医師の指示に従い、利用者の身体状況を把握して病状等にふさわしい看護、介護その他必要な医療サービスを担当
介護職員	10 名	0.7 名	看護職の職務を補佐し、利用者が快適な療養生活を送れるよう、食事・入浴・排泄介助等、日常生活上のサービスを担当
支援相談業務担当	1名	0名	利用者・家族の生活上の相談、連絡、居宅支援事業所等との連携、職員の指導等を担当（介護職員と兼務）
理学療法士 作業療法士	4 名	0名	利用者の運動機能や日常生活動作の向上、改善を中心とする機能訓練や指導及びプログラミング等を担当 （入所他と兼務）
管理栄養士	1名	0名	利用者の食事について、栄養や嗜好を十分考慮して献立を作成し、調理給食の管理や運営指導等の業務を担当 （入所他と兼務）
運転手	0名	4.5 名	送迎車運転手他 （施設用務員と兼務）

(5)通所リハビリテーション定員 （要介護・要支援対象者を含む）　　50名

2. サービス内容

① 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頂きます。）
　　昼食　　11時45分～13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対応とさせていただく場合があります。）
④ 医学的管理・看護
⑤ 介護・日常生活支援
⑥ リハビリテーション
⑦ 相談援助サービス
⑧ 利用者が選定する特別な食事の提供
⑨ 理美容サービス（外部理髪業者委託にて、定期的に施設内にて実施。ご希望の際は、事前にお問い合わせください。）
⑩ 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。）
⑪ その他

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力を頂きます。

① 協力医療機関

・名　称　　渡辺病院

・住　所　　茨城県神栖市土合本町2丁目9809番地20

② 協力歯科医療機関

・名　称　　和歯科医院

・住　所　　茨城県神栖市太田２９４番地１０

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「契約書」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

① 食事

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頂きます。

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おり、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頂きます。

② 面会

面会時間は、午前10時～午後3時までとなっています。それ以外の時間での面会は、施設業務の都合上、原則としてご遠慮ください。

③ 外出

原則、禁止とさせて頂きます。但し、やむを得ない事情で外出しなければならない場合は、施設職員にご希望をお伝えの上で、所定の届出用紙に必要事項をご記入ください。

④ 飲酒・喫煙

施設内においての飲酒及び喫煙につきましては、禁止とさせて頂きます。

⑤ 火気の取扱い

火気の施設内への持ち込みは禁止とさせて頂きます。

⑥ 設備・備品の利用

利用者又は家族等関係者の方が当施設の設備・備品を使用されるときは、必ず施設職員の許可を得てその指示に従った上でご使用ください。

⑦ 所持品・備品等の持ち込み

施設内への所持品・備品等の持ち込みには、ある程度の制約があります。詳しくはその都度、施設職員にお問い合わせください。

⑧ 金銭・貴重品・飲食物の持ち込み

利用者の心身状態等を踏まえた上で、施設内の生活において必要と思われる（社会通念上妥当と考えられる）範囲においての金銭の管理は利用者本人に委ねますが、紛失等については責任を負いかねますので、施設内への金銭・貴重品（高額品等）の持込みは極力ご遠慮ください。

⑨ 宗教活動

施設業務に支障を与える場合又は他の利用者の日常生活に迷惑をかけるに及ぶ宗教活動については禁止します。

⑩ ペットの持ち込み

施設内へのペットの持ち込みは禁止します。

5. 非常災害対策

① 防災設備　スプリンクラー、消火器、消火栓、非常階段（滑り台）、非常警報装置
非常放送設備

② 防災訓練　年2回

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して通所リハビリテーションをご利用していただくために、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

①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、お気軽にご相談下さい。

電話：０４７９－４８－１８８８

②施設以外の苦情受付窓口

1. 神栖市役所　福祉部長寿介護課

電話：０２９９－９１－１７００

2. 茨城県国民健康保険団体連合会　介護保険課

電話：０２９－３０１－１５６５（ダイヤルイン）

8. 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について

1．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介護サービス計画に基づき、当施設をご利用頂き、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及び理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたる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・扶養者（ご家族）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

通所リハビリテーションをご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる通常1割の自己負担分（基本料金）、介護給付サービス加算料金、保険給付対象外の費用（その他の料金）を利用料としてお支払いただきます。当施設「シオン」の通所リハビリテーションサービス利用料金は次の通りです。（別紙・料金表「通所リハビリテーション利用料金」もあわせてご参照下さい）

（1）基本料金・介護給付サービス加算料金

① 通所リハビリテーション利用料

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度及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。

利用時間／介護度	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	6時間以上7時間未満
要介護1	357 円	372 円	470 円	525 円	584 円	675 円
要介護2	388 円	427 円	547 円	611 円	927 円	802 円
要介護3	415 円	482 円	623 円	696 円	800 円	926 円
要介護4	445 円	536 円	719 円	805 円	929 円	1077 円
要介護5	475 円	591 円	816 円	912 円	1053 円	1224 円

① 加算料金

項　　目		料 金	内　容
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	計画同意を得た月から6か月以内	560　円／月	加算(Ⅰ)の④⑤及び以下の①～⑥の基準がいずれも満たされた場合、加算されます。 ① リハビリ会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を、会議の構成員(医師、理学療法士、作業療法士、居宅介護支援専門員、サービス担当者、その他関係者等)が共有し、会議の内容を記録。 ② 通所リハビリ計画について、医師が利用者または家族に対して説明し、同意を得ている。 ③ 通所リハビリ計画の作成にあたり、同意を得た日の属する月から起算して、6か月以内の場合には1か月に1回以上、6か月を超えた場合には3か月に1回以上、リハビリ会議を開催し、利用者の状態の変化に応じて計画の見直しを実施。 ④ 理学療法士等が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法および日常生活上の留意点に関する情報提供を実施。 ⑤ 理学療法士等が、利用者の居宅を訪問し、訪問介護その他指定居宅サービス事業の従業者か家族に、介護の工夫に関する指導および日常生活上の留意点に関する助言を実施。 ⑥ ①から⑤までに適合することを確認し、記録している。
	計画同意を得た月から6か月超	240　円／月	
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	計画同意を得た月から6か月以内	593　円／月	リハビリテーションマネジメント加算(A)イの要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
	計画同意を得た月から6か月超	273　円／月	
短期集中リハビリテーション実施加算		110　円／日	退院・退所後又は認定日から起算して3か月以内で、リハビリマネジメント加算(Ⅰ)または(Ⅱ)を算定している利用者に対して、1週につき概ね2回以上、個別リハビリを実施した場合に加算されます。
生活行為向上リハビリテーション実施加算	利用開始日の属する月から 6 カ月以内	1250　円／月	以下の①～④の基準がいずれも満たされた場合、加算されます。 ① 生活行為の内容の充実を図るための専門的知識や経験を有する作業療法士または生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士、言語聴覚士が配置されている事。 ② 生活行為の内容の充実を図るための目標およびそれを踏まえたリハビリの実施頻度・場所・時間が記載された実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供する事。 ③ 計画で定めたリハビリの実施期間中に通所リハビリの提供を終了した日の前1か月以内に、リハビリ会議を開催し、目標の達成状況および実施結果を報告。 ④ リハビリマネジメント加算(A)・(B)のいずれかを算定している。 ⑤ 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね 1 月に 1 回以上実施する事

項　　目		料　金	内　容
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／回	以下の要件を満たす場合に、加算されます。 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）から(Ⅳ)までのいずれかを算定している。 常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が 25 またはとの端数を増すごとに1以上である場合。
	4 時間以上 5 時間未満	16　円／回	
	5 時間以上 6 時間未満	20　円／回	
	6 時間以上 7 時間未満	24　円／回	
	7時間以上	28　円／回	
移行支援加算		12　円／日	以下の①～③の基準がいずれも満たされた場合、加算されます。 ①　評価対象期間において通所リハビリ提供を終了した方（生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した方は対象外）のうち、通所介護、認知症対応型通所介護、通所事業その他社会参加に資する取り組みの占める割合が3%を超えている。 ②　評価対象期間中に通所リハビリの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリ事業所の従事者が、リハビリの提供を終了した方に対して、電話等により指定通所介護等の事業所の実施状況を確認し、記録すること。 ③　12か月を当通所リハビリ利用者の平均利用月数で除して得た数が27%以上。
重度療養管理加算		100　円／日	要介護3～5および厚生労働大臣が定める医療が必要な状態（喀痰吸引、人工呼吸器、経腸栄養、褥瘡治療等）の利用者に、計画的な医学的管理のもと、通所リハビリを行った場合に加算されます（1 時間以上 2 時間未満の利用者は対象外）。
栄養改善加算		200　円／回	低栄養状態やその恐れがある方を対象に、栄養状態を把握し、多職種が共同して利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食の形態にも配慮した栄養ケア計画を作成、それに従い、管理栄養士等が栄養改善サービスを行い、定期的に栄養状態を記録、計画の進歩状況を評価している場合に、3か月以内の期間に限り1か月に2回を限度に加算されます。また、栄養改善 サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅訪問を行います。
栄養アセスメント加算		50　円／月	以下の要件が満たされた場合に加算されます。 ①　管理栄養士・看護職員・介護職員・生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談に必要に応じ対応する事。 ②　栄養状態の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している事。
口腔機能向上加算	（Ⅰ） 3 カ月以内に限り、 1 カ月に 2 回を限度	150　円／回	いずれの要件を満たした場合に加算されます。 ①　言語聴覚士・歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置している事。 ②　口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、、看護師、介護職員、生活相談員その他の職員の者が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 ③　口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士、又は看護師が口腔機能向上サービスを行っているとともに定期的に記録している。 ④　口腔機能改善管理指導計画の進捗を定期的に評価する事。
	（Ⅱ） 3 カ月以内に限り、 1 カ月に 2 回を限度	160　円／回	口腔機能向上加算（Ⅰ）の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に加算されます。

項　　目		料 金	内　容
理学療法士等体制強化加算		30　円／日	1時間以上2時間未満の通所リハビリにおいて、常勤・専従の理学療法士等を2名以上配置している場合、加算されます（1時間以上2時間未満の利用者のみ対象）。
入浴介助加算	（Ⅰ）	40　円／日	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行った場合に加算されます。
	（Ⅱ）	60　円／日	入浴介助加算（Ⅰ）を実施し、更に以下①～③を実施した場合に加算されます。 ① 医師等の医療専門職若しくは介護支援専門員又は福祉用具専門相談員等が当該利用者の居宅を訪問し、浴室における動作及び浴室の環境を評価していること。この際、居宅の浴室が、自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行う事。 ② 理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で身体の状況や訪問により把握した居宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。 ③ 上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。
若年性認知症利用者受入加算		60　円／日	若年性認知症の方が対象で、個別に担当者を決めて、その方の特性やニーズにあったサービスを提供した場合に加算されます。
サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	22　円／日	以下のいずれかに該当すること。 ① 介護職員のうち、介護福祉士が 70%以上であること。 ② 勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上であること。
科学的介護推進体制加算		40　円／月	以下の要件を満たした場合に加算されます。 ① 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者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。 ② 必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、上記の情報その他指定通所リハビリテーション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こと。
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）		所定単位数×6．9%	介護職の定着率及び質の向上等を図る目的にて、1か月分の基本料金（1）と各種加算（3）を合計した「総単位数」の 6.9%の額が加算されます。
中重度ケア体制加算		20　円／日	指定基準に定められた員数に加えて、看護または介護職員を常勤換算法で1以上確保しており、前年度または算定日が属する月の前3か月間の通所リハビリ利用者総数のうち、要介護3以上の利用者の割合が30%以上であり、通所リハビリを行う時間帯を通じて、専ら通所リハビリの提供に当たる看護職員を1以上確保している場合、加算されます。
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算		所定単位数の×3%を加算	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも 5%以上減少している場合。

(2)その他の料金

① 食費 …… 1食当たり、昼食 660円
（内、おやつ代 60円）

※ 原則として食堂（デイルーム内）でおとりいただきます。なお、通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

② 日常生活品費 …… 1日当たり 70円

石鹸、シャンプー、おしぼり、消毒液等、日常生活上の便宜に係る費用としてお支払いいただきます。

③ 教養娯楽費 …… 1日当たり 130円

レクリエーションなどで使用する材料に係る費用として、お支払いいただきます。

※ 教養娯楽費は、4時間未満のご利用者への請求はありません。

④ 理美容（カット）代 …… 1回当たり 2，000円

理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。

⑤ おむつ代 …… （実費相当額）

利用者の身体の状況により、オムツの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

⑥ タオル賃借料（業務委託） …… 入浴時1回当たり150円

タオル使用料としてお支払いいただきます。

(3)支払い方法

・口座振替（毎月 27 日）

毎月 10 日までに請求書（口座振替案内）を発行、ご指定の預金口座から引き落としとなります。振替日が土日休日の場合は、翌営業日の振替となります。

領収書の発行を希望される場合は、毎月又は確定申告時に事務所へご依頼ください。

＜別紙3＞

個 人 情 報 の 利 用 目 的

介護老人保健施設シオンでは、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。

1. 利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

(1)介護老人保健施設内部での利用目的

① 当施設が利用者等に提供する介護サービス
② 介護保険事務
③ 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
　a)入退所等の管理　　b)会計・経理
　c)事故等の報告　　d)当該利用者の介護・医療サービスの向上

(2)他の事業者等への情報提供を伴う利用目的

① 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
　a)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及び地域包括支援センター等との連携(サービス担当者会議等)、 照会への回答
　b)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
　c)検体検査業務の委託その他の業務委託
　d)家族等への心身の状況説明

② 介護保険事務のうち
　a)保険事務の委託
　b)審査支払機関へのレセプトの提出
　c)審査支払機関又は保険者からの照会への回答

③ 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

2. 上記以外の利用目的

(1)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 〕
　a)医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
　b)当施設において行われる学生の実習への協力
　c)当施設において行われる事例研究
　d)行事写真等の広報誌・ホームページへの掲載

(2)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 〕
　a)外部監査機関への情報提供

介護老人保健施設シオンの通所リハビリテーションを利用するにあたり、以上の通り契約が成立したことを証するための、本契約書2通を作成し、利用者及び事業者は記名押印の上、各自1通を保有するものとする。

令和　　年　　月　　日

【 事業者 】

事業者	所在地	(〒314－0343)茨城県神栖市土合本町2丁目9809番地126	
		(電話番号)0479－48－1888	(FAX)0479－48－2005
	事業者名	医療法人社団土合会　介護老人保健施設シオン	
	代表者名	理事長　渡邊　隆文	㊞
	重要事項説明者名	通所リハビリテーション　　相談員　村松　奈美子	㊞

【 利用者 】

利用者	住 所	(〒　　－　　)	
		(電話番号)	(携帯番号)
	氏 名		㊞
扶養者	住 所	(〒　－　)	
		(電話番号)	(携帯番号)
	氏 名		㊞
保証人	住 所	(〒　－　)	
		(電話番号)	(携帯番号)
	氏 名		㊞

【 請求書･明細書及び領収書の発送先 】　○をして下さい→　　･扶養者　　･保証人

扶養者・保証人以外に 発送をご希望の方は、 右欄にご記入ください。

氏名　　:　　(続柄)
住所　　:(〒　－　　)
電話番号 :

【 緊急時の連絡先 】(※連絡先の優先は、「1→2」とします。)

1. 扶養者宅(時間　　～　　) ⇒ 勤務先(時間　　～　　)
(tel:　　)
2. 保証人宅(時間　　～　　) ⇒ 勤務先(時間　　～　　)
(tel:　　)