

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

社会医療法人 清仁会

介護老人保健施設 シミズふないの里

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設シミズふないの里（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扶養義務者（以下「連帯保証人」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、記載事項や連帯保証人の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、別紙3、別紙4及び別紙5の改定が行われない限り（介護報酬改定、職員数変更を除く）、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）を利用することができるものとします。

(利用者からの利用解除)

第3条 利用者及び連帯保証人は、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連帯保証人は、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、原則として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。

(当施設からの利用解除)

第4条 当施設は、利用者及び連帯保証人に対し、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・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 利用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20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 利用者又は連帯保証人が、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利用させることができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び連帯保証人は連帯して、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。

- 2 前項の連帯保証人の支払い義務の限度額は50万円とします。
- 3 当施設は、利用者及び扶養者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、原則毎月10日に発行し、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。
- 4 当施設は、利用者又は連帯保証人から、前第1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は連帯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（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、原則として当法人の定める「諸記録開示マニュアル」に従って応じます。但し、連帯保証人その他の者（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。

(虐待防止に関する事項)

第8条 当施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待の防止の為に指針を整備します。
- ③ 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

2 当施設は、サービス提供中に、当施設職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護するもの）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します。

(ハラスメントに関する事項)

第9条 当施設は、適切な介護保険施設サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第10条 当施設とその職員と職員であった者は、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。

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。

(緊急時及び事故発生時の対応)

第11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扶養者が指定する者に対し緊急に連絡します。

3 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は連帯保証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。

(業務継続計画の策定等)

第12条 当施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保険施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

2 当施設は、職員に対し、業務計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を計画的に実施します。

3 当施設は、定期的に業務計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

(要望又は苦情等の申出)

第 13 条 利用者及び連帯保証人は、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、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、要望や苦情などは、担当支援相談員にお気軽にお申し出ください。施設の苦情処理マニュアルに従い速やかに対応いたしますが、玄関に備えつけられた「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。

前記の他に、保険者である市町村の相談・苦情窓口または、京都府国民保険団体連合会の苦情処理窓口に苦情を伝える事ができます。

南丹市役所・高齢福祉課	TEL 0771-68-0006
亀岡市役所・高齢福祉課	TEL 0771-25-5182
京都市役所保険福祉センター健康長寿推進課	TEL 075-213-5871
京都府国民保険団体連合会	TEL 075-354-9090

(賠償責任)

第 14 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、利用者及び連帯保証人は連帯して、当施設に対してその損害を賠償するものとします。

3 前項の連帯保証人の賠償支払い限度額は 100 万円とします。

4 貴金属品、補聴器、入歯、金品等個人の責任下における所有物に関する管理について、盗難、紛失等については、当施設ではその損害の賠償は行いません。

(利用契約に定めのない事項)

第 15 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、利用者又は連帯保証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。

付 則	1 9 9 7 年	1 0 月	1 日 (施行)	2 0 2 1 年	4 月	1 日 (改定)
	2 0 1 2 年	4 月	1 日 (改訂)	2 0 2 1 年	1 0 月	1 日 (改定)
	2 0 1 2 年	1 0 月	1 日 (改訂)	2 0 2 2 年	4 月	1 日 (改定)
	2 0 1 4 年	4 月	1 日 (改訂)	2 0 2 2 年	1 0 月	1 日 (改定)
	2 0 1 4 年	8 月	1 日 (改訂)	2 0 2 4 年	6 月	1 日 (改定)
	2 0 1 7 年	4 月	1 日 (改訂)	2 0 2 6 年	4 月	1 日 (改訂)
	2 0 1 8 年	4 月	1 日 (改訂)	2 0 2 6 年	6 月	1 日 (改訂)
	2 0 1 9 年	8 月	1 日 (改定)	2 0 2 6 年	7 月	3 日 (改定)
	2 0 1 9 年	1 0 月	1 日 (改訂)	2 0 2 6 年	8 月	1 日 (改定)
	2 0 2 0 年	4 月	1 日 (改訂)			

２０２６年８月１日現在

介護老人保健施設シミズふないの里

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）のご案内

１．施設の概要

（１）施設の名称等

- ・施設名 社会医療法人 清仁会 介護老人保健施設 シミズふないの里
- ・開設年月日 平成９年１０月１日
- ・所在地 〒６２９－０１３４
京都府南丹市八木町西田山崎１６番地
- ・電話番号 ０７７１－４３－２１１１（代）
- ・ファックス番号 ０７７１－４２－３９３３
- ・管理者名 原田 政吉
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（２６５３４８００１８号）

（２）介護老人保健施設の目的と運営方針

[介護老人保健施設シミズふないの里の目的]

- ・ 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、要介護又は要支援状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復及び生活機能の維持向上を図ることを目的とする。

[介護老人保健施設シミズふないの里の運営方針]

- ・ 当施設では、通所リハビリテーション計画（介護予防通所リハビリテーション計画）に基づいて、理学療法、作業療法、及び言語療法その他必要なり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及び生活機能の維持向上を図り、利用者が１日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努める。
- ・ 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わない。

- ・ 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出来るように努める。
- ・ 当施設では、明るく家庭的な雰囲気づくりを重視するとともに、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なサービス提供に努める。
- ・ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族、連帯保証人に対して療養上必要な事項、利用料、利用約款等について、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に努める。
- ・ 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、別紙３に定め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連帯保証人の了解を得ることとする。

(３) 施設の職種、員数、主な勤務形態及び勤務時間

職種	常勤	従業者の職務内容
・管理者(医師)	1人以上 (兼務)	管理者は、介護老人保健施設に携わる従業者の総括管理、指導を行う。 医師は、利用者の病状及び身心の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
・介護職員	3人以上	介護職員は、利用者の施設サービス計画に基づく介護を行う。
・理学療法士	2人以上	理学療法士、言語聴覚士は、リハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し指導を行う。
・言語聴覚士	0.3人以上 (兼務)	
・管理栄養士	1人以上 (兼務)	管理栄養士は、利用者の栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理を行う。
・事務職員等	5人以上 (兼務)	事務職員等は、主に職員の福利・厚生・人事資料の作成、施設療養費の請求等の庶務業務及び物品の調達、保管、営繕、洗濯業務並びに車両の運行等当施設の維持・管理を行う。
・支援相談員	1人以上 (兼務)	支援相談員は、利用者及びその家族からの相談に応じるとともに、レクリエーション等の計画、指導を行い市区町村との連携をはかるほか、ボランティアの指導を行う。

職種／形態	日勤業務	夜勤業務 宿直業務	半日業務	早出業務	遅出業務
介護職	8:30～16:45		8:30～12:00／13:15～16:45		
その他	8:30～16:45		8:30～12:00／13:15～16:45		

(４) 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）の利用定員は３０名とする。

2. 営業日及び営業時間

- (1) 日曜祝祭日及び12月30日～1月3日を除く、毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日とする。
- (2) 営業日は、午前8時30分から午後4時45分までを営業時間とする。

3. 通常の送迎の実施地域

亀岡市（川東地区・大井町・千代川町・宮前町）、南丹市（園部町・八木町）

中山間地域：亀岡市（宮前町）

南丹市（八木町：神吉地区、 園部町：川辺地区及び摩気地区）

4. サービス内容

- (1) リハビリテーション
- (2) 介護
- (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。また、体調不良等により入浴を見合わせたり、清拭で対応することがあります。）
- (4) 食事 12時00分から
- (5) 送迎
- (6) その他

5. 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	住所
京都中部総合医療センター	京都府南丹市八木町八木上野25番地
亀岡シミズ病院	京都府亀岡市篠町広田1丁目32-15
洛西シミズ病院	京都府京都市西京区大枝沓掛町13-107
洛西ニュータウン病院	京都府京都市西京区大枝東新林町3丁目6
シミズ病院	京都府京都市西京区山田中吉見町11-2
永田歯科医院	京都府亀岡市千代川町千原2-4-8

・緊急時の連絡先

緊急の場合には、「利用同意書」にご記入いただいた緊急連絡先に連絡します。

6. 施設利用に当たっての留意事項

(1) 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、食事内容を管理・決定出来る権限を委任いただき、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。

(2) 飲酒、喫煙は、原則として禁止します。

(3) 火気の取扱いは、原則として禁止します。

(4) 設備・備品の利用は、職員の指導に従い、位置又は形状の変更、若しくは故意、又は不注意による損害を与えてはなりません。

(5) 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）利用時の医療機関への受診は、利用者の家族において実施するものとします。

(6) 宗教活動は、これを行ってはなりません。

(7) ペットの持ち込みは、禁止します。

(8) 他の利用者への迷惑行為は禁止します。

(9) 利用当日におけるキャンセルについては、別紙2に定めるキャンセル料の支払いを受けることとします。

7. 非常災害対策

(1) 防災設備点検 スプリンクラー、消火器、消火栓等

(2) 防災訓練 年2回

8. 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。

9. 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、要望や苦情などは、担当支援相談員にお気軽にお申し出下さい。施設の苦情処理マニュアルに従い速やかに対応いたしますが、玄関に備えつけられた「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。

支援相談員連絡先 T E L : 0 7 7 1 - 4 3 - 2 1 1 1 (代)

E-mail : sssfunaisoudan@shimizu-hospital.or.jp

上記の他に、保険者である市町村の相談・苦情窓口または、京都府国民保険団体連合会の苦情処理窓口に苦情を伝える事ができます。

南丹市役所・高齢福祉課	T E L 0 7 7 1 - 6 8 - 0 0 0 6
亀岡市役所・高齢福祉課	T E L 0 7 7 1 - 2 5 - 5 1 8 2
京都市役所保険福祉センター健康長寿推進課	T E L 0 7 5 - 2 1 3 - 5 8 7 1
京都府国民保険団体連合会	T E L 0 7 5 - 3 5 4 - 9 0 9 0

10. 利用者の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

- | | |
|---------------------------------|----|
| (1) アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取り組み | あり |
| (2) 第三者評価の実施と結果の公表 | なし |
| (3) 自主点検表による点検・評価を行う取り組み | あり |

11. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用者の介護保険証を確認させていただきます。

12. 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つては要支援者）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・連帯保証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。

1 3. 支払い方法

- (1) 原則として毎月10日に、前月分の請求書を発行し、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）利用時にお渡しします。
- (2) 毎月10日以降しばらくご利用予定がない場合は、請求書を郵送させていただきます。
- (3) 請求金額をご確認の上、下記の支払い方法にて当月中にお支払い下さい。

口座振替でのお支払い

- ・ 都市銀行、地方銀行、信託銀行、信用金庫、信用組合、農協、労働金庫、ゆうちょ銀行
他、近隣のほとんどの金融機関がご利用できます。（信用組合と農協及びネット銀行の一部は対象外となります。）ただし、金融機関との手続きには、1～3ヶ月を要します。
- ※ 毎月27日（当日が銀行休業日の場合は翌日）に前月分のご利用料の引き落としとなります。
- ※ 再振替日はありません。引き落としが出来ない場合は、現金、または銀行振込みでのお支払いとなりますのでご了承下さい。

受付でのお支払い

- ・ 受付でのお支払いは、午前8時30分～午後4時45分までとさせていただいております。やむなく午後4時45分以降にお支払いを希望される場合は、事前にご連絡下さい。

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）利用時のお支払い

- ・ 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）利用時に連絡帳等と共に利用料請求書／利用料領収書とお支払金額を同封いただきご持参下さい。お帰り時に、領収書とお釣りをお渡しします。

銀行振込でのお支払い

- ・ 利用料請求書／利用料領収書に記載の振込先に、利用者の氏名でお振り込み下さい。
- ・ 振込み手数料は実費負担をお願いします。
- ・ お振込み確認後に領収書を発行させていただきます。

シミズ病院グループでのお支払い

- ・ シミズ病院、洛西シミズ病院、洛西ニュータウン病院、亀岡シミズ病院、シミズ四条大宮クリニック、シミズひまわりの里の会計窓口、受付でのお支払いが可能です。
- ・ 利用料請求書／利用料領収書をご持参下さい。
- ・ シミズ病院、洛西シミズ病院、洛西ニュータウン病院、亀岡シミズ病院では、カード払いが可能です。

2026年8月1日現在

(介護予防)通所リハビリテーション利用料金

介護保険制度では原則として、前年所得に応じて1割から3割負担となります。介護保険負担割合証に準じます。

また、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。

【通所リハビリテーション】(1日当たり)1割負担の場合

基本料金	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	369円	383円	486円	553円	622円	715円
要介護2	398円	439円	565円	642円	738円	850円
要介護3	429円	498円	643円	730円	852円	981円
要介護4	458円	555円	743円	844円	987円	1,137円
要介護5	491円	612円	842円	957円	1,120円	1,290円

*必要に応じて下記の各種加算有り

入浴介助加算 (Ⅰ)		40円/日
入浴介助加算 (Ⅱ)		60円/日
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ		240円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ		1920円/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算		1,250円/月
リハビリテーションマネジメント加算 イ	6月以内	560円/月
	6月以降	240円/月
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	6月以内	593円/月
	6月以降	273円/月
リハビリテーションマネジメント加算 ハ	6月以内	793円/月
	6月以降	473円/月
医師が利用者又は家族に説明した場合		+270円/月
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
	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
理学療法士等体制強化加算		30円/日
サービス提供体制強化加算Ⅰ		22円/回
サービス提供体制強化加算Ⅱ		18円/回
中重度者ケア体制加算		20円/日
栄養アセスメント加算		50円/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)		20円/回
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)		5円/回

栄養改善加算	200円／回
若年性認知症利用者受入加算	60円／日
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150円／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155円／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160円／回
移行支援加算	12円／日
科学的介護推進体制加算	40円／月
退院時共同指導加算	600円／回
中山間地域等提供加算	所定単位数の5%
送迎減算	片道47円減

【介護予防通所リハビリテーション】（1カ月当たり）1割負担の場合

	要支援 1	要支援 2
月額料金	2,268円	4,228円
12月以降	120円減	240円減
算定要件を満たした場合は減算なし		

＊必要に応じて下記の各種加算有り

生活行為向上リハビリテーション実施加算		562円／月
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
若年性認知症利用者受入加算		240円／月
栄養アセスメント加算		50円／月
栄養改善加算		200円／回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		20円／回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		5円／回
口腔機能向上加算Ⅰ		150円／月
口腔機能向上加算Ⅱ		160円／月
一体的サービス提供加算		480円／月
科学的介護推進体制加算		40円／月
退院時共同指導加算		600円／回
中山間地域等提供加算		所定単位数の5%

【食費】

・ 食 費 700円（日）

【その他の料金】（希望選択による）

・ おやつ 165円（日）課税
 ・ 教養娯楽費（レクリエーション材料など） 100円（日）非課税
 ・ キャンセル料 700円（日）非課税
 ・ その他（文書料、コピー代、写真代など） 実 費

＊介護職員等処遇改善加算Ⅰ（ロ）11.1%を月毎の利用合計単位に乗じた単位を加算しますので、実際の精算時には、端数処理により請求金額に若干の違いが生じますのでご了承下さい。

＊南丹市は地域区分により1単位＝10円で換算されます。

個人情報の利用目的

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. 介護提供

- (1) サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- (2) 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
- (3) 当施設での医療・介護サービスの提供
- (4) 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医や医療機関への連絡、情報提供等
- (5) 他の病院、診療所、薬局、訪問看護サービス、介護サービス事業者、居宅支援事業所等との連携
- (6) 他の介護サービス事業所、医療機関等からの照会への回答
- (7) 利用者の診療・介護サービスのため、外部の医師等の意見、助言を求める場合
- (8) 検体検査業務の委託その他の業務委託
- (9) 利用者家族及び連帯保証人への病状説明、介護サービス提供に関する説明

＊ 当施設では、最良の介護サービスを受けていただくよう、利用者だけでなく、利用者家族や連帯保証人等に対しても経過説明を行う場合があります。対象となる方等を指定される場合や、利用者だけの説明を希望される場合（利用者家族や連帯保証人への説明を拒否される場合を含む）は相談課窓口にお申し出ください。なお、上記に関わらず医師の医学的判断により利用者家族や連帯保証人等にのみ経過説明を行う場合があります。

- (10) その他、利用者への医療・介護サービス提供に関する利用

2. 介護療養費請求のための事務

- (1) 当施設での医療・介護、公費負担医療に関する事務およびその委託
- (2) 審査支払機関へのレセプトの提出
- (3) 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- (4) 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答

(5) その他、医療、介護及び公費負担医療に関する介護療養費請求のための利用

3. 当施設の管理運営業務

(1) 会計・経理

(2) 介護事故等の報告

(3) 市町村等保険者への入退所等の利用報告

(4) 当該利用者の医療・介護サービスの向上

(5) 入退所等の療養棟管理

(6) その他、当施設の管理運営業務に関する利用

① 利用者の誤認防止・医療介護事故防止のためにお名前をお呼びさせていただきます。

② 利用者の誤認防止・医療介護事故防止等のために各種医療用材料にお名前を記入させていただきます。

③ 当施設では、毎月レクリエーションや施設行事等を実施しております。その際に利用者の撮影を行い、写真等を当施設のホームページや当施設発行機関誌への掲載、また施設内で掲示、希望者には販売させていただきます。

④ 当施設では、利用者の利用の有無についての問い合わせがあった場合は、お答えしております。特に利用の問い合わせや電話の取次、面会を拒否される場合、特定の方をご指定される場合はお申し出下さい。

4. 介護保険補償制度に係る医療・介護に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

5. 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

6. 当施設内において行われる介護・医療実習への協力

7. 医療・介護の質の向上を目的とした当施設内での事例研究

8. 外部監査機関及び行政機関への情報提供

9. 生命・身体のプロテクトのため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

＊ 上記のうち、同意しがたいものがある場合には、その旨を相談窓口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、変更をすることが可能です。

施設ご利用に際してのお願い

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）は、要介護又は要支援状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、看護、医学的管理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世話をを行い、利用者の療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ること。又、利用者の身体機能の維持向上及び生活機能の維持向上を目指すとともに、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援につとめることを目的としています。その趣旨から以下のような制限を受けている点を充分にご理解下さい。

- 1）当施設は、医療を行うことを目的とした施設ではありません。薬剤やリハビリ療法に制約を受けており、薬剤の使用は必要最低限となりますのでご了解下さい。
- 2）継続して1ヶ月以上の入院や入所をされた場合、または、心身状態に変化が有った場合には、これまでの利用回数や曜日の変更をさせて頂くことが有りますのでご了承下さい。
- 3）当施設では、飲食物の持ち込みは衛生上の理由からお断りさせていただいておりますので、ご理解の上ご協力お願い申し上げます。

又、職員へのお心付けは固くお断りしておりますので、合わせてご協力の程お願い申し上げます。

- 4）当施設は介護保険制度の理念に則って原則的に身体拘束は行ないませんが、日々の生活で懸念されることは、高齢に伴う筋力低下や危険の認知低下などにより、歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による外傷、骨折等の可能性が有ることです。特に高齢者の方は全般に骨が弱くなっており（骨粗鬆症）骨折という事態が生じる場合があります。この事に関しては最大の注意を払っていますが、瞬間的な出来事の場合が多く100%避けられない現状にあります。これは、ご自宅でも起こりうることであることを合わせてご理解下さい。

利用中に万一負傷された場合や利用者の心身の状態が急変した場合、協力医療機関に連絡を取り、適切で且つ必要な治療を受けていただけるように対処させていただきます。

インフルエンザや感染性胃腸炎、新型コロナウイルス感染症などの 施設感染症対策のお知らせとお願い

昨今におきまして南丹市地域でインフルエンザや感染性胃腸炎、新型コロナウイルスなどの感染症拡大が定時的に見受けられるようになりました。当施設におきましても万全の対策を講じておりますが、完全に感染症を防ぎきることは困難な現状にあります。

当施設のご利用者様は、基礎疾患を有する方が多くおられます。感染された場合の重症化や拡大防止の為、当施設では下記の対策を実施させていただきますので、ご理解とご協力をいただきますようお願いいたします。

記

- 1 ご利用者様や同居のご家族様に、感染症を疑う症状がある場合には、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）のご利用を自粛して下さい。
- 2 当事業所におきまして集団感染が確認された場合には、施設長の判断で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）の受入の中止や、時間短縮をさせていただきます。
- 3 感染症発生、拡大防止の観点から心身状態の観察を行っていただき、些細な変化であっても利用前に必ずご報告いただきますようお願い致します。

以上

尚、当事業所において、感染症を確認した場合には、利用当日に急遽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）受入中止の連絡をさせていただくことが有りますので、ご承知いただきますようお願い致します。

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

介護老人保健施設シミズふないの里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、別紙3、別紙4及び別紙5のこれらすべての内容に関して説明担当者による説明を受け、全てを十分に理解した上で利用することに同意します。

下記項目につき料金支払いに同意して利用を希望します。説明担当者

おやつ 教養娯楽費 キャンセル その他（文書・コピー代・写真代他）

当てはまる方にチェックしてください

おやつ ☐希望する ☐希望しない 教養娯楽費 ☐希望する ☐希望しない

その他（文書料・コピー代・写真代他） ☐希望する ☐希望しない

年 月 日

ふりがな 利用者氏名	男 ・ 女		
生 年 月 日	明 大 昭	年	月 日
住 所	〒		
電 話 番 号	() ー		

ふりがな 連帯保証人氏名	続 柄 ()		
生 年 月 日	明 大 昭	年	月 日
住 所	〒		
電 話 番 号	自宅 () ー	携帯 () ー	

ふりがな 法定代理人氏名	続 柄 ()		
生 年 月 日	明 大 昭	年	月 日
住 所	〒		
電 話 番 号	自宅 () ー	携帯 () ー	

ふりがな 緊急連絡① 氏 名	続 柄 ()	ふりがな 緊急連絡② 氏 名	続 柄 ()
自宅電話	() ー	自宅電話	() ー
携帯電話	() ー	携帯電話	() ー
勤 務 先	() ー 勤務先名：	勤 務 先	() ー 勤務先名：