

介護老人保健施設アルカディア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 介護老人保健施設アルカディア通所リハビリテーション（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つては要支援状態）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つて、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を提供し、一方、利用者及びの身元引受人は、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

1. 本約款は、利用者が介護老人保健施設アルカディア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）利用契約書を当施設に提出し、ご利用開始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つた場合は、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、別紙1、別紙2及び別紙3の改定が行われない限り利用契約書提出をもって、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

1. 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。
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、入院手続き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つたときは、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

1. 利用者は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、本約款に基づく通所利用を解除することができます。
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。

(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・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（介護予防サービス）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いを督促したにもかかわらず支払われない場合（3ヶ月以上の滞納、極度額へ達した者への支払い催促については、法人の未集金課に引継ぎますのでご了承下さい）
- 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 利用者及び家族、その他関係者が、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。
- ⑧ 利用者の居宅において、事業者もしくはサービス従事者に対して、適切な通所リハビリテーションサービスを提供する上で危険な環境と判断された場合

(利用料金)

第6条

1. 利用者又及び身元引受人は、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 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13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、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の25日までに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。
- 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の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

1. 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年間は保管します。（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、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についての記録をおこないます。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第9条

1. 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）
 - ⑥ 介護保険サービスの質向上のための学会、研究発表会等での事例研究発表等なおこの場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用する事を厳守します。
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。
- 3 必要及び緊急時は、一定の研修を受けた介護職員が吸引・経管栄養などの医行為を行います。（ただし、事前に本人・及び家族より同意を得てから実施します）

(事故発生時の対応)

第11条

1. 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、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

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）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てします。
- 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てします。

(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>

介護老人保健施設アルカディア
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）重要事項説明書
（令和6年4月1日現在）

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設アルカディア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)
- ・開設年月日 平成9年7月1日
- ・所在地 沖縄県浦添市伊祖4丁目16番地1号
- ・電話番号 098-879-1000 ・ファックス番号 098-875-4183
- ・理事長名 銘苅 晋
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（4750880017号）

(2) 介護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）の目的と運営方針

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、身体機能改善の可能性が高い要支援者を対象にその人が持つ意欲や能力を引き出すことを目的として医学的管理の下で看護や介護、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支援し、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他事業所と連携を行います。

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。

【介護老人保健施設アルカディアの運営方針】

- 1 当老人保健施設は、社会医療法人仁愛会の理念「地域住民のニーズを満たす、医療・介護・福祉の実現」をめざして看護・介護・リハビリテーション・生活訓練などのサービスを提供する。
- 2 当施設では、利用者の意志及び人格を尊重し、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。
- 3 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、その他保健医療サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において総合的サービスを受けることができるよう努める。
- 4 サービス提供にあたっては、親切丁寧を旨とし、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る。
- 5 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係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又はその代理人の了解を得ることとする。

(3) 施設の職員体制

職種	職務内容	常勤 (兼務・非常勤含む)
・管理者	従業者の総括管理、指導を行なう	1人
・医師	病状及び心身の状況に応じて日常的な医学的対応を行なう。	1人以上兼
・看護職員	通所リハビリ計画に基づく看護を行なう。	2人以上
・介護職員	通所リハビリ計画に基づく介護を行なう。	25人以上
・支援相談員	利用者、家族からの相談に適切に応じるとともにレクリエーション等の計画、指導を行ない市町村との連携をはかるほかボランティアの指導を行なう。	2人以上
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	医師や看護師、介護士と協同して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実施に際し指導を行なう。	10人以上兼
・健康運動指導士	個々の心身の状態に応じた、安全で効果的な運動を実施するための運動プログラムの実施、指導を行う。	2人以上
・介護補助職	事務作業、補助作業等、直接的な介護以外の業務を行なう。	3人以上
・管理栄養士	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なう。	1人以上兼
・事務職員	介護報酬に関する事務を行なう。	1人以上
・歯科衛生士	利用者の口腔チェック、口腔ケアマネジメント等の口腔状態の管理を行なう。	1人以上兼

※上記体制は業務ごとに区分し人数を示したものであり、介護福祉士の常勤換算とは異なる。

(4) 営業日及び営業時間

- 1 営業日 月曜日～土曜日（日曜、1月1日はお休み）
- 2 営業時間 8：15～17：15（17：15以降延長での対応となります）
- 3 提供時間 短時間（2時間～）の利用可能。延長利用もご相談に応じます。

(5) 通所定員 : 115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 午後12時00分～13時00分
- ③ 入浴（通所リハビリ計画に基づいて行ないます。但し利用者の身体状況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 口腔チェック、口腔機能向上
- ⑨ 栄養管理、栄養ケアマネジメント等の栄養状態の管理

- 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・介護予防サービス計画で定められた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間の終了に間に合わない場合に適用）

※半日型サービスを利用する場合、

午前みのサービス利用する方については③の提供はありません。

午後みのサービスを利用する方については、②③の提供はありません。

3. 通常の事業の実施（送迎）範囲

浦添市、宜野湾市、那覇市（要相談）、西原町（要相談）

4. 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 浦添総合病院
- ・住所 沖縄県浦添市前田一丁目 56 番 1 号

・協力歯科医療機関

- ・名称 浦添総合病院
- ・住所 沖縄県浦添市前田一丁目 56 番 1 号

◇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。

5. 利用料金の支払いについて

やむを得ない理由以外で、3ヵ月以上料金の支払いが遅れた場合、又は極度額に達した場合はサービスを停止致します。尚、支払いが遅れる場合は事前にご相談下さい。

6. 施設利用に当たっての留意事項

- ・全館禁煙とする。
- ・火気の取扱いは管理者の許可を得る。
- ・設備・備品の利用は共同で使用するものなので大切に扱う。
- ・所持品・備品等の持ち込みは相談に応じる。但し施設において管理上の責任は負わないので、ご家族かご自身での管理とする。
- ・金銭・貴重品（メガネ、入れ歯含む）の管理は施設において管理上の責任は負わないので、ご家族かご自身での管理とする。
- ・宗教活動は禁止する。
- ・ペットの持ち込みは禁止する。

7. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓等基準に適合した準備をします。
- ・防災訓練 年2回以上行う（1回は夜間を想定した訓練を行う）

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、お気軽にご相談ください。

電話：098-878-1675

担当支援相談員：荒井、島袋

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、各階に備えつけられた「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。

その他の相談窓口

- ※浦添市役所 いきいき高齢支援課： 876-1234
- ※那覇市役所 チャーがんじゅう課： 867-0111
- ※宜野湾市役所 介護長寿課： 893-4411
- ※沖縄県国保連合会 介護苦情相談： 860-9026
- ※沖縄県福祉サービス運営適正化委員会： 882-5704

10. 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待防止のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ・虐待防止策を適切に実施するために、虐待防止に関する責任者を選定しています。
氏名： 富原 唯 資格：介護福祉士
- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催しその結果について従業者に周知徹底をおこなっています。
- ・従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施しています。
- ・虐待防止のための指針を整備しています。

11. 身体拘束について

- ・当施設は原則として利用者に対して身体拘束を行いません。但し自傷他害等の恐れがある場合など、利用者本人または他人の生命、身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは利用者に対して説明し同意を得たうえで、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲で行うことがあります。その場合は身体拘束を行った日時、理由及び態様などについての記録を行います。また、事業所として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ①緊急性…直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命、身体に対して危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- ②非代替性…身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命、身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限ります。
- ③一時性…利用者本人または他人の生命、身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解除します。

10. 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。
- ・必要及び緊急時は、一定の研修を受けた介護職員が吸引・経管栄養などの医行為を行います。
(ただし、事前に本人・及び家族より同意を得てから実施します)
- ・第三者評価の実施について
年1回程度、他事業所からの第三者評価を受け、評価結果はファイリングしてフロア内に閲覧できる環境を整えています。
※平成31年3月15日実施
社会医療法人友愛会 介護老人保健施設友愛園通所リハビリテーション

<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6年6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（予防計画）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（予防計画）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の基本料金

- 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）*自己負担の割合は各個人により異なります。

イ 通常規模型通所リハビリテーション費 ※【大規模の事業所（特例）】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1～2時間未満	369単位	398単位	429単位	458単位	491単位
2～3時間未満	383単位	439単位	498単位	555単位	612単位
3～4時間未満	486単位	565単位	643単位	743単位	842単位
4～5時間未満	553単位	642単位	730単位	844単位	957単位
5～6時間未満	622単位	738単位	852単位	987単位	1120単位
6～7時間未満	715単位	850単位	981単位	1137単位	1290単位
7～8時間未満	762単位	903単位	1046単位	1215単位	1379単位

ロ 大規模型事業所通所リハビリテーション費

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1～2時間未満	357単位	388単位	415単位	445単位	475単位
2～3時間未満	372単位	427単位	482単位	536単位	591単位
3～4時間未満	470単位	547単位	623単位	719単位	816単位
4～5時間未満	525単位	611単位	696単位	805単位	912単位
5～6時間未満	584単位	692単位	800単位	929単位	1053単位
6～7時間未満	675単位	802単位	926単位	1077単位	1224単位
7～8時間未満	714単位	847単位	983単位	1140単位	1300単位

- 7時間以上8時間未満の前後の延長サービス：

1時間	50円
2時間	100円
- 入浴代：介助、見守りによる場合

	40円
：入浴計画に基づいて、入浴をおこなう場合	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。
- 短期集中個別リハビリテーション実施加算：退院（所）日又は認定日から

起算して3か月以内	110円/月
-----------	--------
- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算：(3ヶ月以内)
 認知症症状のある利用者に対して計画を立てて、集中的にリハビリテーションを実施します。

I 240円/日(月2回まで)	II 1,920円/月
-----------------	-------------
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算：生活行為の向上を図ることを目的とした研修に参加したセラピストが生活している居宅を訪問し、評価・訓練を実施します。

1,250円/月(6ヶ月以内)	6か月以降は減算
-----------------	----------
- 若年性認知症受け入れ加算

	60円/日
--	-------
- リハビリテーションマネジメント加算

イ：開始から6ヶ月以内	560円/月	
リハビリテーションマネジメント加算	イ：開始日から6ヵ月超	240円/月
- リハビリテーションマネジメント加算

ロ：開始から6ヶ月以内	593円/月	
リハビリテーションマネジメント加算	ロ：開始日から6ヵ月超	273円/月
- リハビリテーションマネジメント加算

ハ：開始から6ヶ月以内	793円/月	
リハビリテーションマネジメント加算	ハ：開始日から6ヵ月超	473円/月
- 事業所の医師が利用者又は、家族に説明し利用者の同意を得た場合：上記に加え

	270円/月
--	--------

※加算の「ロ」「ハ」については、計画などの情報を厚生労働省に提出し、集約されたデータから出された情報をリハビリテーション計画や訓練に反映させていきます。
- 栄養改善加算：必要に応じて居宅を訪問し、評価、助言等を行います。

(3ヶ月以内、月2回まで)	200円/回
---------------	--------
- 栄養アセスメント加算：管理栄養士を配置し、他の専門職と連携しアセスメントを実施します。
 情報を厚生労働省に提出し、集約されたデータから出された情報を栄養管理の支援に反映させていきます。

	50円/月
--	-------
- 口腔機能向上加算（Ⅰ）：(月2回まで)

	150円/回
--	--------
- 口腔機能向上加算（Ⅱ）：計画などの情報を厚生労働省に提出し、集約されたデータから出された情報を口腔機能向上計画やケアに反映させていきます。(3ヶ月以内、月2回まで)

	160円/回
--	--------
- 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）口腔の健康状態、栄養状態をスクリーニングし、ケアマネージャーへも情報提供し、支援に繋がっていきます。(6ヶ月に1回)

	20円/回
--	-------
- 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）口腔の健康状態、栄養状態のいずれかをスクリーニングし、ケアマネージャーへも情報提供し、支援に繋がっていきます。(6ヶ月に1回)

	5円/回
--	------
- 重度療養管理加算：

	100円/日
--	--------
- 中重度者ケア体制管理加算

	20円/日
--	-------
- 科学的介護推進体制加算：利用者ごとのADL、栄養、口腔、認知症等の情報を厚労省へ提出し、集約された情報を活用して、サービス提供や改善に役立っています。

	40円/月
--	-------
- サービス提供体制強化加算（Ⅰ）：

	18円
--	-----
- 介護職員処遇改善加算（通所利用料金に対して）：

	8.6%
--	------

要支援料金

(送迎・入浴料金も含まれます)

	基本月負担額	※要件を満たさない場合
要支援1 (1回/週)	2268 単位	120 単位/月減算
要支援2 (2回/週)	4228 単位	240 単位/月減算

② 食費	昼食：650円	夕食：600円
※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。		
③ 基本時間外施設利用料（1時間あたり）		500円
④ 教養娯楽費・日常生活費		150円
⑤ 紙オムツ代		実費

(3) 支払い方法

- ・ 毎月13日（日曜、祭日により変動あり）までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の25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、原則として、銀行振込、金融機関口座自動引き落とし、クレジットカード決済の3方法があります。利用申込み時にお選びください。
※トラブルを防ぐ為、現金での取り扱いを行わない方針です。ご了承ください。

(4) 利用料金の目安について (介護予防通所リハビリテーション)

①基本利用料

要支援〔 〕の場合の基本利用料(自己負担額)は _____ 円

②リハビリ等の加算について(○印の部分が加算対象となります)

- ・口腔機能向上加算Ⅰ、Ⅱ(Ⅰ：150・Ⅱ：160円/月1回)
- ・栄養改善加算(200円/月1回)・一体的サービス提供加算(480円/月1回)
- ・サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援1：88円/月1回、支援2：176円/月1回)

①②の料金の合計が _____ 円になります。

③その他

- ・食事代(650円)
- ・教養娯楽、日常生活費(150円)
- ・その他

④試算(実際の利用料金はケアマネージャーのケアプランが正式に決まって算出可能となりますので、下記はあくまで試算です。)

・()様が月に _____ 回参加の計算で、1カ月の食事代・教養娯楽費が _____ 円
介護職員処遇改善加算が _____ 円で、
1ヶ月の利用料金の合計は、およそ _____ 円になります。

※実際の利用料金はケアマネージャーのケアプランが正式に決まって算出可能となりますので、上記はあくまで試算です。

(4) 利用料金の目安について (通所リハビリテーション：介護保険)

①基本利用

介護度〔 〕で利用時間が〔 〕の場合基本利用料(自己負担額)は _____ 円になります。

②1回ごと利用時の加算について(○印の部分が加算対象となります)

- ・入浴加算(40・60)・認知症短期集中リハビリ加算(240)
- ・短期集中個別リハビリテーション実施加算(110)・重度療養管理加算(100)
- ・中重度者ケア体制管理加算(20)・サービス提供体制強化加算Ⅰ(22)
- ・リハビリテーション提供体制加算・若年性利用者受入加算(60)
- 3時間以上4時間未満(12) 4時間以上5時間未満(16) 5時間以上6時間未満(20)
- 6時間以上7時間未満(24) 7時間以上(28)

3. 月ごとの加算について

- ・リハビリマネジメント加算
イ：6月以内 560/月 6月超 240/月
ロ：6月以内 593/月 6月超 273/月
ハ：6月以内 793/月 6月超 473/月

- ※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、上記加算に：270円
- ・口腔機能向上加算 Ⅰ：(150/月2回) Ⅱイ：(155/月2回) Ⅱロ：(160/月2回)
- ・栄養改善加算(200/月2回)・科学的介護推進体制加算(40)・栄養アセスメント加算(50)
- ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ(1920)
- ・生活行為向上リハビリテーション実施加算(1250)
- ・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ：20・Ⅱ：5)

④その他

- ・食事代(650円)
- ・教養娯楽、日常生活費(150円)
- ・その他

⑤試算(実際の利用料金はケアマネージャーのケアプランが正式に決まって算出可能となりますので、下記はあくまで試算です。)

≪①基本利用料+②1回ごとの加算+④食事代×1カ月の利用回数+③月ごとの加算≫

① _____ 円+② _____ 円+④ _____ 円× _____ 回+③ _____ 円

()様の1ヶ月の利用料金(自己負担)は介護職員処遇改善加算 _____ 円を合わせて、
およそ _____ 円になります。

※実際の利用料金はケアマネージャーのケアプランが正式に決まって算出可能となりますので、上記はあくまで試算です

個人情報保護方針

(令和6年4月1日現在)

社会医療法人仁愛会、在宅総合センターは、地域住民のニーズを満たし、信頼と人間性豊かな医療、介護を提供できるよう努めてまいりました。

さらに、個人情報を適切に管理することを社会的債務と考え、個人情報保護に関する方針を以下の通り定め、役員や職員及び関係スタッフに周知徹底を図り、これまで以上に個人情報保護に努めます。

1. 個人情報の収集・利用・提供

診察、介護の内容と規模を考慮して、個人情報保を保護、管理する体制を確立し、適切な個人情報の収集、利用及び提供に関する内部規則を定め、これを遵守します。

2. 個人情報の安全対策と教育

当施設は、個人情報保護の重要性について、職員に対する教育、啓発活動を実施するほか、個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破損、改ざん及び漏洩などに関する万全の予防策を講ずることにより、個人情報の安全性・正確性の確保を図り、万一の問題発生時には、速やかな是正対策を実施します。

3. 個人情報に関する法令・規範の遵守

個人情報に関する日本の法令及びその他の規範を遵守します。

4. 継続的改善

当施設は、以上の活動を実施するに当り、個人情報保護を適切に実施するための規定を策定・運用し、運用状況について定期的に監査し、これを継続的に見直し、改善していきます。

令和6年4月1日

社会医療法人 仁愛会 在宅総合センター
センター長 古謝 早苗

当施設の個人情報保護に関するお問い合わせは以下にお願いいたします。

個人情報保護問い合わせ窓口：在宅総合センター 事務室

TEL：879-1000

FAX：875-4183

個人情報の利用目的

介護老人保健施設アルカディア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）、ヘルスアップステーションうらそえでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている利用者及びご家族の個人情報について、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 】

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
 - ①入退所等の管理
 - ②会計・経理
 - ③事故等の報告
 - ④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
 - ①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
 - ②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
 - ③検体検査業務の委託その他の業務委託
 - ④家族等への心身の状況説明
2. 介護保険事務のうち
 - ①保険事務の委託
 - 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
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

3) 当施設に導入するネットワークアプリケーションに伴う利用目的

本サービスにおいて取得した個人情報に関して以下の通り取り扱い、適切な管理に努めます。

1. 個人情報とは

「個人情報」とは、当社が当施設において本サービスを通じて貴殿から取得する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別できるものをいいます。

2. 個人情報の取得

本サービスに用いるアプリケーション上に入力される貴殿の個人情報を取得します。

3. 個人情報の利用

当社は、本サービスによって取得した個人情報を以下の目的でのみ使用し、その他の目的では使用しません。

- ①当施設における貴殿への介護サービスの提供のため
- ②貴殿及び当施設入居者への情報提供のため
- ③前項各号に付随する業務のため

4. 個人情報の共同利用

本サービスは、以下に示すとおり、個人情報を共同利用します。

(1) 共同利用する個人情報の項目：第1条に定める個人情報すべて

(2) 共同利用する会社の範囲：使用するアプリケーションの発行元となる株式会社等(以下、「共同利用者」といいます。)

(3) 共同利用者の利用目的：

①本サービスの提供及びこれに関する問い合わせへの回答その他情報提供のため。

②本サービスの満足度の調査及び本サービスの改善(本サービスの不具合改善、性能向上及び機能開発を含みます。)のため。

③アプリケーションの介護施設向け製品又はサービスの開発並びに当該製品及びサービスの販売のため。

④共同利用者が当社から委託した業務を実施するため。

⑤個人を識別できない形式に加工した統計データを作成するため。

⑥上記の利用目的に関連する目的

(4) 取得方法：第1条に定める取得方法

【 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

1. 当施設の管理運営業務のうち

①医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

②当施設において行われる学生の実習への協力

③当施設において行われる事例研究

④徘徊等により行方不明になった際、同法人内への情報提供

2) 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

1. 当施設の管理運営業務のうち

①外部監査機関への情報提供

②徘徊等により行方不明になった際、警察への情報提供

3) テレビ電話等によるオンラインを使用する目的

①ネットワークアプリケーションを使用した診療・会議等での利用

※上記以外の利用目的で個人情報を利用する場合は、個別に利用者様へ同意を得た上で利用いたします。

個人情報保護 同意書

私と、貴事業所との間の介護保険法に基づく契約書第 12 条の秘密保持に関し、貴事業所が私のよりよき介護サービスのための担当者会議等の場において、私の個人情報を、契約の有効期間中用いることに同意します。

令和 年 月 日

【 サービス利用者 】

氏 名 :

印

住 所 :

【 署名代行者 】

氏 名 :

印

本人との関係 :

署名代行の理由 :

社会医療法人 仁愛会 介護老人保健施設アルカディア
通所リハビリテーション（予防含む）、ヘルスアップステーションうらそえ殿

介護老人保健施設アルカディア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

介護老人保健施設アルカディアの施設、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（別紙1、別紙2、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、契約内容書の交付を受けたうえで利用契約いたします。

説明・同意・交付年月日

令和 年 月 日

【ご利用者】

氏名 _____ (印)

住所 _____

※代理人署名欄（契約者本人が署名困難の場合記入）

氏名 _____ (印) (続柄 _____)

署名代行の理由 _____

【身元引受人】

氏名 _____ (印)

住所 _____

生年月日 _____ 年 月 日

(続柄 _____)

電話番号 (自宅) _____

(携帯) _____

介護老人保健施設アルカディア
理事長 銘苅 晋 殿

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】 ※本人のご自宅以外の場合に記入

氏名	(続柄 _____) (生年月日: 年 月 日)
住所	〒 _____
電話番号	(自宅) _____ (職場) _____ (携帯) _____

【本約款10条2項の緊急連絡先】

氏名	(続柄 _____) (生年月日: 年 月 日)
住所	〒 _____
電話番号	(自宅) _____ (職場) _____ (携帯) _____

※ご利用にあたって

利用者の皆様に対して職員一同細心の注意を払ってケアを致します。しかし、歩行中の転倒や食事中の誤飲などの避けられない事故、又は突然の心疾患や脳疾患が発生する場合がございますのでご了承ください。

※利用料のお支払いが滞った場合には、電話・文書連絡、訪問を行います

【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)利用時におけるリスク説明書】

通所利用者名： _____ 様

説明者名： _____

当施設では、利用者が快適に通所リハビリを利用していただけますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

- [加齢や利用者個々の病状等により] ※ご確認いただきましたら口にチェックをお願いします。
- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
 - 通所リハビリはリハビリ施設であること、原則的に拘束は行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
 - 利用者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
 - 利用者の皮膚は薄く、少しの摩擦でも表皮はくりがしやすい状態にあります。
 - 利用者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
 - 加齢や病状、認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
 - 高齢や脳、心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
 - 利用者の送迎時には安全運転を行いますが、相手車両からの接触事故など予測できない事故等に遭遇する可能性があります。
 - 他の利用者さんとの防げない急な接触等により、転倒や怪我の恐れがあります。
 - 自身で身の回りの物を触った際に、意図せず物品の落下などによる、外傷や火傷の恐れがあります。
 - 急な発熱や血中酸素濃度の低下、蓄痰により、酸素投与や吸引の必要がある際には、医師の判断のもと酸素投与や吸引を行うことがあります。
 - 胃婁増設・気管切開を行っている方は、何らかの要因でチューブの抜去の恐れがあります。
 - 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
→搬送先病院：浦添総合病院(当法人病院)
 - 集団生活の場であるため感染症に罹患するリスクがあります。

加齢だけではなく、利用者個々の身体状況及び内服されている薬の影響等により、症状が強くなる可能性もあります。なお、その際には事情説明を合わせて行います。

このことは、ご自宅でも起こりうることでありますので、十分に留意いただきますようお願い申し上げます。なお、説明で分からないこと等ありましたら、遠慮なくお尋ね下さい。

私は、上記項目について、介護老人保健施設アルカディア通所リハビリテーションの担当者より、通所リハビリ利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

ご家族氏名： _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
印 (続柄 _____)

