

## スイートケアなかよし

# 通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーション利用契約書

\_\_\_\_\_  
様（以下「利用者」という。）と介護老人保健施設スイートケアなかよし（以下「事業者」という。）は、事業者が利用者に対して行う通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション（以下「当サービス」という）について、各々対等な立場でその内容を確認し、次の通り契約（以下「本契約」という。）を締結します。

### 第1条（契約の目的）

事業者は、要支援状態又は要介護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、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、当サービスを提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「保証人」という。）は、当施設に対し、当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。

### 第2条（重要事項説明書）

本契約に際し、事業者は利用者及び保証人に対して、あらかじめサービス提供に関する重要な事項を書面にて説明するものとします。

また、その書面の内容は、本契約に規定されている内容を補完するものとします。

### 第3条（契約期間）

本契約の有効期間は、\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日～\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日とします。但し、利用者の契約期間時の要支援または要介護認定有効期間の満了日が上記契約期間の満了日前に到来し認定が更新される場合、更新後の認定有効期間の満了日を以って本契約の満了日とします。

- 2 前項の契約満了日の7日以上前までに利用者から書面による解約の申出がない時は、この契約はさらに更新後の要支援または要介護認定有効期間の満了日まで同一の内容で更新されます。更新後の契約についても前項の但し書きが適用されます。
- 3 利用者は、前項に定める事項の他、本契約及び別紙「重要事項説明書」の改定が行われない限り、本契約の締結をもって、繰り返し当サービスを利用することができるものとします。

### 第4条（契約の終了）

次の各号のいずれかに該当した場合には、本契約は自動的に終了します。

- ①利用者が介護保険施設に入所し、または医療機関に入院した場合
- ②利用者の要介護認定区分が自立（非該当）と認定された場合は、本契約の有効期間の満了日（自立の認定が直前の要介護（要支援）認定にかかる本契約の有効期間の満了日後に行われた場合にあつては、当該自立と認定された日）
- ③利用者が死亡した場合
- ④利用者が身体障害者療護施設に入所する等、介護保険の被保険者としての資格を喪失した場合

### 第5条（利用者からの解除）

利用者及び保証人は、事業者に対し、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計画にかかわらず、本契約に基づく当サービスを解除 終了することができます。なお、この場合利用者及び保証人は、速やかに事業者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、利用者及び保証人が正当な理由なく、

当サービス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事業者にお支払いいただきます。

## 第6条（事業者からの解除）

事業者は、利用者及び保証人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく当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
- ②利用者及び保証人が、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14日間以内に支払われない場合
- ③利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当事業者での適切な当サービスの提供を超えると判断された場合
- ④利用者及び保証人が、事業者、事業者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
- ⑤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

## 第7条（利用料金）

利用者及び保証人は、連帯して、当事業者に対し、本契約に基づく当サービスの対価として、別紙「重要事項説明書」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、当事業者は、利用者の経済状態等に変動があった場合、利用料金を変更することがあります。

- 2 事業者は、利用者及び保証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15日までに発行し、所定の方法により交付する。利用者及び保証人は、連帯して、当事業者に対し、当該合計額をその月の末日までに支払うものとします。その際保証人の極度額は20万円を限度とします。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 事業者は、利用者及び保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び保証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。

## 第8条（記録）

事業者は、利用者の当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。

- 2 事業者は、利用者または保証人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、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。

## 第9条（身体の拘束等）

事業者は、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、事業者の医師又は事業者の長が判断し、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、事業者の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身状況、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。

## 第10条（秘密の保持及び個人情報の保護）

事業者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及び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重要事項説明書の「情報提供と個人情報の保護」に記載した通り定め、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）

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。

#### 第11条（緊急時の対応）

事業者は、利用者に対し、事業者の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、事業者は、利用者及び保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

#### 第12条（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、事業者は、利用者に対し必要な措置を講じます。

2 事業者の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、事業者は利用者の家族等利用者及び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。

#### 第13条（要望又は苦情等の申出）

利用者及び保証人は、事業者の提供する通所リハビリテーションおよび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。

#### 第14条（賠償責任）

通所リハビリテーションの提供に伴って事業者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、事業者は、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、事業者が損害を被った場合、利用者及び保証人は、連帯して、事業者に対して、その損害を賠償するものとします。

#### 第15条（情報提供同意）

利用者及び保証人は、適正且つ効果的な介護サービスを受けるため、介護に必要な個人、及び家族の情報をサービス担当者会議等に使用することに本契約の締結を以て同意するものとします。

#### 第16条（協議事項）

本契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、事業者は利用者及び保証人と誠意を以て協議するものとします。

## スイートケアなかよし

### 通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号および厚生労働省令第35号の基準に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次の通りです。

#### 1. 【開設者】

|      |                |
|------|----------------|
| 名称   | 医療法人 玉水会       |
| 所在地  | 鹿児島市下伊敷1丁目1番5号 |
| 法人種別 | 医療法人           |
| 代表者名 | 理事長 永友 知澄      |
| 電話番号 | 099(223)3330   |

#### 2. 【事業者】

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 名称    | 介護老人保健施設スイートケアなかよし |
| 開設年月日 | 平成3年3月1日           |
| 管理者名  | 永友 知澄              |
| 所在地   | 鹿児島市下伊敷1丁目1番5号     |
| 電話番号  | 099(223)3390       |
| FAX番号 | 099(222)6451       |
| 指定番号  | 鹿児島県 No.4650180021 |
| 指定年月日 | 平成12年4月1日          |

#### 3. 【事業の実施地域】

サービス提供地域 鹿児島市（ただし、喜入地区、桜島地区を除く）

#### 4. 【事業の目的と運営方針】

|       |   |
|-------|---|
| 事業の目的 | 利用者が要支援または要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅に於いて、その有する能力に応じ自立した日常生活が営まれるよう居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、必要な日常生活上のお世話及びリハビリテーションを提供し、在宅ケアを支援します。                                      |
| 運営方針  | 在宅療養の方のために、ご家庭で可能な限り自立した日常生活が送られるよう個人ごとに通所リハビリテーション計画を作成し、明るい家庭的な雰囲気の中で、医療 看護 介護サービスを行います。<br>リハビリの専門スタッフが、1人1人に合わせた訓練と指導を行います。<br>生きがいのある家庭生活が送れるよう入浴、教養娯楽等の生活サービスを行います。 |

#### 5. 【利用定員】

利用定員 1単位 20名

#### 6. 【営業日及び営業時間】

|      |                      |
|------|----------------------|
| 営業日  | 月曜～土曜 年間休日：12/31～1/3 |
| 営業時間 | 8：00～19：00           |

#### 7. 【職員体制】

| 職員の職種                   | 員数             | 職務内容                |
|-------------------------|----------------|---------------------|
| 管理者                     | 1名             | 事業所の従業員の管理及び業務の管理   |
| 医師                      | 1名以上           | 通所リハビリテーション実施指示     |
| 理学療法士<br>作業療法士<br>言語聴覚士 | 1名以上           | 通所リハビリテーション計画の策定 実施 |
| 看護職員<br>介護職員            | 2名以上（うち常勤1名以上） | 通所リハビリテーションサービスの提供  |
| 管理栄養士                   | 1名以上           | 利用者への食事提供・栄養管理等     |
| 歯科衛生士                   | 1名以上           | 利用者の口腔内の管理等         |
| その他                     | 必要に応じて配置       |                     |

## 8. 【通所リハビリテーションサービス】

通所リハビリテーションについては、要支援者及び要介護者の家庭等での生活を継続していただく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、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従事者の協議によって、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。

## 9. 【当事業所ご利用の際の留意事項】

- ① サービスの提供を受けようとする利用者は、サービスの利用の際に体調の異常や異変があれば、その旨を申し出てください。
- ② サービスの提供を受けようとする利用者は、リハビリテーションの器具を取り扱う際は、従業者の指示に従ってください。
- ③ 現金・貴重品等の持ち込みは事故防止上、ご遠慮いただいております。また、紛失・破損等に関しましても、施設は一切責任は負いませんのであらかじめご了承ください。
- ④ サービスの提供を受けようとする利用者は、営利行為、宗教の勧誘 活動、特定の政治活動を行わないでください。
- ⑤ 利用のキャンセルの連絡は利用前日の午後 5：30 迄におこなってください。それ以降のキャンセルについては食事費用を負担していただきます。

## 10. 【非常災害時の対策】（地震、火災、風水害）

|          |   |
|----------|---|
| 非常時の対応   | 施設で定める非常災害対策計画および危機管理マニュアルに法って行います。   |
| 近隣との協力関係 | 鹿児島市西消防署と定期的訓練活動を行う等協力体制を確立しております。  |
| 平常時の訓練   | 施設で定める非常災害対策計画に基づいて、年3回避難訓練（うち1回は夜間訓練）を全事業所の職員により実施しています。また、地域との連携を密にするため、地域住民との共同訓練への参加も求めるように努めていきます。 |

## 11. 【事故発生の対応】

- ① 事故発生時対応マニュアルに沿って対処いたします。
- ② サービス提供により賠償すべき事故が発生した時は、損害を賠償します。
- ③ 一事故が発生した時は、その原因を分析し、再発防止に努めます。

## 12. 【苦情等窓口】

利用者の権利を守り満足を高めるために、また良質な施設サービスの提供と職員の資質を高めるために、ご不明な点、ご要望、苦情等ございましたらご遠慮なくお申し出下さい。

<スイートケアなかよしの相談窓口>

|        |  |
|--------|--|
| 苦情及び相談 | 当事業所では、利用者及び家族からの苦情及び相談について誠意を以て応じ、可能な限り適切な対応に努めます。<br>相談窓口 支援相談員（Tel.099-223-3390）<br>地域連携室（Tel.099-223-3330） |
|--------|--|

<公的機関の相談窓口>

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 鹿児島県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 介護相談室   | 住 所：鹿児島市鴨池新町6番6号<br>電話番号：099-213-5122                |
| 鹿児島市 介護保険課                       | 住 所：鹿児島市山下町11番1号<br>電話番号：099-216-1277                |
| 鹿児島県高齢者生き生き推進課<br>介護保険室          | 住 所：鹿児島市鴨池新町10番1号<br>電話番号：099-286-2674               |
| 鹿児島県社会福祉協議会<br>福祉サービス運営適正化委員会事務局 | 住 所：鹿児島市鴨池新町1番7号<br>県社会福祉センター5階<br>電話番号：099-286-2200 |

13. 【健康管理及び緊急時の対応】

|                  |  |              |                                      |
|------------------|--|--------------|--------------------------------------|
| 健康管理及び<br>緊急時の対応 | ① 利用者の到着時、健康チェックを行います。<br>利用者の健康について、いつでも相談に応じています。                        |              |                                      |
|                  | ② 当事業所ご利用中、体調の異変及び緊急の事態が生じた時は、利用者の主治医又は協力病院へ連絡し、医師の指示に従うと共に指定の連絡先に電話いたします。 |              |                                      |
|                  | 利用者の<br>主治医  | 主治医名         |                                      |
|                  |  | 病院名          |                                      |
|                  |  | 住所           |                                      |
|                  |  | 電話番号         |                                      |
|                  | 協力病院   | 病院名          | 玉水会病院                                |
|                  |  | 院長名          | 小瀬戸 一平                               |
|                  |  | 住所           | 鹿児島市下伊敷1丁目1番5号                       |
|                  |  | 診療科目         | 循環器科 消化器科 心療内科<br>神経内科 内科 リハビリテーション科 |
| 入院設備             |  | 有り           |                                      |
| 電話番号             |  | 099-223-3330 |                                      |

14. 【その他施設の運営に関する重要事項～秘密保持】

第三者評価の実施状況：実施無し

従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。従業者であった者に、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

15. 【情報提供と個人情報の保護】

適正かつ効果的なサービスをお受け頂くために、下記利用目的で個人情報を利用する場合があります。必要なお利用者及びご家族の情報を使用することに同意を頂きます。なお、下記に同意できない項目やその他個人情報の取り扱いについてご希望・ご要望がありましたら利用同意書にご記入願います。

| 項 目   |
|---|
| 1. サービスの提供                                      |
| ① 当事業所での介護サービスの提供(A座席表の名札掲示、B食札の使用)             |
| ② 居宅介護支援事業者との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答              |
| ③ 病院、診療所、介護サービス事業者等との連携、照会への回答                  |
| ④ その他の業務委託(厨房業務等)                               |
| ⑤ ご家族等への心身の状況説明                                 |
| ⑥ 居宅介護支援事業者、医療・介護等の関係機関、ご家族等との電子端末等によるデータを用いた連携 |
| 2. 介護給付費請求のための事務                                |
| ① 当事業所での介護、公費負担サービス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 *公費負担サービスに関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答            |
| 3. 当事業所の管理運営業務                                  |
| ① 会計・経理   |
| ② 事故等の報告  |
| ③ 当該利用者様の介護サービスの向上                              |
| ④ その他、当事業所の管理運営業務に関する利用                         |
| 4. その他  |
| ① 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 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料                       |
| ③ 当事業所内において行われる実習への協力                           |
| ④ サービスの質の向上を目的とした当事業所内での研究等                     |
| ⑤ 外部監査機関への情報提供                                  |
| ⑥ レクリエーション等で撮影した写真の掲示                           |
| ⑦ 制作された作品等の展示                                   |
| ⑧ 各種月行事(敬老会、家族会等)にて氏名・年齢等の紹介                    |

16. 【利用料金】 <通所リハビリテーションサービス費>

|                  |  |        |       |       |        |        |        |
|------------------|--|--------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 基本報酬             | サービス内容(1日)   |        | 要介護1  | 要介護2  | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
|                  | 1時間以上  | 利用料(円) | 3,660 | 3,950 | 4,260  | 4,550  | 4,870  |
|                  | 2時間未満  | 負担額(円) | 366   | 395   | 426    | 455    | 487    |
|                  | 2時間以上  | 利用料(円) | 3,800 | 4,360 | 4,940  | 5,510  | 6,080  |
|                  | 3時間未満  | 負担額(円) | 380   | 436   | 494    | 551    | 608    |
|                  | 3時間以上  | 利用料(円) | 4,830 | 5,610 | 6,380  | 7,380  | 8,360  |
|                  | 4時間未満  | 負担額(円) | 483   | 561   | 638    | 738    | 836    |
|                  | 4時間以上  | 利用料(円) | 5,490 | 6,370 | 7,250  | 8,380  | 9,500  |
|                  | 5時間未満  | 負担額(円) | 549   | 637   | 725    | 838    | 950    |
|                  | 5時間以上  | 利用料(円) | 6,180 | 7,330 | 8,460  | 9,800  | 11,120 |
|                  | 6時間未満  | 負担額(円) | 618   | 733   | 846    | 980    | 1,112  |
|                  | 6時間以上  | 利用料(円) | 7,100 | 8,440 | 9,740  | 11,290 | 12,810 |
|                  | 7時間未満  | 負担額(円) | 710   | 844   | 974    | 1,129  | 1,281  |
|                  | 7時間以上  | 利用料(円) | 7,570 | 8,970 | 10,390 | 12,060 | 13,690 |
|                  | 8時間未満  | 負担額(円) | 757   | 897   | 1,039  | 1,206  | 1,369  |
|                  | 8時間以上(上記料金に加算)<br>※6~8時間未満の通所リハビリの<br>前後に日常生活上の支援を行う場合 |        |       | 8~9時間 |        | 500    | 50     |
| 9~10時間           |  |        |       | 1,000 | 100    |        |        |
| 10~11時間          |  |        |       | 1,500 | 150    |        |        |
| 11~12時間          |  |        |       | 2,000 | 200    |        |        |
| 送迎を行わない場合(片道につき) |  |        |       |       | -470   |        | -47    |

|            |   |  |            |        |    |
|------------|---|--|------------|--------|----|
| 加算部分       | 加算内容  |  | 利用料(円)     | 負担額(円) |    |
|            | 入浴加算(Ⅰ)   |  | 400        | 40     |    |
|            | 入浴加算(Ⅱ)   |  | 600        | 60     |    |
|            | 栄養アセスメント加算  |  | 500        | 50     |    |
|            | 栄養改善加算(月2回まで 原則3ヶ月)   |  | 2,000      | 200    |    |
|            | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)   |  | 200        | 20     |    |
|            | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)<br>(6月に1回を限度)                               |  | 50         | 5      |    |
|            | 口腔機能向上加算(Ⅰ)   |  | 1,500      | 150    |    |
|            | 口腔機能向上加算(Ⅱ)<br>(月2回まで 原則3ヶ月)                                  |  | 1,600      | 160    |    |
|            | 若年性認知症利用者受入加算   |  | 600        | 60     |    |
|            | リハビリテーションマネジメント加算(A)イ<br>通所開始日から6月以内                          |  | 5,600      | 560    |    |
|            | 通所開始日から6月超  |  | 2,400      | 240    |    |
|            | リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ<br>通所開始日から6月以内                          |  | 5,930      | 593    |    |
|            | 通所開始日から6月超  |  | 2,730      | 273    |    |
|            | リハビリテーションマネジメント加算(B)イ<br>通所開始日から6月以内                          |  | 8,300      | 830    |    |
|            | 通所開始日から6月超  |  | 5,100      | 510    |    |
|            | リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ<br>通所開始日から6月以内                          |  | 8,630      | 863    |    |
|            | 通所開始日から6月超  |  | 5,430      | 543    |    |
|            | 短期集中個別リハビリテーション実施加算<br>退院 退所後又は認定日から3月以内<br>(概ね週2回以上 1日40分以上) |  | 1,100      | 110    |    |
|            | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)<br>退院 退所日又は通所開始日から3月以内(週2日まで)         |  | 2,400      | 240    |    |
|            | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)<br>退院 退所日又は通所開始日から3月以内(月4回以上)         |  | 19,200     | 1,920  |    |
|            | 理学療法士等体制強化加算(1時間以上2時間未満)                                      |  | 300        | 30     |    |
|            | リハビリテーション<br>提供体制加算   |  | 3時間以上4時間未満 | 120    | 12 |
|            |   |  | 4時間以上5時間未満 | 160    | 16 |
| 5時間以上6時間未満 |   |  | 200        | 20     |    |
| 6時間以上7時間未満 |   |  | 240        | 24     |    |
| 7時間以上      |   |  | 280        | 28     |    |

|  |             |       |
|--|-------------|-------|
| 重度療養管理加算（要介護3、4、5に限る、1日につき）            | 1,000       | 100   |
| サービス提供体制強化加算（I）                        | 220         | 22    |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算（1月）<br>通所開始月から6月以内 | 12,500      | 1,250 |
| 中重度者ケア体制加算（1日につき）                      | 200         | 20    |
| 移行支援加算（1日につき）                          | 120         | 12    |
| 科学的介護推進体制加算                            | 400         | 40    |
| 介護職員処遇改善加算（I）                          | 全サービス費の4.7% |       |
| 介護職員等特定処遇改善加算（I）                       | 全サービス費の2.0% |       |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算                       | 全サービス費の1.0% |       |

\* 延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、該当する基本報酬×0.03（小数点以下は四捨五入）の加算をいただく場合がございます。

#### <介護予防通所リハビリテーションサービス費>

| 基本報酬 | 費用項目                    | 介護度区分 | 利用料（円） | 負担額（円） |
|------|-------------------------|-------|--------|--------|
|      | 介護予防通所リハビリテーション費（1月につき） | 要支援1  | 20,530 | 2,053  |
|      |                         | 要支援2  | 39,990 | 3,999  |
|      | 利用開始月から12か月を超えて利用した場合   | 要支援1  | -200   | -20    |
| 要支援2 |                         | -400  | -40    |        |

| 加算部分 | 加算内容（1月につき）                          |         | 利用料（円）      | 負担額（円） |
|------|--------------------------------------|---------|-------------|--------|
|      | ①運動器機能向上加算                           |         | 2,250       | 225    |
|      | ②栄養改善加算                              |         | 1,500       | 150    |
|      | ③口腔機能向上加算（I）                         |         | 1,500       | 150    |
|      | 口腔機能向上加算（II）                         |         | 1,600       | 160    |
|      | 栄養アセスメント加算                           |         | 500         | 50     |
|      | 口腔・栄養スクリーニング加算（I）                    |         | 200         | 20     |
|      | 口腔・栄養スクリーニング加算（II）<br>（6月に1回を限度）     |         | 50          | 5      |
|      | 選択的サービス複数実施加算<br>（上記加算①②③からの選択）      | I（2種類）  | 4,800       | 480    |
|      |                                      | II（3種類） | 7,000       | 700    |
|      | 生活行為向上リハビリテーション実施加算<br>（通所開始月から6月以内） |         | 5,620       | 562    |
|      | 事業所評価加算                              |         | 1,200       | 120    |
|      | 科学的介護推進体制加算                          |         | 400         | 40     |
|      | 若年性認知症利用者受入加算                        |         | 2,400       | 240    |
|      | サービス提供体制強化加算（I）                      | 要支援1    | 880         | 88     |
|      |                                      | 要支援2    | 1,760       | 176    |
|      | 介護職員処遇改善加算（I）                        |         | 全サービス費の4.7% |        |
|      | 介護職員等特定処遇改善加算（I）                     |         | 全サービス費の2.0% |        |
|      | 介護職員等ベースアップ等支援加算                     |         | 全サービス費の1.0% |        |

\* 月の途中で介護度区分が変更され、介護予防サービスの対象外となった場合、次のとおり日割り計算させていただきます。

（介護予防通所リハビリテーションサービス費）×（区分変更前日までの日数）÷30.4

\*（介護予防）通所リハビリテーションサービス費の負担額は1割負担の例を表記してあります。負担割合は各個人の介護保険負担割合証に記載の通りとなります。

#### <介護保険適用外負担>

| 内 容                | 利用料（円）     | 負担額（円） |
|--------------------|------------|--------|
| 食事費用（食材費＋調理費、おやつ込） | 600        | 600    |
| 日用品費 教養娯楽費         | 実費負担といたします |        |

#### 17. 【通所リハビリテーション利用時の病院受診、薬もらいについて】

通所リハビリテーション利用当日の病院受診・薬もらいは原則としてできないことを、利用者及び保証人、ご家族に同意頂く必要があります。また、当日の体調によっては医師の判断で通所リハビリテーション利用は中止となり、緊急連絡先に連絡させて頂きご家族にお迎えをお願いすることがあります。ご不明な点は、ご遠慮なくお尋ねください。



スイートケアなかよし  
通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーションの  
利用、利用者負担にかかる同意書

私は、スイートケアなかよし通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、スイートケアなかよし通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーション利用契約書、重要事項説明書の記載事項、利用料金の利用者負担について担当者から交付・説明を受け、これらを十分に理解した上で当事業者を利用し、その対価として事業者が定める料金を支払うことに同意します。また、本書面を1部受け取りました。

年 月 日

<事業者>

(住 所) 鹿児島市下伊敷1丁目1番5号  
(事業者名) 医療法人 玉水会  
介護老人保健施設スイートケアなかよし

(代表者名) 施設長 永友 知澄 印

(交付・説明担当者)

職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

<利用者>

(住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_ 携帯 ( ) \_\_\_\_\_

<保証人>

(住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_

(続 柄) \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_ 携帯 ( ) \_\_\_\_\_

※重要事項説明書の15.【情報提供と個人情報の保護】において、同意できない項目やその他個人情報の取り扱いについてご希望・ご要望がございましたら下記にご記入ください。

| 同意できない項目  | 理由 | 個人情報の取り扱いに関する希望・要望 |
|---|----|--------------------|
| <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |    |                    |

<緊急時の連絡先> (該当にする)

① 保証人と同じ 保証人以外

|  |      |            |
|--|------|------------|
|  | 住 所  |            |
|  | 氏 名  | (続柄 )      |
|  | 電話番号 | ( ) 携帯 ( ) |

② 保証人と同じ 保証人以外

|  |      |            |
|--|------|------------|
|  | 住 所  |            |
|  | 氏 名  | (続柄 )      |
|  | 電話番号 | ( ) 携帯 ( ) |

<請求書・明細書・領収書の送付先> (該当にする)

|  |     |       |
|--|-----|-------|
| <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 保証人宅 <input type="checkbox"/> 緊急時の連絡先② <input type="checkbox"/> その他 |     |       |
| その他の<br>場合の送<br>付先   | 住 所 |       |
|  | 氏 名 | (続柄 ) |

<利用者負担に関する確認表>

| 負担の変更内容及び適用年月日 | 説明日及び説明担当者 | 利用者又は保証人記名欄 |
|----------------|------------|-------------|
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |
| 年 月 日          | 年 月 日      |             |