

# 介護老人保健施設 やすらぎ 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 介護老人保健施設やすらぎ(以下「当事業所」という。)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、介護予防通所リハビリテーションを提供し、一方、利用者及び保証人は、当事業所に対し、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、利用者が介護予防通所リハビリテーション利用契約書を当事業所に提出したのち、令和 年 月 日以降から効力を有します。但し、保証人または本約款に変更があった場合は、別紙にて変更箇所の確認と説明を行い、同意を得ることにより、初回利用時の契約書提出をもって、繰り返し当事業所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 利用者及び保証人は、当事業所に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の介護予防サービス計画にかかわらず、本約款に基づく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保証人は、速やかに当事業所及び利用者の介護予防サービス計画作成者に連絡するものとします。

(当事業所からの解除)

第4条 当事業所は、利用者及び保証人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく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 利用者が要支援認定において自立又は要介護と認定された場合
- ② 利用者および保証人が、本約款に定める利用料金を2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
- 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
- ④ 利用者又は保証人が、当施設、当施設、当事業所、当事業所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、事業所・設備の故障その他やむを得ない理由により、当事業所を利用させることができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び保証人は、連帯して、当事業所に対し、本約款に基づく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、「利用者負担説明」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、上記

利用料金を変更することがあります。

2 当事業所は、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 日ごろに送付し、利用者及び保証人は、連帯して、当事業所に対し、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。(詳細は P14 に記載)

3 当事業所は、利用者又は保証人から、1 項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び保証人が指定する送付先に対して、領収書を送付します。

4 利用者負担金のうち関係法令に基づいて定められたものが、契約期間中に変更になった場合、関係法令に従って改定後の利用者負担金が適用されます。その際には、事業者は利用者に説明します。

5 当事業所は、提供するサービスのうち、理美容の提供などの介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用者負担金を説明し、利用者の同意を得ます。

6 当事業所が前項の利用者負担金の変更(増額又は減額)を行う場合には、利用者に対して変更予定日の 1 か月前までに文書により説明し、利用者の同意を得ます。

7 利用者負担金の変更があった場合は、「利用サービス変更合意書」の該当欄に必要事項を記載し、記名押印のうえ、介護予防通所リハビリテーション利用説明書末尾に添付します。

(記録)

第 6 条 当事業所は、利用者の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 年間は保管します。

2 当事業所は、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、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。

(身体の拘束等)

第 7 条 当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束等を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、管理者若しくは専門医と各専門職種が判断し、身体拘束等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、当事業所の管理者若しくは専門医と各専門職種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が予め説明と同意のうえでの制限行為等といたします。

2 当事業所は身体拘束等廃止に対する取り組みとして

① 利用者の立場にたち、一人ひとりの人権を尊重した対応に努めます。

② 利用者の状態により、日常的に起こり得る状況、明らかに予測される状況について、事前予防的に「拘束をしない介護」の工夫を検討します。

③ 利用者が落ち着いて生活を送れるような環境整備に努めます。

④ 身体拘束廃止委員会を設置し、委員会は定期的開催する(3 か月に 1 回以上)

⑤ 身体拘束廃止委員を中心に、人権を尊重したケアの実施を目的にした職員研

修(年2回)を行う。

- ⑥ 身体拘束適正化のための指針を定め、身体拘束等の廃止のための体制を整備する。

(虐待防止に関する事項)

第8条 当事業所は、人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ③ その他虐待防止のために必要な措置

2 当事業所は、サービス提供中に、当事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)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。

※ ③ その他虐待防止のために必要な措置 の具体例

- ・虐待防止に関する責任者の選定及び措置
- ・成年後見制度の利用支援
- ・介護相談員の受入れ

(褥瘡対策)

第9条 当事業所の職員は、褥瘡に関する基礎的知識を持ち、日常的なケアを行うよう努めます。

(秘密の保持等)

第10条 当事業所とその職員は業務上知り得た利用者又は保証人若しくはその家族に関する個人情報、在職中及び退職後も、正当な理由なく第三者に漏らしません。

これらの情報は、本人及び家族からあらかじめ文書により同意を得た上で利用します。

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

(緊急時の対応)

第11条 当事業所は、利用者に対し、医師の医学的判断により受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 当事業所は、利用者に対し、当事業所における介護予防通所リハビリテーションでの対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。

3 前2項のほか、サービス利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当事業所は、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。

(事故発生の防止及び発生時の対応)

第12条 当事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生の防止のための指針を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備する。また、事故の定義をサービス提供中及び送迎中における利用者の事故とし、転倒、転落、誤嚥、誤飲、溺水又利用者同士のトラブル等とする。

2 当事業所は、前号の事故の状況及び事故に際してとった処置等を記録する。

- 3 事業所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する。
- 4 事故発生防止のための従業者に対する研修を定期的に行う。
- 5 事故や過失による骨折、縫合を伴う裂傷、呼吸困難、意識障害等重篤な状態、受診を要する状態の場合、事故の程度や過失の有無にかかわらず、利用者同士、家族関係との間で問題が生じる可能性がある場合、死亡については家族関係から疑義の生じる可能性がある場合、その他報告が必要と判断した場合、以上を報告の範囲とする。
- 6 報告は別紙「事故報告書」を使用し、速やかに行います。報告後、未報告、新たな事項や変更があれば、追加報告を行い、問題が解決するまで行う。
- 7 報告は、家族、利用者又は保証人が指定する者及び市町村とする。

(要望又は苦情等の申出)

第13条 利用者及び保証人は、当事業所の提供する介護予防通所リハビリテーションサービス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。

- 2 相談窓口 ◎豊中市福祉部長寿社会政策課  
 TEL 06-6858-2838  
 FAX 06-6858-3146  
 受付時間：8:45～17:15（月曜日～金曜日）祝日・年末年始は除く  
 ◎「話して安心、困りごと相談」  
 TEL 06-6858-2815  
 FAX 06-6854-4344  
 受付時間：9:00～17:15（月曜日～金曜日）祝日・年末年始は除く  
 ◎大阪府国民健康保険連合会  
 TEL 06-6949-5418  
 受付時間：9:00～17:00（月曜日～金曜日）祝日・年末年始は除く

(賠償責任)

第14条 介護予防通所リハビリテーションサービスの提供に伴って当事業所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、当事業所は、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、当事業所が損害を被った場合、利用者及び保証人は、連帯して、当事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

(衛生管理)

第15条 利用者の利用する事業所、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行う。

- 2 感染者が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備する。
- 3 栄養士、調理師等厨房勤務者は、毎月1回、検便を行わなければならない。
- 4 定期的に、害虫等の駆除を行う。

(利用者代理人)

第 16 条 利用者は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、又、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

2 利用者は、代理人選任に際して必要がある場合は、事業所側は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第 17 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、利用者又は保証人と当事業所が誠意をもって協議して定めることとします。

# 介護老人保健施設やすらぎのご案内

(令和6年8月1日現在)

## 1.法人の概要

### (1) 法人の名称等

- ・法人名 医療法人 豊済会
- ・開設年月日 昭和31年10月1日
- ・所在地 大阪府豊中市豊南町東2-6-4
- ・電話番号 06-6332-0135

## 2.事業所の概要

### (1) 事業所の名称等

- ・事業所名 介護老人保健施設 やすらぎ
- ・開設年月日 平成8年7月1日
- ・所在地 大阪府豊中市豊南町東2-6-4
- ・電話番号 06-6332-8000 ・ファックス番号 06-6332-8111
- ・管理者名 中村 幹男
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (2754080014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機能訓練、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、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に、短期入所療養介護（介護予防）や通所リハビリテーション（介護予防）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事業所です。

この目的に沿って、当事業所では、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下さい。

#### [介護老人保健施設やすらぎの運営方針]

ねたきり、高齢者特有の症状などで、看護、介護を必要とする高齢者に対し総合的ケアサービスの下で、機能訓練、レクリエーション、その他必要な医療を行い、高齢者の自立を支援し、家庭等への復帰支援。

看護、介護職員等の全員が、愛と、心にゆとりと、健康管理のとれた、明るい環境を提供し、地域社会にとけ込んだ事業所運営を目指し、高齢者の方の問題の相談、地域の方への事業所開放を行い信頼される在宅支援事業所となるように目指す。

病院併設事業所として、利用者の急変（歯科も含む）等に備える為、弊事業所との間でスムーズな連携をとり、自然災害、火災その他の災害対策についても合同で対処する。

(3) 事業所の職員体制 (通所リハビリ・介護予防通所リハビリテーション)

	基準値	常勤 (非常勤)		業務内容
・医師	1	1 (2)		日常的な医学管理
・看護職員	1	1 兼務 1		看護
・介護職員	1	2		介護
・理学療法士				リハビリテーション
・作業療法士	1	3		リハビリテーション
・管理栄養士	1	1		栄養管理
・事務職員	2	2		庶務、会計
・調理員	1	6		調理
・				
・				
・				
・				

(4) 通所定員 ・ 20 名

3. サービス内容

- ① 介護予防通所リハビリテーション計画 (以下「計画」という) の立案
- ② 食事 (食事は原則として食堂にて召し上がって頂きます。)
  - 昼食 12 時 00 分
  - 間食 15 時 00 分
  - 夕食 18 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となる場合があります。)
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護
- ⑥ 機能訓練 (リハビリテーション計画にもとづいたリハビリテーション「主に生活リハビリ」、レクリエーション)
- 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 (原則お申し出によって実施致します)
- ⑩ 基本時間外利用サービス (何らかの理由により、ご家族等のご都合で居宅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)
- ⑪ 行政手続代行
- ⑫ 広報誌の発行 広報誌での写真掲載をご遠慮されます場合は相談員にお伝え下さい。
- ⑬ 営業日時
  - (1) 営業日 月曜日から土曜日までとします。ただし、年末・年始の期間 (12

月 31 日～1 月 3 日) は休業。

- (2) 営業時間 午前 9 時 00 分から午後 4 時 30 分までとします。ただし、時間延長サービス実施日は、午前 8 時 00 分から午後 7 時 30 分までです。
- (3) その他の休業 気象状況、地震、風水害、その他の事情による警報発令等の事態には、休業及び、中止となります。

⑱ 送迎範囲・・・豊中市 南部地域

(蛍池中町 1～4、刀根山 1～5、千里山 1～3、本町 1～9、上野西 1・2、上野東 1・2、東豊中 1～6、新千里南町 1～3、丁目を含む以南地域)

吹田市 南西地域

(桃山台 1～5、佐竹台 1～5、五月が丘北・東、岸边北を含む以南地域)  
大阪市淀川区北部地域

(加島、三津屋、三国本町、西宮原、宮原、東三国を含む以北地域)  
尼崎市

(東園田町、高田町、神崎町、額田町、善法寺)

⑲ 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、ご不明な点や疑問等ありましたら、相談員までご相談ください。

#### 4. 事業所利用に当たっての留意事項

当事業所の利用に当たっての留意事項を以下のとおりとする。

- ・ 当事業所利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事を摂取いただくこととする。食費は第 8 条に利用料として規定されるものである。
- ・ 火気の取扱いは、事故防止上職員にお預けください。
- ・ 設備・備品の利用は、通常の利用をお願いいたします。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みは、ご氏名の記入をお願いいたします。
- ・ 金銭・貴重品の管理は、原則として持ち込みをお断りしております。
- ・ 宗教活動は、他の利用者にご迷惑とならないようお願いいたします。
- ・ ペットの持ち込みは、お断りしております。
- ・ 利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は、禁止する。
- ・ 他利用者への迷惑行為は禁止する。

#### 5. 非常災害対策

- ・ 防災設備 ・ スプリンクラー、消火器、消火栓、避難用スロープ
- ・ 防災訓練 ・ 年 2 回、(消火、通報、避難訓練)

#### 6. 禁止事項

当事業所では、多くの方に安心してサービスを受けていただくために、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

当事業所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 06-6332-8000)

要望や苦情などは、支援相談担当者・介護支援専門員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、1階・2階フロアー奥に備えつけられた「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.その他

当事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

## 介護予防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. 介護予防通所リハビリテーションについての概要

介護予防通所リハビリテーションについては、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介護予防サービス計画に基づき、当事業所をご利用いただき、看護、医学管理の下に置ける介護及び機能訓練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いたします。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作業療法士その他専ら介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる従事者の協議によって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・保証人（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、説明を行った上で同意をいただき交付いたします。

#### ◇機能訓練：

原則として機能訓練室にて行いますが、事業所内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を目的としたものです。

#### ◇生活サービス：

当事業所利用中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

## 利用者負担説明

介護老人保健施設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（所得状況により2割または3割）**と保険給付対象外の費用（日常生活で通常必要となるものに係る居室費・食費、個室等の室料、理美容代等）を**利用者負担の額**としてお支払いいただく2種類があります。

また、**利用者負担の額は全国統一料金ではありません**。介護保険給付の自己負担額は、事業所の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数、また、認知症専門の事業所（認知症専門棟加算）で異なりますし、利用料も各事業所ごとの設定となっております。当事業所の利用者負担につきましては、次頁以降をご参照下さい。

介護予防通所リハビリテーション利用の場合の利用者1割負担の額

(下記負担額は1割負担額であり2割・3割負担対象者は割合の負担額となります)

1 保険給付の自己負担額

1) 介護予防通所リハビリテーション費/月額(地域加算を含みます)

- ・要支援1 2,418円 □
- ・要支援2 4,507円 □

2) 各種加算

① 栄養改善加算/月に2回を限度 214円 □

低栄養状態にある者に対し、管理栄養士が看護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施し、必要に応じ居宅を訪問した場合に加算します。

② 栄養アセスメント加算/月 54円 □

管理栄養士1名以上配置し、看護・介護職員、生活相談員その他の職種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結果を説明し、相談に対応する。また利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のため必要な情報を活用した場合に算定します。

③ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)/回 6月に1回 22円 □  
(Ⅱ)/回 6月に1回 6円 □

(Ⅰ) 利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態を確認し、担当する介護支援専門員に提供する。

(Ⅱ) 栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、担当する介護支援専門員に提供する。

④ 生活行為向上リハビリテーション実施加算/月  
開始月から6月以内 599円 □

専門的な知識、経験を有す作業療法士、研修を終了した理学療法士等が配置され、生活行為の充実を図るための目標やリハビリテーションの実施頻度、実施場所等をリハビリテーション計画書に定めて提供し、実施期間中及び提供終了日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し達成状況を報告する。事業所の医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士等が利用者の居宅に訪問し生活行為の評価を1月に1回以上実施し、リハビリテーションマネジメント加算(A)(B)のいずれかを算定している場合に加算します。

⑤ 口腔機能向上加算(Ⅰ)/月に2回を限度 160円 □  
(Ⅱ)/月に2回を限度 171円 □

(Ⅰ) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置し、利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。

利用者ごとの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職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口

腔機能を定期的に記録し、口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価する。

※ 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定可（ただし、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定可）

(II) (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、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必要な情報を活用した場合に加算します。

⑥ 科学的介護推進体制加算／月 43円 □  
 LIFE へのデータ提出頻度について、他の LIFE 関連加算と合わせ、少なくとも「3月に1回」に見直す。

その他、LIFE 関連加算に共通した見直しを実施

⑦ 若年性認知症利用者受入加算／月 256円 □  
 若年性認知症の利用者ごとに個別担当者を定めている場合に加算します。

⑧ 利用を開始した月から12月を超えた場合に減算する。／日  
 利用開始日の属する月から12月を超えて介護予防通所（訪問）リハビリテーションを行う場合の減算を行わない基準  
 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直し、利用者ごとのリハビリテーション計画書等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場合

減算なし □

要件を満たさない場合は減算 要支援1 128円 □

要支援2 255円 □

⑨ 退院時共同指導加算／1回限り 640円 □  
 病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

⑩ サービス提供体制強化加算（I）／月 要支援1 94円 □  
要支援2 188円 □

介護職員総数のうち介護福祉士が70%以上もしくは、勤続10年以上の介護福祉士25%以上を満たしている場合に加算します。

⑪ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定

上記①から⑨の金額につきましては、算定対象となるものならないものがありますので、詳しくは担当相談員にお問い合わせ下さい。

## 2 保険対象外の費用

- ① 食費 昼食 550 円・おやつ 100 円・夕食 600 円
- ② 日常生活品費／1 日 50 円  
ボディソープ、シャンプー、リンス、ティッシュペーパー、歯ブラシ、ヒゲソリ、タオルやおしぼり等の費用であり、事業所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。  
(日常生活品費をいただく場合は「個別費用に関する同意書」に同意をいただいた場合にお支払いいただきます。)
- ③ 教養娯楽費 実費  
倶楽部やレクリエーションで使用する、折り紙、粘土等の材料費、また、外出にて観劇等の費用や講師を招いて実施するレクリエーションの費用で参加された場合にお支払いいただきます。
- ④ 理美容代(税込) 3,000 円  
理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。  
※サービス提供時間外での対応となります。
- ⑤ 健康管理費 1 回接種毎 3,000 円  
インフルエンザ予防接種に係る費用でワクチンの予防接種を希望された場合にお支払いいただきます。  
※サービス提供時間外での対応となります。  
(年齢又は、市町村への申請により接種費用が減額する場合があります)
- ⑥ おむつ代(税込) パット 52 円、リハビリパツ S 120 円、M180 円、L 230 円／枚  
利用者の身体の状態により、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。(持ち込み可能です。)
- ⑦ 文書料(税込)
- |             |         |
|-------------|---------|
| ・診断書料(枚)    | 1,100 円 |
| ・領収書再発行料(枚) | 220 円   |
| ・個人情報開示文書料  | 3,300 円 |
- ⑧ その他必要になる物については実費での請求になります。

## 3 支払方法

- ・お支払い方法は、原則口座引き落としとなりますが、何らかの事情により口座引き落としが出来ない場合などは事務員又は、担当相談員にご相談下さい。
- ・毎月 15 日頃に、前月分の請求書を発行し、その月の 27 日(休日の場合は金融機関の翌営業日)にお届けの金融機関より引き落としさせていただきます。
- ・引き落とし確認後、領収書を発行し、次月の請求書の同封いたします。

介護老人保健施設やすらぎの介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、豊中市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例に基づいて、介護老人保健施設介護予防通所リハビリテーション利用約款を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受けました。

令和 年 月 日

<利用者もしくは代理人>

※ 本人が記載することが出来ない場合に、代筆される方がご記載下さい。

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 [ 続柄 \_\_\_\_\_ ]

施設名 医療法人 豊済会 介護老人保健施設 やすらぎ