

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

利用契約書及び 重要事項説明書

学校法人 福岡学園 介護老人保健施設

サンシャイン シティ

〒814-0193 福岡市早良区田村二丁目15番1号

TEL.092-801-0539 FAX.092-801-0572

介護老人保健施設 通所リハビリテーション等利用契約書

(契約の目的)

第1条 介護老人保健施設サンシャイン シティ(以下「当施設」という。)は、要支援又は要介護状態と認定された利用者(以下「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で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及び介護予防通所リハビリテーション(以下「通所リハビリテーション等」という。)を提供し、一方、利用者又は利用者の身元引受人は、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、この契約の目的とします。

(契約期間)

第2条 本契約は、利用者が通所リハビリテーション等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、利用者の身元引受人に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、本契約書及び重要事項説明書の改定が行なわれないう限り、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等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 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。

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、利用者が本契約上当施設に対して負担する一切の債務を極度額20万円の範囲内で、利用者及び連帯保証人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。

5 身元引受人の請求があったときは、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。

6 利用者が連帯保証人の設定が困難な場合は利用者の経済状況等を勘案の上、連帯保証人を省略できる場合があります。

7 身元引受人がいない場合で、身元保証会社を引受人とする申し出があった場合は、身元保証会社の信頼性を検討の上、身元引受人と認める場合があります。

(利用者からの解除)

第4条 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、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等利用を解除・終了することができます。なお、この場合、利用者及び身元引受人は、1週間の予告期間をもって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。

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。

3 利用者又は身元引受人が正当な理由なく、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、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。

(当施設からの解除)

第5条 当施設は、やむを得ない事情がある場合、利用者及び身元引受人に対し、契約満了の日の1ヶ月前までに文書にて通知することにより、この契約を解約することができます。

ただし、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等サービスの利用を解除・終了することがあります。

- 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 利用者及び身元引受人が、本契約書に定める利用料金を2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
- ④ 利用者の病状及び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等サービスの提供を超えると判断された場合
- ⑤ 利用者が、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。

(契約の終了)

第6条 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が他施設に入所または病院、診療所に入院した場合
- ② 利用者の要介護認定区分が自立と認定され、直近の要介護認定の有効期間が満了したとき
- ③ 利用者が死亡したとき

(利用料金)

- 第7条 利用者、身元引受人及び連帯保証人は、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等サービスの対価として、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、利用料金のうち関係法令に基づいて決められたものは、契約期間中にこれが変更になった場合、関係法令に従って改定後の利用料金が適用されます。
- 2 当施設が介護保険の適用を受けないその他の費用の変更をしようとする場合には、新たな料金に基づく重要事項説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。
 - 3 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15日までに送付し、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末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。
 - 4 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が指定する送付先に対して、領収書を送付します。
 - 5 利用者は、介護保険料を滞納した場合、居宅サービス費(10割)を施設に支払います。

(記録)

- 第8条 当施設は、利用者の通所リハビリテーション等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、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。

(身体拘束等)

- 第9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、管理者が判断し、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。

(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の親族に関する個人情報の利用目的を別紙のとおり定め、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(地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕)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。

(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、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に対し、緊急に連絡します。
- 3 当施設は、利用者に対する所定のサービスの提供により事故が発生した場合は、関係の市町村、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、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

(非常災害対策)

第12条 当施設は、災害防止と利用者の安全を図るため、別に定める防災に関する規程に基づき、防火管理者及び消防計画を定め、常に利用者の安全確保に努めるとともに、非常災害に備えるため、所轄消防機関と連絡を密にして、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

(要望又は苦情等の申出)

第13条 利用者及び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等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ます。また、備え付けの用紙を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。

【利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要一別紙参照】

(賠償責任)

第14条 通所リハビリテーション等の提供に伴って、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、身元引受人、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。

(利用契約に定めのない事項)

第15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。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は事業所名	介護老人保健施設『サンシャイン シティ』
提供するサービス種類	介護老人保健施設 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護 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

措 置 の 概 要

1. 利用者からの相談・苦情及び高齢者虐待等に対応する、常設の窓口(連絡先)及び担当者の設置

① 相談・苦情及び高齢者虐待等の情報に対する常設の窓口として、相談担当者を置いている。

また、担当者が不在の時は、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継いでいる。

(電話番号) 092-801-0539 (FAX) 092-801-0572

(担当者) 介護老人保健施設『サンシャイン シティ』

相談担当者：支援相談員 小川美佐子

② 上記相談窓口及び処理体制等については施設内に掲示するとともに、サービス利用開始の際にサービス重要事項説明書及び利用契約書の中で十分に家族に説明し、周知を図っている。

③ 上記以外に意見箱をロビーに常設し、いつでも家族の生の声を吸収できるように心がけている。

2. 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

① 苦情があった場合は、ただちに支援相談員は施設長に報告する。

また、支援相談員は、状況をよく理解した上で相手方に連絡し、詳しい事情を聞くとともに、担当者から事情を確認する。

施設長は、家族が指摘する問題点や苦情の核心をよく把握し、必要に応じて施設運営委員会を召集してその対応を協議する。

施設長は総合的な判断の上、家族への謝罪等、具体的な行動を早急に行う。

② 状況に応じて施設長は安全対策委員会を召集し、事故時の詳細な図面・状況報告を基にして、よりの確な対応に努める。

③ 事後報告を施設長は各所属の長を通じて各部署に伝達するとともに、介護長は朝礼、集礼の場で再発防止を促す。

3. 相談・苦情等に対する公的機関の窓口

・早良区保健福祉センター 福祉・介護保険課 (AM 9:00~PM 5:00)	所在地 福岡市早良区百道2-1-1 電話番号 092 (833) 4355
・西 区保健福祉センター 福祉・介護保険課 (AM 9:00~PM 5:00)	所在地 福岡市西区内浜1-4-1 電話番号 092 (895) 7066
・城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課 (AM 9:00~PM 5:00)	所在地 福岡市城南区鳥飼6-1-1 電話番号 092 (833) 4105
・中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課 (AM 9:00~PM 5:00)	所在地 福岡市中央区大名2-5-31 電話番号 092 (718) 1102
・東 区保健福祉センター 福祉・介護保険課 (AM 9:00~PM 5:00)	所在地 福岡市東区箱崎2-54-1 電話番号 092 (645) 1069
・福岡県国民健康保険団体連合会 (国保連) (AM 8:30~PM 5:00)	所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 092 (642) 7859
・社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 福岡県運営適正化委員会 (AM 9:00~PM 5:00)	所在地 春日市原町3-1-7クローバープラザ4階 電話番号 092 (915) 3511 F A X 092 (584) 3790

4. 高齢者虐待等に対する公的機関の窓口

・福岡市役所福祉局 高齢社会部事業者指導課 (AM 9:00~PM 5:00)	所在地 福岡市中央区天神一丁目8番1号 電話番号 092 (711) 4319 F A X 092 (726) 3328
---	--

5. その他参考事項

① 普段から苦情が出ないようなサービス提供を心がけている。

(毎日の朝礼や申し送りの中で問題点を抽出し、再発防止に努める。)

② 損害賠償請求については、介護老人保健施設総合補償保険に加入し、真摯な対応を行う。

以 上

サンシャイン シティ重要事項説明書（通所）

1. 施設の概要

施設の名称 : 介護老人保健施設「サンシャイン シティ」
施設の所在地 : 福岡市早良区田村二丁目15番1号
電話番号 : 092(801)0539
FAX番号 : 092(801)0572
管理者 : 施設長 岡田 賢司
介護保険指定番号 : 介護老人保健施設 4051180208号

2. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類 :

(1) 施設サービス（85床）

病状が安定している方のために、リハビリや看護・介護といったケアサービスを行い、利用者の自立とご家庭に復帰するためのお手伝いをいたします。

(2) 居宅サービス

《短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（入所定員に含む）》

ご家族の方が急な用事などで一時的に介護が出来ない場合、短い期間でご利用いただく施設サービスです。

《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（40人）》

ご家庭で療養されている方に通っていただき、リハビリテーション・入浴・食事・レクリエーション等で、在宅療養を支援いたします。

3. 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設とは、病状が安定していて、リハビリや看護・介護を必要とする方が入所される場所で、自宅に復帰するための施設と位置づけられ、医療的なケアと生活サービスの両方を提供することで、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・介護予防短期入所療養介護や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、ご理解いただいた上でご利用ください。

私たちは、笑顔・優しさ・思いやりをモットーに、入所された方に降りそそぐ太陽の光であることを目指します。その上で、ご家庭と協力しながら家庭復帰のお手伝いをさせていただきます。

4. サンシャインシティの運営理念

ここ、サンシャインシティは、病状が落ち着いても、まだ、リハビリや看護・介護が必要な方のための施設です。ご利用いただく方の「その時、その時」を大切に、身体と心の安らぎをはかります。

5. サービスの提供体制

サービスの提供時間

- ・ 5時間から6時間

上記のサービスを10時から15時30分の間に提供いたします。

なお、この時間には送迎時間は含まれません。

営業日：月・火・水・木・金・土曜日

休業日：日曜日、祝祭日、8月13日～8月15日、12月31日～1月3日

6. 職員体制（通所サービスに係る職員）

従業員の職種	員数	区 分				保有資格
		常 勤		非 常 勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
施設長	1		1			医師 看護師・准看護師 介護福祉士等
看護職員	2	1	1			
介護職員	7	7				
理学・作業療法士 言語聴覚士	5		4		1	
支援相談員	1		1			
介護支援専門員	1		1			
歯科衛生士	1		1			
管理栄養士	1		1			
事務職員	3		2		1	

7. 職員の勤務体制（通所サービスに係る職員）

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
施設長（医師）	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）兼務で勤務	4週8休
看・介護職員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）常勤で勤務	4週8休
理学・作業療法士	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）兼務で勤務	4週8休
支援相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）兼務で勤務	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）兼務で勤務	4週8休
歯科衛生士	兼務職員1名で対応します。	4週8休
管理栄養士	兼務職員1名と委託業者で対応します。	4週8休
事務職員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）兼務で勤務	4週8休
その他	車両の運転及び清掃等は外部委託で対応することがあります。	

8. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の提供は、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ 出来たての温度で配膳できるようにしております。 ・ 食事は可能な限り食堂で召し上がっていただけるように配慮します。 (食事時間) 昼 食 12:00～13:00 おやつ 15:00～15:30
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうと共に、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴については、通所リハビリテーション等専用の浴室を毎日ご利用になれます。 ・ 必要に応じて、特殊浴槽を用いての入浴もいたします。
整 容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助します。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 理学・作業療法士による利用者の状況に適合したリハビリテーション実施計画書に基づく機能訓練を行ない、身体機能の低下、認知症の進行の防止に努めます。
医学的管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師により、診察日を設けて、健康管理に努めます。 ・ また、緊急等必要な場合には主治医、あるいは協力病院等に責任をもって引き継ぎます。 (当施設の常勤医師) 氏 名 岡田 賢司 (施設長)
看護・介護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師により、利用者の状態に照らして適切な看護を行ないます。 また、介護については、通所リハビリサービス計画に基づいて計画的に実施されます。 ・ 集団活動、小集団活動、担当制など、さまざまなアプローチを通じての看護・介護に専念いたします。
相談援助サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設は、利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行なうよう努めます。 ・ 利用者の通所リハビリサービス計画が作成されるまでの間についても、当然利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるように、適切な各種介護サービスを提供します。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設では必要な教養・娯楽設備を整えるとともに、適宜季節感のあるレクリエーション行事を企画します。 ・ 施設内外活動等を実施いたします。 ・ 主なレクリエーション行事については事務室にお尋ね下さい。

9. 利用者負担金（日額）

お支払いいただく利用者負担金は次のとおりです。

(1) 通所リハビリテーション法定給付(基本報酬)(A)

通所リハビリテーション費 (10割)		備考 (計算欄)
5時間～6時間		
要介護度1	622単位	
要介護度2	738単位	
要介護度3	852単位	
要介護度4	987単位	
要介護度5	1120単位	
法定給付(基本報酬)合計(A)		単位

※ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が、制度上の支給限度額を超える居宅サービス計画を作成する際には、介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。）は、別途超過料金を徴収させていただきます。

(2) 通所リハビリテーションその他の加算(B)

加算内容	加算単位	備考
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位	1回につき
リハビリテーション提供体制加算	20単位	1回につき(5時間以上6時間未満)
入浴介助加算Ⅰ	40単位	1日につき
入浴介助加算Ⅱ	60単位	1日につき
若年性認知症利用者受入加算	60単位	1日につき(第2号被保険者対象)
栄養アセスメント加算	50単位	1月につき
栄養改善加算	200単位	月2回まで。原則3か月
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20単位	1回につき(6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5単位	1回につき(6月に1回を限度)
口腔機能向上加算Ⅰ	150単位	月2回まで。原則3か月
口腔機能向上加算Ⅱイ	155単位	月2回まで。原則3か月
口腔機能向上加算Ⅱロ	160単位	月2回まで。原則3か月
退院時共同指導加算	600単位	退院時1回限り
リハビリマネジメント加算イ	560単位	同意日の属する月から6月以内1月につき
リハビリマネジメント加算イ	240単位	6ヶ月超1月につき
リハビリマネジメント加算ロ	593単位	同意日の属する月から6ヶ月超1月につき
リハビリマネジメント加算ロ	273単位	6ヶ月超1月につき
リハビリマネジメント加算ハ	793単位	同意日の属する月から6ヶ月超1月につき
リハビリマネジメント加算ハ	473単位	6ヶ月超1月につき
リハビリマネジメント加算	270単位	1月につき(医師が説明を行った場合)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位	1日につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位	1日につき
短期集中個別リハビリテーション実施加算(3月以内)	110単位	退院・退所後又は認定日から起算して3ヵ月以内1日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ(3月以内)	240単位	1週間に2日を限度として個別リハビリを実施すること
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ(3月以内)	1920単位	月1回(1月に4回以上リハビリを実施すること)
重度療養管理加算(1日につき)	100単位	1日につき 要介護度3.4.5の方のリハビリ実施
中重ケア体制加算(1日につき)	20単位	1日につき
科学的介護推進体制加算	40単位	1月につき
生活向上リハビリテーション実施加算(開始日から6月以内)	1250単位	1月につき
移行支援加算	12単位	1日につき
介護職員処遇改善加算Ⅰ	各人の1月に係る所定単位数×86/1000相当が加算されます	
その他の加算合計(B)		単位

※ 事業所が送迎を行わない場合、片道につき47単位を所定単位数から減額になります。

※ 新型コロナウイルス感染症又は災害の影響により、利用者数が5%以上減少した場合、法定給付(基本報酬)の3%加算します。(最大12ヶ月)

(3) 介護予防通所リハビリテーション費法定給付(基本報酬)(C)

通所リハビリテーション費 (10割)		備考(計算欄)
要支援1	2268単位	月額(12月以内)
要支援2	4228単位	月額(12月以内)
法定給付合計(C)		単位

※ 介護予防通所リハビリテーション費は月額となります。

(4) 介護予防通所リハビリテーション費その他の加算(D)

加算内容	加算単位	備考
サービス提供 要支援Ⅰ	88単位	月額
体制強化加算Ⅰ 要支援Ⅱ	176単位	月額
栄養改善加算	200単位	月額
栄養アセスメント加算	50単位	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20単位	1回につき(6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5単位	1回につき(6月に1回を限度)
口腔機能向上加算Ⅰ	150単位	月2回まで。原則3か月
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位	月2回まで。原則3か月
予防通所リハ一体的サービス提供加算	480単位	1月につき
予防通所リハ退院時共同指導加算	600単位	1回につき
予防通所リハ12月超減算1	-120単位	1月につき
予防通所リハ12月超減算2	-240単位	1月につき
科学的介護推進体制加算	40単位	1月につき
介護職員処遇改善加算Ⅰ	各人の1月に係る所定単位数×86/1000相当が加算されます	
その他の加算合計(D)		単位

(5) 一日当たりの食費(E)

区分	利用者負担金	内容
食費	500円	おやつ代を含む

(6) 利用者の選定により提供するもの (E)

区 分	利 用 者 負 担 金 等	
日常生活費(一日当たり)	100円	歯ブラシ・義歯・眼鏡等の洗浄、化粧水・乳液等の皮膚保護剤、入浴・洗濯用衣類袋
教養娯楽費(一日当たり)	100円	趣味の作品製作及び行事の材料費
文書料等	・診断書・証明書等、各種文書料の詳細についてはお問い合わせ下さい。	
クラブ活動費	・施設内におけるクラブ活動等で発生する費用。	
理・美容代	・当施設では、理髪・美容のサービスが受けられます。料金は別途必要です。	
レクリエーション費	・上記以外での大規模な行事、その他で発生する費用。	
おむつ代等	・通所時に発生するおむつ代、おむつカバー代。	
そ の 他	・上記以外の費用につきましても、随時利用者やご家族の皆様のご了解を得た上で対応させていただきます。	

※ 単位計算は、地域加算（5級地）として、1単位＝10.55円の基準で算定されます。

※ 自己負担金は、法定給付及び該当するその他の加算合計単位数に地域加算を乗じた料金の1割に、食費及び利用者の選定により提供する費用が加算されます。

※ 端数計算により、若干相違する場合があります。

(7) 利用者負担金の支払い方法

上記利用者負担金の支払い方法は、翌月15日までに月単位で請求しますので、次のいずれかの方法により、前月の負担金を翌月末日までにお支払いいただきますようお願いいたします。

ア 現金払い [月曜日から金曜日(祝祭日を除く)に1階受付にて定められた期間内にお支払い願います。]

イ 銀行振込み (手数料は利用者負担となります。)

(振込先) ・福岡銀行 本店 <普通預金口座> 561255

・西日本シティ銀行 福岡支店 <普通預金口座> 30732

(口座名義) 学校法人 福岡学園

ウ 口座引き落とし (手数料は不要となります。)

・福岡銀行

・西日本シティ銀行

エ クレジットカード [月曜日から金曜日(祝祭日を除く)のみ使用できます。]

(8) 領収書の発行

事業者は、利用者から支払いを受けたときは、利用者に対し、領収書を発行します。

(9) サービス提供証明書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受け利用者から求められた時は、利用者に対し提供した介護老人保健施設サービスの内容、利用単位、費用等を記載したサービス提供証明書を交付します。

10. 要望及び苦情及び高齢者虐待等の相談

当施設には、利用者及び扶養者の方の要望や苦情及び高齢者虐待等の相談に迅速・適切に対応するための窓口を設置しておりますので、支援相談員までお気軽にご相談下さい。

施設受付 (電話番号) 092-801-0539

公的機関の窓口

★ 苦情等の申し出ができます。

早良区保健福祉センター 福祉・介護保険課 (AM 9:00～PM 5:00)	所在地 福岡市早良区百道2-1-1 電話番号 092 (833) 4355
西区保健福祉センター 福祉・介護保険課 (AM 9:00～PM 5:00)	所在地 福岡市西区内浜1-4-1 電話番号 092 (895) 7066
城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課 (AM 9:00～PM 5:00)	所在地 福岡市城南区烏飼6-1-1 電話番号 092 (833) 4105
中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課 (AM 9:00～PM 5:00)	所在地 福岡市中央区2-5-31 電話番号 092 (718) 1102
福岡県国民健康保険団体連合会 (国保連) (AM 8:30～PM 5:00)	所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 092 (642) 7859
社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 福岡県運営適正化委員会 (AM 9:00～PM 5:30)	所在地 春日市原町3-1-7カローパ・フサ 4階 電話番号 092 (915) 3511

★ 高齢者虐待等の申し出ができます。

福岡市役所福祉局高齢社会部事業者指導課 (AM 9:00～PM 5:00)	所在地 福岡市中央区天神一丁目8番1号 電話番号 092 (711) 4319
--	--

1 1. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

日常・生活	管理者の定める日課に基づいて、相互の友愛と親和を保ちつつ、職員の指導の下、心身の安定と回復に努めていただくようお願い申し上げます。
喫煙・飲酒	施設内の喫煙はお断りしています。飲酒は原則として禁止とさせていただきます。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにして下さい。認知症による徘徊等がある場合はスタッフにて対応させていただきます。
所持品の管理	所持品については原則自己管理となります。しかし、利用者の方々の症状に従って、トラブルを未然に防ぐためのサポートをさせていただきます。また、発火の恐れのあるものは施設内に持ち込まないようお願いいたします。
現金等の管理	利用者の方の現金は一切お預かりしておりません。ただし、現金所持が介護上精神的に好結果をもたらすと判断した場合は、最低限の金品を所持していただくこともございます。ただし、紛失等の責任は負いかねますのでご了承下さい。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
非常災害対策	防災設備は、スプリンクラー、消火器、消火栓等を設置しています。防災訓練として、消火・通報・避難訓練等を年2回実施しています。訓練及び有事の際は、職員の指示に従っていただきます。
教育・実習施設	本施設は、介護を学ぶ学生の教育・実習施設となっています。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日

通所リハビリテーション等サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基
づいて、重要な事項を説明しました。

<説明者>

印

介護・診療情報の提供及び個人情報の保護に関するお知らせ

当施設は、利用者の皆様への説明と納得に基づくサービス提供(インフォームド・コンセント)及び個人情報の保護に取り組んでおります。

介護・診療情報の提供

- ◆ ご自身の症状やケアについて質問や不安がおありになる場合は、直接、医師、看護師または支援相談員に質問し、説明を受けてください。

介護・診療情報の開示

- ◆ ご自身の介護・診療記録の閲覧や謄写をご希望の場合は、医師または支援相談員に開示をお申し出ください。

個人情報の内容訂正・利用停止

- ◆ 個人情報とは、氏名、住所等の特定の個人を識別できる情報を言います。
- ◆ 当施設が保有する個人情報(介護・診療記録等)が事実と異なるとお考えになる場合は、内容の訂正・利用停止を求めることができます。職員にお申し出ください。調査の上、対応いたします。

個人情報の利用目的

- ◆ 個人情報は以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて利用いたしません。
- ◆ サービス提供のために利用する他、施設運営、教育・研修、行政命令の遵守、他の医療・介護・福祉施設との連携等のために個人情報を利用することがあります。また、外部機関による施設評価、学会や出版物等で個人名が特定されない形で報告することがあります。
- ◆ 当施設は介護を学ぶ学生等の教育・実習施設となっており、研修・養成の目的で学生等が診療、看護、介護などに同席する場合があります。

ご希望の確認と変更

- ◆ 入所予定の変更、介護給付・保険証等の確認等、緊急性を認めた内容について、利用者ご本人に連絡する場合があります。ただし、事前に受付までお申し出があった場合は連絡いたしません。
- ◆ 事故防止や安全確保のため居室入口・ベッドサイドに名札を掲示しています。氏名の掲示を望まない場合にはお申し出ください。
- ◆ 電話による取り次ぎ、電話あるいは面会者から入所中であるかの問い合わせがあった場合は、その事実をお伝えいたします。取り次ぎや問い合わせへの回答を望まない場合には、お申し出ください。
- ◆ 一度出されたご希望はいつでも変更することが可能です。お気軽にお申し出ください。

相談窓口

- ◆ ご質問やご相談は、介護長または以下の個人情報保護相談窓口をご利用ください。
個人情報保護相談窓口：支援相談員(小川 美佐子)

令和6年4月1日

学校法人 福岡学園
介護老人保健施設 サンシャインシテイ
施設長 岡田 賢司

個人情報の利用目的

介護老人保健施設サンシャインシティでは、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。

当施設は、学校法人福岡学園が設置した介護老人保健施設であり、介護を学ぶ学生の教育・実習施設となっておりますので、皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

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

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ◎ 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ・ 医療機関・介護関係事業者等との連携、照会への回答
 - ・ 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
 - ・ 検体検査業務の委託その他の業務委託
 - ・ 家族等への心身の状況説明
- ◎ 介護保険事務のうち
 - ・ 保険事務の委託
 - ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ・ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ◎ 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

【上記以外の利用目的】

〔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
 - ・ 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ・ 当施設において行われる学生等の実習への協力
 - ・ 当施設において行われる事例研究発表等
 - ・ 業務改善等のためのアンケート、利用者等への季節の挨拶、広報誌の掲載・郵送

〔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
 - ・ 学校法人福岡学園が設置する大学・短大への協力
 - ・ 施設業務の質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等
 - ・ 外部監査機関等への情報提供

- 上記のうち、同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。
- お申し出がないものについては同意していただい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、変更等を行うことができます。

個人情報に関する同意書

学校法人 福岡学園
介護老人保健施設 サンシャインシティ
施設長 殿

学校法人福岡学園介護老人保健施設サンシャインシティが、業務上知り得た「私ならびに私の家族の個人情報」の取り扱いについて、医療上の必要が生じた場合の医療機関や、居宅介護支援事業者への情報提供など、正当な理由がある場合は、下記の医療機関等に対して、その情報を用いること及び必要な情報を提供することに同意します。

記

○ 協力医療機関

福岡歯科大学医科歯科総合病院

医療法人涪江堂油山病院

医療法人福西会福西会病院

医療法人西福岡病院

社会医療法人財団白十字会白十字病院

医療法人財団華林会村上華林堂病院

○ 他の医療機関

○ 居宅介護支援事業者

○ 地域包括支援センター

○ 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

○ 介護老人保健施設

○ 他の介護保険事業者等

令和 年 月 日

(1) <利用者>

氏 名 _____ (印)

(代理人 _____ (印) 続柄 _____)

(2) <ご家族>

氏 名 _____ (印) 続柄 _____

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

介護老人保健施設サンシャイン シティを利用するにあたり、重要事項説明書及び利用契約書の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

(1) <利用者>

住 所 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 ー ー _____

(2) <身元引受人> 利用者との関係()

住 所 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 ー ー _____

(3) <連帯保証人> 利用者との関係()

住 所 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 ー ー _____

<管理者>

住 所 福岡市早良区田村二丁目15番1号
事業者名 介護老人保健施設 サンシャイン シティ
管理者名 岡 田 賢 司
電話番号 092-801-0539

【利用者負担金の請求明細書の送付先】

内に上記の番号をご記入下さい。

【緊急時の連絡先1】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

【緊急時の連絡先2】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	