

通所リハビリテーション利用重要事項説明書
(令和6年8月1日現在)

医療法人社団 敬徳会
介護老人保健施設 のぞみ

通所リハビリテーション（介護予防を含む。）利用重要事項説明書

（重要事項説明書の目的）

第1条 介護老人保健施設 **のぞみ**（以下「当施設」）は、要支援状態又は要介護状態と認定された利用者（以下単に「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、通所リハビリテーションサービス（介護予防含む。）を提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」）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、その趣旨とします。

（適用期間）

第2条 本重要事項説明書は、利用者が施設利用契約書を当施設に提出したときから効力を有します。但し、扶養者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、本重要事項説明書、別記1・2・3の改定が行われない限り初回利用時の契約内容をもって、繰り返し当施設の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。

（利用料金）

第3条 利用者及び扶養者は連帯して、当施設に対し本重要事項説明書に基づく通所リハビリテーション利用の対価として、別記3の利用単位ごとの料金をもとに計算された月毎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、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

2. 当施設は、利用者に対し、毎月末日締め料金の合計額の請求書ができ次第、直近の利用日に渡します。利用者及び扶養者は、連帯して当施設に対し、当該合計額を次回もしくはその次の利用日までに支払うものとします。
3. 当施設は、利用者又は扶養者から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び扶養者に対して、領収書を発行します。

（記録）

第4条 当施設は、利用者の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。

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、これに応じます。但し、扶養者そのほかの者（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。
3. 当施設は、前項の閲覧、謄写を請求する者から個人情報開示請求書の提出を受け、委員会にて検討を行い、開示の可否について原則的に10日以内に回答書にて対応を通知します。この取り扱いは個人情報の開示等に関する規定（内部規定）に別に定めます。

（緊急時の対応）

第5条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により受診が必要と認める場合、主治医又は、協力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、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（個人情報記録に記入いただいた連絡先）に、緊急に連絡します。

（要望又は苦情等の届出）

第6条 利用者及び扶養者は、当施設の提供する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、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。

（その他）

第7条 本重要事項説明書及び利用契約書に定めのない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は扶養者と当施設が誠意をもって協議して定めるところとします。

<別記1> 介護老人保健施設のぞみ ご案内

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設名称	介護老人保健施設 のぞみ
開設年月日	平成9年7月23日
所在地	千葉県四街道市大日1685-10
電話番号	043-421-6868
ファックス番号	043-421-6565
代表者理事長	宋 志鎬
介護保険指定番号	1254480018

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設とは、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施設サービスを提供することで、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、短期入所療養介護や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。

(3) 職員体制

職種	常勤	非常勤	夜間	職種	常勤	非常勤	夜間
医師	1	0.4		言語聴覚士			
看護職員	8	2.4	1	管理栄養士	1		
介護職員	23	4	3	介護支援専門員	2		
薬剤師		委託		歯科衛生士			
支援相談員	2			調理員	6	10	
理学療法士	3			事務職員	4		
作業療法士	4			その他	8	16	

※ 上記職員体制のうち、通所リハビリテーション（介護予防含む）に従事する理学療法士・作業療法士は、2名以上配置しております。

(4) 入所定員 104名（個室 8室・四人部屋 24室）

(5) 通所定員 50名（一般35名 予防15名）

2. サービス内容

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
- ② 昼食 11時30分～（食事は原則としてダイニングでおとりいただきます）
注）サービス内容によっては、提供できないことがあります。
- ③ 入浴 一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には車椅子型入浴装置で対応します。
但し、利用者の身体の状態に応じてシャワー浴となる場合があります。
注）サービス内容によっては、提供できないことがあります。
- ④ 介護
- ⑤ 口腔ケア 看護・介護職員等により食後等を実施します。
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、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

3. 協力医療機関

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、速やかに対応をいたします。

□ 協力医療機関

名称 医療法人社団愛信会 佐倉中央病院
住所 佐倉市栄町20-4
電話 043-486-1311

名称 医療法人社団思誠会 勝田台病院
住所 八千代市勝田台622-2
電話 047-482-3020

名称 医療法人徳洲会 四街道徳洲会病院
住所 四街道市吉岡1831-1
電話 043-214-0229

名称 医療法人社団威風会 栗山中央病院
住所 四街道市栗山906-1
電話 043-421-0007

4. 施設利用に当たっての留意事項

- 飲酒・喫煙 館内での飲酒、喫煙は禁止いたします。
- 火気の取扱い 火気の手扱いは厳禁といたします。
- 設備・備品等の持ち込み 日常生活に必要となる備品等をご用意いたします。共用となりますので大切にお取り扱い下さい。
- 所持品の持ち込み 貴重品や現金など（換金性のあるものを含む）は原則持ち込み禁止とし、やむを得ない場合は自己の責任において、管理をお願いします。紛失等があった場合の責任は一切負いかねますので予めご了承ください。
- ペットの持ち込み 衛生管理上、ペットの持ち込みはご遠慮ください。
- 協力義務について 利用者と代理人は、適切に施設サービスを利用できるよう扶養者間での情報共有や、速やかに連絡のとれる体制に協力する事とします。

5. 非常災害対策

防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓
防災訓練 年2回

6. 禁止事項

当施設では、安心して通所リハビリテーションをご利用いただくために、利用者の「営利行為、宗教や保険などの勧誘活動、特定の政治活動」は禁止します。

7. 要望及び苦情等の相談

要望や苦情などは、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。1階に備え付けられた「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。

（第三者評価は行っておりません）

電話番号 043-421-6868

その他の相談窓口

四街道市	高齢者支援課	043-388-8300
佐倉市	高齢者福祉課	043-486-2503
千葉市	介護保険課	043-245-5063
八千代市	長寿支援課	047-483-1151
千葉県国民健康保険団体連合会		043-254-7428

8. 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。

<別記2> 通所リハビリテーションについて

1. 介護保険被保険者証・負担割合証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険被保険者証及び負担割合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についての概要

通所リハビリテーションについては、要介護者及び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、日常動作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など、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し、同意をいただきます。

<別記3> 利用料金について（事業所規模 大規模 地域区分：5級地1単位10.55円）

1. 通所リハビリテーション利用料金

所要時間	6時間以上7時間未満
要介護1	715単位
要介護2	850単位
要介護3	981単位
要介護4	1,137単位
要介護5	1,290単位

※送迎は基本料金に含まれています。利用者に対して、その居宅と通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算します。自ら所有している車両・自ら契約を交わした車両などを使用することは差し支えないものとします。但し、事故などのトラブルが発生した場合は、責任を負いかねます。

① 入浴加算

40単位/日

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。

② リハビリテーションマネジメント加算イ

（介護予防半日通所リハビリテーション含む）

開始月から6月以内	560単位/月
開始月から6月超	240単位/月

③ リハビリテーションマネジメント加算ロ

（介護予防半日通所リハビリテーション含む）

開始月から6月以内	593単位/月
開始月から6月超	273単位/月

事業所の医師又は、医師の指示を受けた理学療法士などが、通所リハビリの計画を説明し、同意を得ます。6月以内は月に1回以上、6月以降は3月に1回以上リハビリテーション会議を開催します。口は計画書などの内容などを厚生労働省に提出します。

- ④ 科学的介護推進体制加算 40 単位/月（介護予防半日通所リハビリテーション含む）
- ⑤ 退院時共同指導加算 600 単位/回（介護予防半日通所リハビリテーション含む）
- ⑥ 短期集中リハビリテーション実施加算 110 単位/日
老人保健施設・病院等を退所・退院した日、又は認定日より起算して、3ヶ月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合加算します。
- ⑦ 重度療養管理加算 100 単位/日
要介護度3、要介護度4又は5であって、手厚い医療が必要な状態にある方が対象となります。
- ⑧ サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18 単位/日
介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上である場合に加算します。（介護予防半日通所リハビリテーション含む）
- ⑨ リハビリテーション提供体制加算
- | | |
|---------|-----------------|
| 12 単位/日 | （3 時間以上 4 時間未満） |
| 16 単位/日 | （4 時間以上 5 時間未満） |
| 20 単位/日 | （5 時間以上 6 時間未満） |
| 24 単位/日 | （6 時間以上 7 時間未満） |
| 28 単位/日 | （7 時間以上） |
- ⑩ 介護職員処遇改善加算Ⅰ 8.6% （介護予防半日通所リハビリテーション含む）

2. 介護予防半日通所リハビリテーション利用料金

所要時間	2 時間以上 3 時間未満
要介護 1	3 8 3 単位
要介護 2	4 3 9 単位
要介護 3	4 9 8 単位
要介護 4	5 5 5 単位
要介護 5	6 1 2 単位

※送迎は基本料金に含まれています。利用者に対して、その居宅と通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算します。自ら所有している車両・自ら契約を交わした車両などを使用することは差し支えないものとします。また、希望により徒歩にて施設を利用することも差し支えないものとします。但し、事故などのトラブルが発生した場合は、責任を負いかねます。

要支援 1 2,268 単位（1ヵ月定額）利用目安 1 回/週程度
要支援 2 4,228 単位（1ヵ月定額）利用目安 2 回/週程度

※送迎は基本料金に含まれています。

利用開始月から起算して12ヶ月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行う場合、3月に1回以上のリハビリテーション会議を行い、評価・状態変化に応じた見直しを行います。

リハビリテーション会議を行わない合には、（要支援 1 120 単位/月
要支援 2 240 単位/月）の減算があります。

① サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

要支援 1

72 単位/月

要支援 2

144 単位/月

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50% 以上である場合に
加算します。

3. その他の料金（1 回の利用につき）

① 食事費 730 円

② おやつ代 100 円（糖尿病用 50 円）

※原則としてデイルームでおとりいただきます。尚、利用時間帯によっては、食事・
おやつの提供ができないことがあります。

※その他利用者が選定する特別な食事等の費用が発生する場合は、別途負担いた
だきます。

※通所リハビリテーションを欠席する場合、利用前日の 16 時までにご連絡ください。
その時間を過ぎますと食事費 730 円・おやつ代 100 円（糖尿病用 50 円）がキャン
セル料として発生します。

③ 日常生活品費 200 円（1 日利用の場合）
100 円（半日利用の場合）

④ 教養娯楽費 200 円（1 日利用の場合）
100 円（半日利用の場合）

⑤ 紙パンツ等 実費

4. 支払い方法

当施設は、利用者に対し毎月末締め料金の合計額が確定後、10 日以降の利用日に請求書
を渡します。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金融機関から口
座引き落としとなります。毎月 15 日になりますが、祝祭日にあたる場合は翌日となりま
す。確認でき次第、直近の利用日に領収書を発行いたします。

5. サービスの終了方法

- ① 利用者の都合でサービスを終了する場合
サービスを終了する場合は、担当介護支援専門員を通じてご連絡ください。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合
当事業所の滅失や重大な毀損によりサービスの提供が不可能となった場合。
- ③ 自動終了
以下の場合には、双方の通知がなくても自動的にサービス終了いたします
・利用者が、入院または介護施設などに入所された場合。
・利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。
・利用者がお亡くなりになられた場合。

私は、本書面に基づいて事業所（支援相談員： ）から重要事項の説明を受け、
通所リハビリテーション（介護予防含む）の提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者 氏名

代理人 氏名 (続柄)