

# ◇ 介護老人保健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利用約款 ◇

## 第1条（約款の目的）

老人保健施設 舞子台（以下「当施設」という。）は、要支援状態（介護予防通所リハビリテーションにあたっては要支援状態）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、一定の期間、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提供し、一方、利用者及び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、本約款の目的とします。

## 第2条（適用期間）

- 1 本約款は、利用者が介護老人保健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利用同意書を当施設に提出したのち、令和6年6月1日以降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、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し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ことができるものとします。

## 第3条（身元引受人）

- 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400万円の範囲内で、利用者と連帶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、次の次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りをすること。但し、遺体の引取りについて、身元引受人と別に祭祀主宰者がいる場合、当施設は、祭祀主宰者に引取っていただくことができます。
- 4 身元引受人が第1項次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利用者等に対して、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日が到来しているものの額に関する情報を提供します。

## 第4条（利用者からの解除）

- 1 利用者は、当施設に対し、利用中止の意思表明をすることにより、利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画にかかわらず、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利用を解除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、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画作成者に連絡するものとします。（本条第2項の場合も同様とします。）
- 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。

## 第5条（当施設からの解除）

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及び事業対象者と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス（介護予防サービス）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、本約款に定める利用料金を1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7日間以内に支払われない場合
- 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のを求めるにあたってもかかわらず、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

## 第6条（利用料金）

- 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、利用者負担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、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、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日に発行し、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末までに支払うものとします。なお、お支払いは以下のいずれかの方法でお支払い下さい。
  - ア. ご利用時にお持ちいただき現金でのお支払い
  - イ. 指定口座からの口座振替（翌月20日）
  - ウ. 下記口座への銀行振り込み

但馬銀行 垂水支店 普通 1948111

医療法人浩生会 老人保健施設舞子台 施設長 森田 瑞穂

※口座振替手数料として85円（税込）はご契約者のご負担とさせて頂きます。

※振込み名義は利用者様名でお願いします。

※振込み手数料はご契約者のご負担とさせて頂きます。

- 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が指定する者に対して、領収書を所定の方法により発行します。

## 第7条（記録）

- 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応されません。
- 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。

## 第8条（身体の拘束等）

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、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。

## 第9条（秘密の保持及び個人情報の保護）

- 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の親族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）
- 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10条（緊急時の対応）

- 1 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。

## 第11条（事故発生時の対応）

- 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、当施設は利用者の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。

## 第12条（要望又は苦情等の申出）

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・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ます、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。

### 公的苦情等相談窓口

神戸市福祉局 監査指導部 居宅通所指導指導担当 （電話 078-322-6326）  
平日 8:45から12:00 / 13:00から17:30

兵庫県国民健康保険団体連合会 （電話 078-332-5617）  
平日 8:45から17:15

神戸市生活情報センター（契約についてのご相談）（電話 078-371-1221）  
平日 9:00から17:00

養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話（監査指導部内）  
(電話 078-322-6774)

平日 8:45から12:00／13:00から17:30

#### 第13条（賠償責任）

- 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、連帶して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

#### 第14条（禁止事項）

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他の利用者との物のやり取り、飲食物の交換などを禁止します。トラブル時の責任は当施設では一切責任を負いかねます。

#### 第15条（利用契約に定めのない事項）

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。

老人保健施設 舞子台のご案内  
(令和7年5月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- |                      |  |
|----------------------|--|
| ・施設名                 | 老人保健施設 舞子台   |
| ・開設年月日               | 平成9年10月21日   |
| ・所在地                 | 神戸市垂水区舞子台7丁目2-1  |
| ・電話番号                | 078-785-5577   |
| ・ファックス番号             | 078-785-3131   |
| ・メールアドレス             | <a href="mailto:rouken.maikodai@gmail.com">rouken.maikodai@gmail.com</a> |
| (受信確認以降は、配信専用となります。) |  |
| ・管理者名                | 森田 瑞穂  |
| ・介護保険指定番号            | 介護老人保健施設 (2850880036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介護保健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なり、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。

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。

[老人保健施設舞子台の運営方針]

「介護保険創設により「介護」が家庭から社会（地域）へ、又、「暗」から「明」へ時代とともに変化しますが、当施設ご利用に変化はなく、医学的管理下に於ける看護・介護およびリハビリテーション等、「質の高い」医療ケアと日常生活サービスを提供し、地域の皆様に貢献いたします。」

(3) 施設の職員体制

別途運営規定で定めています。

(4) 入所定員等 ① 定員 100名

② 療養室 個室・・・4室、2人室・・・4室、4人室・・・22室

(5) 通所定員 30名

2. 介護老人保健施設入所サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画の立案
- ③ 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
- ④ 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）  
朝食 8時00分～8時30分（施設入所利用時）  
昼食 12時00分～12時30分  
夕食 18時00分～18時30分（施設入所利用時）
- ⑤ 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。入所利用者は、週に最低2回ご利用いただきます。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。）
- ⑥ 医学的管理・看護
- ⑦ 介護（施設入所の方は退所時の支援も行います）
- ⑧ リハビリテーション
- ⑨ 相談援助サービス

- ⑩ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理（施設入所利用時）
- ⑪ 口腔衛生の管理（施設入所利用時）
- ⑫ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑬ 理美容サービス（原則月2回実施します。）（施設入所利用時）
- ⑭ 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サービス計画で定められた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）
- ⑮ 行政手続代行
- ⑯ その他
  - \*これらのサービスの中には、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、具体的にご相談ください。

### 3. 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しています。

また、入所利用者の状態や病歴等の情報共有を行います。

- ・協力医療機関
  - ・名 称 舞子台病院
  - ・住 所 神戸市垂水区舞子台7丁目2-1
- ・協力歯科医療機関（施設入所利用時）
  - ・名 称 田口歯科医院
  - ・住 所 神戸市垂水区東舞子町10-1-84

#### ◇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。

### 4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・食事の持ち込みはご遠慮いただきます。  
(施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。入所食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせません。)
- ・受付時間  
月曜日から土曜日（祝日含む） 午前8時より午後6時00分  
日曜日・年末年始（12月31、1月1日・2日・3日） 午前8時30分より午後6時00分
- ・外出・外泊  
外泊はサービスステーションにお申し出下さい。  
外出はご家族同伴で願います。
- ・飲酒・喫煙  
飲酒は禁止しております。施設敷地内は禁煙です。
- ・火気の取扱い  
マッチ、ライター等火気類の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・所持品・備品等の持ち込み  
持ち込みの際、係員（看護、介護職員等）にお申し出下さい。  
汚損破損・紛失・盗難について施設では責任を負いかねます。
- ・金銭・貴重品の管理  
貴重品の持ち込みは禁止しております。  
金銭の所持も原則ご遠慮ください。やむを得ない場合は少額に願います。
- ・入所中の外泊時等の施設外での受診  
ご入所中（外出・外泊時も含む）は、当施設の管理のもとにあります。  
法令上、施設の依頼状なしに診療・検査・投薬・処方箋の交付等をしてはいけないことになっています。（家族の方が代理で行ってもいけません）  
受診等が必要な場合はお早めに2Fサービスステーションまで申し出て下さい。

- ・ペットの持ち込み  
2階、3階へは、ペットの同伴を制限しております。  
1階フロアまでのご同伴をお願いします。  
但し、盲導犬、聴導犬、介助犬は除きます。

## 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、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。

## 7. 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 078-785-5577)

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、玄関に備えつけられた「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。

公的苦情等相談窓口については、利用約款第12条をご確認ください。

## 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おりますので、ご請求ください。

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7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（介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス（介護予防サービス）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（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・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等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) 基本料金

指定通所リハビリテーションサービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める介護報酬の告示上の額とし、当該指定通所リハビリテーションサービスが、法定代理受領サービスであるときは、介護報酬の告示により計算した通所リハビリテーションサービス費の1割（介護保険法の定めにより9割でない場合には、それに応じた割合）とする。

- 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）

(2) その他の料金

- ① 食費 昼食 850円

※原則として食堂でおとりいただきます。なお、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）利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

- ② 送迎代（通常の事業の実施地域以外の送迎） 実費

- ③ 基本時間外施設利用料 実費

- ④ その他（利用者が選定する特別な食事の費用、日常生活品費、教養娯楽費等）は、別途資料をご覧ください。

(3) 支払い方法

- 毎月10日頃に、前月分の請求書を発行しますので、その月の月末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、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落とし（毎月20日）の3方法があります。利用申込み時にお選びください。

個人情報の利用目的  
(令和4年10月1日現在)

老人保健施設 舞子台では、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。

【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
  - －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
  - －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の実習への協力
  - －当施設において行われる事例研究

〔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
  - －外部監査機関への情報提供

# ◇ 利用者負担説明書 ◇

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**1割又は2割又は3割の自己負担分**と保険給付対象外の費用（居住費、食費、利用者の選択に基づく特別な療養室料及び特別な食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、理美容代、倶楽部等で使用する材料費、診断書等の文書作成費、要介護認定の申請代行費等）を**利用料**としてお支払いいただく2種類があります。

なお、介護保険の保険給付の対象となっているサービスは、利用を希望されるサービス（入所、短期入所療養介護、通所リハビリテーション）毎に異なります。

また、**利用者負担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、施設の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数、また、認知症専門の施設（認知症専門棟加算）で異なりますし、利用料も施設ごとの設定となっております。当施設の利用者負担につきましては、次頁以降をご参照下さい。

介護保険には、大きくわけて、入所をして介護保険を利用する施設サービスと在宅において種々のサービスを受ける居宅サービスがありますが、それぞれ利用方法が異なっています。

施設サービスを希望される場合は、直接施設にお申し込みいただけますが、**短期入所療養介護、通所リハビリテーション**は、**居宅サービス**であり、原則的に利用に際しては、居宅支援サービス計画（ケアプラン）を作成したあとでなければ、保険給付を受けることができませんので注意が必要です。また、送迎、入浴といった加算対象のサービスも、居宅支援サービス計画に記載がないと保険給付を受けられませんので、利用を希望される場合は、居宅支援サービス計画に記載されているか、いないかをご確認ください。

居宅支援サービス計画は、利用者ご本人が作成することができますが、居宅介護支援事業所（居宅支援サービス計画を作成する専門機関）に作成依頼することもできます。

詳しくは、介護老人保健施設の担当者にご相談ください。

## A 通所リハビリテーションの場合の利用者負担額（地域加算を含む。）

### 1 保険給付の自己負担額（**1割負担**の場合）

#### [ 1 時間以上 2 時間未満] 1 日

・要介護 1	3 9 3 円
・要介護 2	4 2 4 円
・要介護 3	4 5 7 円
・要介護 4	4 8 8 円
・要介護 5	5 2 3 円

#### [ 2 時間以上 3 時間未満] 1 日

・要介護 1	4 0 8 円
・要介護 2	4 6 8 円
・要介護 3	5 3 1 円
・要介護 4	5 9 2 円
・要介護 5	6 5 2 円

#### [ 3 時間以上 4 時間未満] 1 日

・要介護 1	5 1 8 円
・要介護 2	6 0 2 円
・要介護 3	6 8 5 円
・要介護 4	7 9 2 円
・要介護 5	8 9 8 円

#### [ 4 時間以上 5 時間未満] 1 日

・要介護 1	5 8 9 円
・要介護 2	6 8 4 円
・要介護 3	7 7 8 円
・要介護 4	9 0 0 円
・要介護 5	1 0 2 0 円

#### [ 5 時間以上 6 時間未満] 1 日

・要介護 1	6 6 3 円
・要介護 2	7 8 7 円
・要介護 3	9 0 8 円
・要介護 4	1 0 5 2 円
・要介護 5	1 1 9 4 円

#### [ 6 時間以上 7 時間未満] 1 日

・要介護 1	7 6 2 円
・要介護 2	9 0 6 円
・要介護 3	1 0 4 6 円
・要介護 4	1 2 1 2 円
・要介護 5	1 3 7 5 円

#### [ 7 時間以上 8 時間未満] 1 日

・要介護 1	8 1 2 円
・要介護 2	9 6 3 円
・要介護 3	1 1 1 5 円
・要介護 4	1 2 9 5 円
・要介護 5	1 4 7 0 円

\*リハビリテーション提供体制加算 1

(1 3 円) ／ 1 回につき (3 時間以上 4 時間未満)

\*リハビリテーション提供体制加算 2

(1 7 円) ／ 1 回につき (4 時間以上 5 時間未満)

\*リハビリテーション提供体制加算 3

(2 1 円) ／ 1 回につき (5 時間以上 6 時間未満)

\*リハビリテーション提供体制加算 4

(2 6 円) ／ 1 回につき (6 時間以上 7 時間未満)

\*リハビリテーション提供体制加算 5

(3 0 円) ／ 1 回につき (7 時間以上)

\*リハビリテーションマネジメント加算

イ (5 9 7 円) ／ 1 月 (開始月から 6 月以内)

\*リハビリテーションマネジメント加算

イ (2 5 6 円) ／ 1 月 (開始月から 6 月超)

\*リハビリテーションマネジメント加算

ロ (6 3 2 円) ／ 1 月 (開始月から 6 月以内)

\*リハビリテーションマネジメント加算

ロ (2 9 1 円) ／ 1 月 (開始月から 6 月超)

\*リハビリテーションマネジメント加算

ハ (8 4 5 円) ／ 1 月 (開始月から 6 月以内)

\*リハビリテーションマネジメント加算

ハ (5 0 4 円) ／ 1 月 (開始月から 6 月超)

\*リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たり、

事業所の医師が利用者等に説明し同意を得た場合

(2 8 8 円) ／ 1 月 (上記加算に加算する)

\*入浴介助加算 I

( 4 3 円) ／ 1 回

\*入浴介助加算 II

( 6 4 円) ／ 1 回

\*短期集中個別リハビリテーション加算

(1 1 7 円) ／ 1 日

\*栄養アセスメント加算

( 5 3 円) ／ 1 回

\*栄養改善加算 (1 月 2 回まで)

(2 1 3 円) ／ 1 回

\*口腔機能向上加算 I (1 月 2 回まで)

(1 6 0 円) ／ 1 回

\*口腔機能向上加算 II イ (1 月 2 回まで)

(1 6 5 円) ／ 1 回

\*口腔機能向上加算 II ロ (1 月 2 回まで)

(1 7 1 円) ／ 1 回

\*退院時共同指導加算

(6 4 0 円) ／ 1 回 (病院の退院時)

*重度療養管理加算	(107円)／1回
*中重度ケア体制加算	(21円)／1日
*科学的介護推進体制加算	(43円)／1月
*送迎減算	(-50円)／片道
*サービス提供体制強化加算Ⅰ	(23円)／1日
*サービス提供体制強化加算Ⅱ	(19円)／1日
*介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の8.6%

(令和6年6月1日改定)

## 2 保険給付の自己負担額（2割負担の場合）

### [1時間以上2時間未満] 1日

・要介護1	787円
・要介護2	849円
・要介護3	915円
・要介護4	976円
・要介護5	1047円

### [2時間以上3時間未満] 1日

・要介護1	817円
・要介護2	936円
・要介護3	1062円
・要介護4	1183円
・要介護5	1305円

### [3時間以上4時間未満] 1日

・要介護1	1036円
・要介護2	1205円
・要介護3	1371円
・要介護4	1584円
・要介護5	1795円

### [4時間以上5時間未満] 1日

・要介護1	1179円
・要介護2	1369円
・要介護3	1556円
・要介護4	1799円
・要介護5	2040円

### [5時間以上6時間未満] 1日

・要介護1	1326円
・要介護2	1573円
・要介護3	1816円
・要介護4	2104円
・要介護5	2388円

### [6時間以上7時間未満] 1日

・要介護1	1524円
・要介護2	1812円
・要介護3	2091円
・要介護4	2424円
・要介護5	2750円

### [7時間以上8時間未満] 1日

・要介護1	1625円
・要介護2	1925円
・要介護3	2230円
・要介護4	2590円
・要介護5	2940円

\*リハビリテーション提供体制加算1

(26円)／1回につき (3時間以上4時間未満)

\*リハビリテーション提供体制加算2

(34円)／1回につき (4時間以上5時間未満)

\*リハビリテーション提供体制加算3

(43円)／1回につき (5時間以上6時間未満)

\*リハビリテーション提供体制加算4

(51円)／1回につき (6時間以上7時間未満)

\*リハビリテーション提供体制加算5

(60円)／1回につき (7時間以上)

\*リハビリテーションマネジメント加算

イ (1194円)／1月 (開始月から6月以内)

\*リハビリテーションマネジメント加算

イ (512円)／1月 (開始月から6月超)

\*リハビリテーションマネジメント加算

ロ (1264円)／1月 (開始月から6月以内)

\*リハビリテーションマネジメント加算

ロ (582円)／1月 (開始月から6月超)

\*リハビリテーションマネジメント加算

ハ (1691円)／1月 (開始月から6月以内)

\*リハビリテーションマネジメント加算

ハ (1008円)／1月 (開始月から6月超)

\*リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たり、

\*事業所の医師が利用者等に説明し同意を得た場合 (576円)／1月 (上記加算に加算する)

*入浴介助加算Ⅰ	( 85 円) / 1 回
*入浴介助加算Ⅱ	(128 円) / 1 回
*短期集中個別リハビリテーション加算	(235 円) / 1 日
*栄養アセスメント加算	(107 円) / 1 回
*栄養改善加算 (1月2回まで)	(426 円) / 1 回
*口腔機能向上加算Ⅰ (1月2回まで)	(320 円) / 1 回
*口腔機能向上加算Ⅱ イ (1月2回まで)	(330 円) / 1 回
*口腔機能向上加算Ⅱ ロ (1月2回まで)	(341 円) / 1 回
*退院時共同指導加算	(1279 円) / 1 回 (病院の退院時)
*重度療養管理加算	(213 円) / 1 回
*中重度ケア体制加算	( 43 円) / 1 日
*科学的介護推進体制加算	( 85 円) / 1 月
*送迎減算	(-100 円) / 片道
*サービス提供体制強化加算Ⅰ	( 47 円) / 1 日
*サービス提供体制強化加算Ⅱ	( 38 円) / 1 日
*介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の 8.6 %

(令和6年6月1日改定)

### 3 保険給付の自己負担額 (3割負担の場合)

[ 1 時間以上 2 時間未満]	1 日
・要介護 1	1 1 8 0 円
・要介護 2	1 2 7 3 円
・要介護 3	1 3 7 2 円
・要介護 4	1 4 6 5 円
・要介護 5	1 5 7 0 円

[ 3 時間以上 4 時間未満]	1 日
・要介護 1	1 5 5 4 円
・要介護 2	1 8 0 7 円
・要介護 3	2 0 5 6 円
・要介護 4	2 3 7 6 円
・要介護 5	2 6 9 3 円

[ 5 時間以上 6 時間未満]	1 日
・要介護 1	1 9 8 9 円
・要介護 2	2 3 6 0 円
・要介護 3	2 7 2 5 円
・要介護 4	3 1 5 6 円
・要介護 5	3 5 8 2 円

[ 7 時間以上 8 時間未満]	1 日
・要介護 1	2 4 3 7 円
・要介護 2	2 8 8 8 円
・要介護 3	3 3 4 5 円
・要介護 4	3 8 8 6 円
・要介護 5	4 4 1 0 円

- \*リハビリテーション提供体制加算 1
- \*リハビリテーション提供体制加算 2
- \*リハビリテーション提供体制加算 3
- \*リハビリテーション提供体制加算 4

[ 2 時間以上 3 時間未満]	1 日
・要介護 1	1 2 2 5 円
・要介護 2	1 4 0 4 円
・要介護 3	1 5 9 3 円
・要介護 4	1 7 7 5 円
・要介護 5	1 9 5 7 円

[ 4 時間以上 5 時間未満]	1 日
・要介護 1	1 7 6 8 円
・要介護 2	2 0 5 3 円
・要介護 3	2 3 3 5 円
・要介護 4	2 3 9 9 円
・要介護 5	3 0 6 0 円

[ 6 時間以上 7 時間未満]	1 日
・要介護 1	2 2 8 7 円
・要介護 2	2 7 1 8 円
・要介護 3	3 1 3 7 円
・要介護 4	3 6 3 6 円
・要介護 5	4 1 2 5 円

- (38 円) / 1 回につき (3時間以上4時間未満)
- (51 円) / 1 回につき (4時間以上5時間未満)
- (64 円) / 1 回につき (5時間以上6時間未満)
- (77 円) / 1 回につき (6時間以上7時間未満)

*リハビリテーション提供体制加算 5	イ	(90円) / 1回につき (7時間以上)
*リハビリテーションマネジメント加算	イ	(1791円) / 1月 (開始月から6月以内)
*リハビリテーションマネジメント加算	イ	(768円) / 1月 (開始月から6月超)
*リハビリテーションマネジメント加算	ロ	(1896円) / 1月 (開始月から6月以内)
*リハビリテーションマネジメント加算	ロ	(873円) / 1月 (開始月から6月超)
*リハビリテーションマネジメント加算	ハ	(2536円) / 1月 (開始月から6月以内)
*リハビリテーションマネジメント加算	ハ	(1513円) / 1月 (開始月から6月超)
*リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たり、 事業所の医師が利用者等に説明し同意を得た場合		(863円) / 1月 (上記加算に加算する)
*入浴介助加算 I		(128円) / 1回
*入浴介助加算 II		(192円) / 1回
*短期集中個別リハビリテーション加算		(352円) / 1日
*栄養アセスメント加算		(160円) / 1回
*栄養改善加算 (1月2回まで)		(640円) / 1回
*口腔機能向上加算 I (1月2回まで)		(480円) / 1回
*口腔機能向上加算 II イ (1月2回まで)		(496円) / 1回
*口腔機能向上加算 II ロ (1月2回まで)		(512円) / 1回
*退院時共同指導加算		(1919円) / 1回 (病院の退院時)
*重度療養管理加算		(320円) / 1回
*中重度ケア体制加算		(64円) / 1日
*科学的介護推進体制加算		(128円) / 1月
*送迎減算		(-150円) / 片道
*サービス提供体制強化加算 I		(70円) / 1日
*サービス提供体制強化加算 II		(58円) / 1日
*介護職員等処遇改善加算 I		所定単位数の8.6%

(令和6年6月1日改定)

## B 介護予防通所リハビリテーションの場合の利用者負担額 (地域加算を含む。)

### 1 保険給付の自己負担額 (1割負担の場合)

基本単位 ・要支援1 2418円/月額 ・要支援2 4507円/月額

*サービス提供体制強化加算 I 1	要支援1	(94円) / 1回
	要支援2	(188円) / 1回
*サービス提供体制強化加算 II 1	要支援1	(77円) / 1月
	要支援2	(154円) / 1月
*予防通所リハ口腔機能向上加算 I		(160円) / 1月
*予防通所リハ口腔機能向上加算 II		(171円) / 1月
*予防通所リハ栄養アセスメント加算		(53円) / 1月
*予防通所リハ栄養改善加算		(213円) / 1月
*予防通所リハ退院時共同指導加算		(640円) / 1回 (病院の退院時)
*予防通所リハ科学的介護推進体制加算		(43円) / 1月
*予防通所リハ一体的サービス加算		(512円) / 1月
*予防通所リハ介護職員等処遇改善加算 I		所定単位数の8.6%

\*日割 (基本単位に替えて、月内の指定の日を除外した総日数)

・要支援1 (80円) / 1日 ・要支援2 (148円) / 1日

\*減算 (所定の要件を満たさない場合)

・要支援1 (-128円) / 1月 ・要支援2 (-256円) / 1月

(令和6年6月1日改定)

## 2 保険給付の自己負担額（2割負担の場合）

基本単位 ・要支援1 4835円／月額 ・要支援2 9014円／月額

* サービス提供体制強化加算 I 1	要支援1	(188円)／1回
I 2	要支援2	(375円)／1回
* サービス提供体制強化加算 II 1	要支援1	(154円)／1月
II 2	要支援2	(307円)／1月
* 予防通所リハ口腔機能向上加算 I		(320円)／1月
* 予防通所リハ口腔機能向上加算 II		(341円)／1月
* 予防通所リハ栄養アセスメント加算		(107円)／1月
* 予防通所リハ栄養改善加算		(426円)／1月
* 予防通所リハ退院時共同指導加算		(1279円)／1回 (病院の退院時)
* 予防通所リハ科学的介護推進体制加算		(85円)／1月
* 予防通所リハ一体的サービス加算		(1023円)／1月
* 予防通所リハ介護職員等処遇改善加算 I		所定単位数の8.6%

\* 日割（基本単位に替えて、月内の指定の日を除外した総日数）

・要支援1 (160円)／1日 ・要支援2 (296円)／1日

\* 減算（所定の要件を満たさない場合）

・要支援1 (-256円)／1月 ・要支援2 (-512円)／1月

(令和6年6月1日改定)

## 3 保険給付の自己負担額（3割負担の場合）

基本単位 ・要支援1 7253円／月額 ・要支援2 13521円／月額

* サービス提供体制強化加算 I 1	要支援1	(281円)／1回
I 2	要支援2	(563円)／1回
* サービス提供体制強化加算 II 1	要支援1	(230円)／1月
II 2	要支援2	(461円)／1月
* 予防通所リハ口腔機能向上加算 I		(480円)／1月
* 予防通所リハ口腔機能向上加算 II		(512円)／1月
* 予防通所リハ栄養アセスメント加算		(160円)／1月
* 予防通所リハ栄養改善加算		(640円)／1月
* 予防通所リハ退院時共同指導加算		(1919円)／1回 (病院の退院時)
* 予防通所リハ科学的介護推進体制加算		(128円)／1月
* 予防通所リハ一体的サービス加算		(1535円)／1月
* 予防通所リハ介護職員等処遇改善加算 I		所定単位数の8.6%

\* 日割（基本単位に替えて、月内の指定の日を除外した総日数）

・要支援1 (240円)／1日 ・要支援2 (445円)／1日

\* 減算（所定の要件を満たさない場合）

・要支援1 (-384円)／1月 ・要支援2 (-768円)／1月

(令和6年6月1日改定)

## C その他利用料（要介護・要支援共通）

①食費 850円

施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

②日常生活品費／1日 100円

ボディーソープ、シャンプー等の費用であり、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。

③教養娯楽費／1日 100円

俱楽部やレクリエーションで使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げ等遊具、ビデオソフト等の費用であり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。

④基本時間外施設利用料 (その都度実費をいただきます。)

利用者の家族の出迎え等の都合で、通所リハビリテーション終了後も利用者が長時間施設に滞在する場合にお支払いいただきます。

⑤不足品代

利用者の身体の状況により、おむつ等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。（その都度実費をいただきます。）

デイケアご利用時に必要なタオルやパッド、おむつ等の持参品が不足している場合にお支払いいただきます。（タオルは250円、パッド、おむつ等はその都度実費をいただきます。）

⑥洗濯代 500円

利用者の衣服により共用の設備の汚染や臭いなどの問題があると判断された場合、職員が洗濯を行い、その都度実費をいただきます。

⑦送迎費／片道 (その都度実費をいただきます。)

基本的には、保険給付の自己負担の範囲となります、通常の事業の実施地域以外の地域に居住する方が送迎を依頼した場合にお支払いいただきます。

⑧その他文書料等 (法令に基づき無料で交付すべきものを除く)

証明書料	1通につき	550円
普通診断書料	1通につき	3,300円
保険会社等診断書料	1通につき	5,500円
特殊診断書料	1通につき	7,700円 ※検査あり 11,000円
死亡診断書・処置料	一式	22,000円
領収書再発行料	1通につき	550円

(令和7年6月1日改訂)

## 【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リスク説明書】

当施設では利用者が快適な入所生活を送られますように、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、ご自宅でも起こりうることですが、下記のリスク等を説明いたします。

- 本人の全身状態が急に悪化した場合、家族に連絡すると共に当施設の判断で緊急に病院へ搬送を行います。
- 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。
- 車で送迎中に転倒、不慮の事故、交通事故を起こす可能性があります。
- 老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- 加齢や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。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。

※なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

### 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

#### 1 使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、介護老人保健施設等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合

#### 2 使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

#### 3 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護老人保健施設を行うために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ・ その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをおいいます。

# ◇ 介護老人保健施設デイケア利用同意書 ◇

## ◇ 利用者負担説明書 ◇

## ◇ デイケア時利用時リスク説明書 ◇

## ◇ 個人情報使用同意書 ◇

老人保健施設 舞子台デイケア（通所リハビリテーション・予防通所リハビリテーション）デイケアを利用するにあたり、介護老人保健施設通所利用約款、別紙1、別紙2及び別紙3、利用者負担説明書及びデイケア利用時リスク説明書、個人情報使用同意書を受領し、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した上で同意します

令和 年 月 日 <利用者>

住 所

氏 名

電話番号

<利用者の身元引受人>

住 所

氏 名

(続柄 )

電話番号

老人保健施設舞子台

管理者 森田 瑞穂 殿

【本約款第10条2項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

・ 氏 名	(続柄 )
・ 住 所	〒
・ 電話番号 (携帯番号)	( )

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・ 氏 名	(続柄 )
・ 住 所	〒
・ 電話番号 (携帯番号)	( )

## 個人情報の使用に係る承諾について

老人保健施設 舞子台デイケアでは、ご家族様や一般の皆様に対して舞子台デイケアをご理解いただくには、ご利用者様の様子をご覧いただくことが、最も良い方法と考えております。

ご利用者様の肖像（施設生活、レクリエーション参加風景などの写真及び動画などの画像）をホームページ等や広報（毎月お配りしているお手紙）に掲載させていただきたく、ご承諾をお願いします。

つきましては、下記をお読みいただき、ご承諾いただけましたら承諾書に記入、押印をお願いいたします。

### 記

- 1 肖像の使用については、ホームページ等と広報に掲載いたします。
- 2 掲載写真及び動画の削除依頼があった場合は、すみやかに削除いたします。

私は係る肖像を上記において掲載することを 承諾いたします。

承諾しません。

老人保健施設舞子台 施設長殿

令和 年 月 日 <利用者>

住 所 〒

氏 名

電話番号

<代筆者氏名>

住 所 〒

氏 名

(続柄 )

電話番号

(携帯番号)