

介護老人保健施設通所リハビリテーション利用約款 (介護予防通所リハビリテーション)

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設ダイヤランド崎望館（以下「当施設」という。）は、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援状態）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つて、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（介護予防通所リハビリテーション）を提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」という。）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。

(適用期間)

第2条 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効力を有します。但し、扶養者に変更があつた場合は、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、本約款、別紙の改定が行われぬ限り、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（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。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び扶養者は、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（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・終了することができます。なお、この場合利用者及び扶養者は、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。

但し、利用者が正当な理由なく、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4条 当施設は、利用者及び扶養者に対し、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・終了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 利用者及び扶養者が、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いを督促したにもかかわらず30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 利用者又は扶養者が、当施設、当施設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
- ⑥ 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

(利用料金)

- 第5条 利用者又及び扶養者は、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、別紙2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、利用者及び扶養者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10日までに発行し、所定の方法により交付する。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。
 - 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、利用者又は扶養者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。

(記録)

- 第6条 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5年間は保管します。（診療録についても、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、これに応じます。但し、扶養者その他の者（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。

(身体拘束等)

- 第7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、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。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

- 第8条 当施設とその職員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、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、利用者の生命、身体等に危険がある場合などは、情報提供を行なうこととします。
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。
 - 3 当施設は、利用者及びその家族等から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者及びその家族等の個人情報を用いません。

(緊急時の対応)

- 第9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、利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

- 第10条 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、当施設は利用者の家族等利用者又は扶養者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。

(要望又は苦情等の申出)

第 11 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（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、苦情受付担当者（支援相談員）に申し出ることができ、又は、備え付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「提案箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第 12 条 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、利用者及び扶養者は、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 13 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、利用者又は扶養者と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

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）重要事項説明書
（令和7年4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つては要支援者）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つては、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・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。

（1）名称及び実施地域

名称	ダイヤモンド崎望館通所リハビリテーション事業所
所在地	長崎市ダイヤモンド3丁目31番3号
事業所番号	4250180082
実施地域	長崎市三和・深堀・土井首・小ヶ倉・戸町・大浦・梅香崎 小島・桜馬場・長崎中学校区

☆上記以外の地域の方でもご相談ください。

（2）職員の職種及び員数

		常勤	非常勤
管理者(医師兼務)	兼任	1	
看護職員	専任	1	
介護職員	専任	8	1
支援相談員	兼任	1	
理学療法士	兼任	4	
作業療法士	兼任	3	
管理栄養士	兼任	1	
歯科衛生士	兼任		1

（3）職員の職務内容

管理者 通所リハビリテーション事業に携わる職員の管理、指導を行います。

医師 利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。

理学療法士・作業療法士

医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともに、利用者の自宅に赴く等によって通所リハビリテーション計画の作成・変更を行うほか、機能訓練の実施に際し指導を行います。

看護職員 医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等を行うほか、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）計画に基づく看護を行います。

介護職員 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）計画に基づく介護を行います。

管理栄養士 利用者の栄養管理、栄養ケアマネジメント等の栄養状態の管理を行う。

(4) 営業日及び営業時間

営業日 月曜日から土曜日 但し 12月30日から1月3日を除く
営業時間 午前9時 ~ 午後6時

(5) 提供するサービス内容

- 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）計画の立案
- ② 通所リハビリテーション実施計画書の立案
- ③ 機能訓練（個別訓練、集団訓練、レクリエーション）
- ④ 食事
- ⑤ 入浴
- ⑥ 送迎
- ⑦ 相談援助サービス

3. 利用料金

(1) 通所リハビリテーションの基本料金

- 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）

[1時間以上2時間未満]	1割負担	2割負担	3割負担
・要介護1	376円	752円	1128円
・要介護2	405円	810円	1215円
・要介護3	437円	874円	1311円
・要介護4	466円	932円	1398円
・要介護5	500円	1000円	1500円

[2時間以上3時間未満]	1割負担	2割負担	3割負担
・要介護1	390円	780円	1170円
・要介護2	447円	894円	1341円
・要介護3	507円	1014円	1521円
・要介護4	565円	1130円	1695円
・要介護5	623円	1246円	1869円

[3時間以上4時間未満]	1割負担	2割負担	3割負担
・要介護1	495円	990円	1485円
・要介護2	575円	1150円	1725円
・要介護3	654円	1308円	1962円
・要介護4	756円	1512円	2268円
・要介護5	857円	1714円	2571円

[4時間以上5時間未満]	1割負担	2割負担	3割負担
・要介護1	563円	1126円	1689円
・要介護2	653円	1306円	1959円
・要介護3	743円	1486円	2229円
・要介護4	859円	1718円	2577円
・要介護5	974円	1948円	2922円

[5時間以上6時間未満]	1割負担	2割負担	3割負担
・要介護1	633円	1266円	1899円
・要介護2	751円	1502円	2253円
・要介護3	867円	1734円	2601円
・要介護4	1004円	2008円	3012円
・要介護5	1140円	2280円	3420円

[6時間以上7時間未満] 1割負担		2割負担	3割負担
・要介護1	728円	1456円	2184円
・要介護2	865円	1730円	2595円
・要介護3	998円	1996円	2994円
・要介護4	1157円	2314円	3471円
・要介護5	1312円	2624円	3936円

[7時間以上8時間未満] 1割負担		2割負担	3割負担
・要介護1	775円	1550円	2325円
・要介護2	919円	1838円	2757円
・要介護3	1064円	2128円	3192円
・要介護4	1236円	2472円	3708円
・要介護5	1403円	2806円	4209円

② リハビリテーション提供体制加算

	1割負担	2割負担	3割負担
(3時間以上4時間未満)	13円/日	25円/日	39円/日
(4時間以上5時間未満)	17円/日	33円/日	51円/日
(5時間以上6時間未満)	21円/日	41円/日	63円/日
(6時間以上7時間未満)	25円/日	49円/日	75円/日
(7時間以上8時間未満)	29円/日	57円/日	87円/日

③ 科学的介護推進体制加算 40円 80円 120円

④ リハビリテーションマネジメント加算ロ

6月以内	603円	1206円	1809円
6月を越えた場合	278円	556円	834円

⑤ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 (退所又は認定日から3月以内)

112円	224円	336円
------	------	------

⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施加算
開始日から6月以内 (1月につき)

1272円	2544円	3816円
-------	-------	-------

⑧ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

19円	37円	57円
-----	-----	-----

⑨ 中重度ケア体制加算

21円	41円	63円
-----	-----	-----

⑩ 入浴介助加算(Ⅰ)

41円	82円	123円
-----	-----	------

入浴介助加算(Ⅱ)

61円	122円	183円
-----	------	------

※ 通所リハビリテーション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。

⑪ 養改善加算

204円	408円	612円
------	------	------

⑫ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)

21円	42円	63円
-----	-----	-----

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)

5円	10円	15円
----	-----	-----

⑬ 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ

163円	326円	489円
------	------	------

⑭ 重度療養加算

102円	204円	306円
------	------	------

⑮ 退院時共同指導加算	610円	1220円	1830円
⑯ 事業所が送迎を行わない場合 (片道につき)			
	-48円	-96円	-144円

*介護職員処遇改善加算 (I) 介護保険利用料に8.6%乗じた額

(2) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金

施設利用料 (要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は1月当たりの自己負担分です)

	1割負担	2割負担	3割負担
① ・要支援1	2307円	4614円	6921円
・要支援2	4300円	8600円	12900円
② 科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円
③ 栄養アセスメント加算	50円	100円	150円
④ 栄養改善加算	204円	408円	612円
⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	21円	42円	63円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	5円	10円	15円
⑥ 口腔機能向上加算 (II)	163円	326円	489円
⑦ 理学療法士等体制強化加算	30円	60円	90円
⑧ サービス提供体制強化加算 (II)			
要支援1	74円	147円	222円
要支援2	147円	293円	441円
⑨ 生活行為向上リハビリテーション実施加算			
開始日から6月以内 (1月につき)	572円	1144円	1716円
⑩ 退院時共同指導加算	610円	1220円	1830円
⑪ 事業所評価加算	120円	240円	360円

*介護職員処遇改善加算 (I) 介護保険利用料に8.6%乗じた額

(3) その他の料金

① 食費 (昼食)	600円
② サークル活動	実費
③ おむつ代	実費

(4) 支払い方法

- ・ 毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日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、現金または銀行振込になります。利用申込み時にお選びください。

通所リハビリテーションをご利用の皆様へ

この度はダイヤランド崎望館通所リハビリテーションにお申し込みいただき、誠にありがとうございます。

【初回にお持ちいただくもの】

- 介護保険被保険者証
- 介護保険負担割合証
- 被爆者健康手帳
- 利用同意書
- 個人情報利用同意書

【毎回必要なもの】

- シューズ（スリッパや踵がないものはご遠慮ください）
- 入浴される方（お着替え、バスタオル1枚、タオル2枚程度、ビニール袋）
- 歯磨きセット（歯ブラシ、歯磨き粉、コップ）
- 昼の薬

【お願い】

所持品には、必ずご記名ください。

金銭・貴重品はお持ちにならないようお願い致します。

※ 当日、お休みされる場合は8時30分までに

879-7878にご連絡お願い致します。

個人情報利用同意書

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度の範囲内で使用することに同意します。

【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

令和	年	月	日	
			利用者	住所 _____
				氏名 _____ 印 _____
			利用者代理人	住所 _____
				氏名 _____ 印 _____
			扶養者・家族代表	住所 _____
				氏名 _____ 印 _____

介護老人保健施設 ダイヤランド崎望館 様
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）

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

介護老人保健施設ダイヤランド崎望館の(介護予防)通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設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)利用約款、介護老人保健施設ダイヤランド崎望館のご案内及び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)重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、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

印

<扶養者、家族代表者>

住 所
氏 名

印

介護老人保健施設ダイヤランド崎望館
管理者 許田 明

【本約款第5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	

【本約款第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

説明担当者 支援相談員 松尾 賢人
稲田 剛久

**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) 変更利用同意書**

令和1年度介護報酬改定にあたり、介護老人保健施設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）別紙1及び別紙2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

印

<扶養者、家族代表者>

住 所
氏 名

印

介護老人保健施設ダイヤランド崎望館
管理者 許田 明

なお下記について変更がありましたらご記入ください。

【本約款第5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	

【本約款第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	