

重要事項説明書（通所リハビリテーション）

通所リハビリテーションにおけるサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 雄心会
主たる事務所の所在地	北斗市清水川4番地1
代表者の氏名	理事長 伊藤 正明
電話番号	0138 (77) 1700

2. ご利用施設

施設の名称	社会福祉法人雄心会 介護老人保健施設 いなほ
施設の所在地	北斗市清水川4番地1
都道府県知事許可番号	0151580073
施設長の氏名	塙 貞明
電話番号	0138 (77) 1700
ファクシミリ番号	0138 (77) 1600

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人保健施設	平成24年10月 1日	0151580073	96人
短期入所療養介護	平成24年10月 1日	0151580073	空床利用

4. 施設の目的と運営の方針

〔目的〕 社会福祉法人雄心会が開設する通所リハビリテーション事業所いなほの適正な運営を行うために、人員及び管理・運営に関する事項を定め、事業所の職員が、要介護状態又は要支援状態にある利用者に対し、適正な通所リハビリテーションの各種サービスを提供することを目的とします。

〔方針〕 事業所の通所リハビリテーション職員は、要介護者等の心身の特性及びそのおかれている環境等を踏まえて、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、理学療法、作業療法、言語療法、その他必要なりハビリテーション等を行うことにより、利用者の心身の機能の維持・回復を図るものとします。

事業の実施にあたっては、関係市区町村、居宅介護支援事業所、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 利用定員

定 員 4 5 名（介護予防通所リハビリテーションの定員含む）

6. 通常の実施地域

実施地域 函館市（旧町除く）、北斗市、七飯町

7. 営業日及び営業時間

営 業 日 月～土

営業時間 通常は午前 10 時から午後 4 時 05 分まで
利用者の状況により通常時間外の利用も可能（有料）

休 日 日曜日、年末年始（12 月 30 日 ～ 1 月 3 日 ）

8. キャンセル

（1）利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかにご連絡ください。

9. 職員体制

職員の職種	人 員
管理者	1 名
医師	1 名以上
看護職員	1 名以上
介護職員	8 名以上
支援相談員	1 名以上（常勤兼務）
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	3 名以上（常勤兼務）

10. サービスの利用料

(1) 介護保険給付によるサービス

介護保険給付のサービスに係る費用とは、基本サービス費及び加算とがあり、これらの費用については、厚生労働省より告示される介護報酬に従い、通常その額の1割額をお支払いいただきます。(年間所得によっては2～3割負担の場合があります) 詳細については、別紙をご参照下さい。

(2) 介護保険給付外サービス

1) 食費

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。

昼食	504円
夕食	454円

2) 日用生活品費

バスタオル	} * 参 照
フェイスタオル	
シャンプー&リンス	
ボディークリーム	
食事用おしぼり	

*利用者様よりご希望があった場合は当施設の選定した外注業者と別途ご契約いただきます。なお、お支払いに関しては外注業者との契約内容となります。契約手続きや契約内容の変更及び苦情の受付等、当施設も責任を持ってご対応いたします。

3) 教養娯楽費

教養娯楽活動で使用する、習字、七宝焼、粘土等の材料等の費用であり、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。

材料費等の実費徴収

4) おむつ代

利用者の身体状況により、おむつ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。

平おむつ1枚	50円
パンツ式1枚	100円
尿とりパット1枚	30円

5) 基本時間外施設利用料／1時間 1,000円

利用者の家族等の都合で、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。

6) 文書料

診断書等の文書の発行手数料としてお支払いいただきます。

550円～5,500円

(消費税込みの金額となっております)

(3) お支払い方法

- ・ 月末締め of 清算とし、費用の請求は利用月の翌月 17 日頃になります。お支払いの方法は原則として、ご利用者の口座より、毎月 27 日に口座自動振替をさせていただきます。それ以外の方法は別途話し合いのうえ、双方合意した方法により行います。
- ・ 領収書につきましては、口座自動振替をさせていただいた日付にて、領収書に領収印（領収日入り）を押印して翌月に、当月発行の請求書と一緒にお渡しいたします。口座自動振替以外の方法でお支払い頂いた場合には、その場で領収書を発行いたします。また、CareLoop をご利用の場合は同サービスにて領収書をご確認いただく形となります。

11. 苦情等申立窓口

当施設のサービス等について、ご不明の点や疑問、苦情等がございましたら、当施設 1 階家族相談室までお気軽にご相談ください。また、1 階玄関ホールにご意見箱を設置しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善させていただきます。

苦情等申し立て窓口	電話番号	0138-77-1700
	FAX 番号	0138-77-1600
	担当	支援相談員
	対応時間	午前 8 時 45 分～午後 5 時

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

北斗市民生部	所在地	北斗市中央 1 丁目 3 番 10 号
保健福祉課	電話番号	0138-73-3111 (内線 155～157)
介護保険係	FAX 番号	0138-73-1401
相談窓口 (窓口番号⑥)	対応時間	午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分
北海道保健福祉部	所在地	札幌市中央区北 3 条西 6 丁目
福祉局施設運営	電話番号	011-204-5075
指導課事業指導	FAX 番号	011-232-1097
グループ	対応時間	午前 8 時 45 分～午後 5 時 30 分
北海道国民健康	所在地	札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 国保会館
保険団体連合会	電話番号	011-231-5175
	FAX 番号	011-233-2178
	対応時間	午前 9 時～午後 5 時 15 分

1 2. 協力医療機関

医療機関の名称	函館新都市病院
院長名	原口 浩一
所在地	函館市石川町 3 3 1 番地 1
電話番号	0 1 3 8 - 4 6 - 1 3 2 1
診療科	脳神経外科、脳神経内科、整形外科、循環器内科、内科、 リハビリテーション科、麻酔科、放射線科、小児科、歯科 皮膚科
入院設備	1 5 5 床

1 3. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	年 2 回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯
* 消防法適合施設	防火扉・シャッター、自動通報装置、漏電火災報知器、避難救助袋、非常用照明、カーテンは、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	変更時随時提出 防火管理者 伊藤 優司

1 4. 当事業所ご利用の際にご留意いただく事項

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は原則禁止です。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教・政治活動	施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

1 5. 福祉サービス第三者評価

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

16. 緊急時の対応

(1) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

<かかりつけ医>

病院名

郵便番号 〒 —

住 所

電話番号 ()

(2) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

<連絡先>

氏 名

続 柄

郵便番号 〒 —

住 所

電話番号 ()

通所リハビリテーション利用に係る基本サービス費及び加算

令和6年 6月 1日報酬改定時点

当通所リハビリテーションをご利用頂くにあたり、下記の基本サービス費及び加算に基づき利用料のご負担をして頂きますのであらかじめご了承下さい。また一部加算料金につきましては、該当となる場合にのみ加算となります。なおご不明な点がございましたら、支援相談員へご確認下さい。

1. 基本サービス費

厚生労働省により定められた事業規模ごとの基本サービス費により利用料を頂いております。当事業所の事業規模の区分は「大規模の事業所（※一定の要件を満たした事業所）」となります。

※ 前年度の1ヵ月あたりの平均利用延人員数が750人以上

※ リハビリテーションマネジメント加算を算定している利用者が80%以上

※ リハビリテーション専門職の配置が10：1以上

(10割額表示)

所要時間	要介護状態区分	基本サービス費
1時間以上 2時間未満	要介護1	3,690円/日
	要介護2	3,980円/日
	要介護3	4,290円/日
	要介護4	4,580円/日
	要介護5	4,910円/日
2時間以上 3時間未満	要介護1	3,830円/日
	要介護2	4,390円/日
	要介護3	4,980円/日
	要介護4	5,550円/日
	要介護5	6,120円/日
3時間以上 4時間未満	要介護1	4,860円/日
	要介護2	5,650円/日
	要介護3	6,430円/日
	要介護4	7,430円/日
	要介護5	8,420円/日
4時間以上 5時間未満	要介護1	5,530円/日
	要介護2	6,420円/日
	要介護3	7,300円/日
	要介護4	8,440円/日
	要介護5	9,570円/日

所要時間	要介護状態区分	基本サービス費
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	6, 2 2 0 円／日
	要介護 2	7, 3 8 0 円／日
	要介護 3	8, 5 2 0 円／日
	要介護 4	9, 8 7 0 円／日
	要介護 5	1 1, 2 0 0 円／日
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	7, 1 5 0 円／日
	要介護 2	8, 5 0 0 円／日
	要介護 3	9, 8 1 0 円／日
	要介護 4	1 1, 3 7 0 円／日
	要介護 5	1 2, 9 0 0 円／日
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	7, 6 2 0 円／日
	要介護 2	9, 0 3 0 円／日
	要介護 3	1 0, 4 6 0 円／日
	要介護 4	1 2, 1 5 0 円／日
	要介護 5	1 3, 7 9 0 円／日

2. 加算料金

各加算の条件を満たした場合にご負担して頂きます。

(1 0 割額表示)

加 算 名 称		料 金
感染症災害 3 % 加算	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 3. 0 %／回	
生活行為向上リハ継続減算 (対象月から 6 ヶ月以内)	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 1 5. 0 % 減算／回	
理学療法士等体制強化加算		3 0 0 円／日
延長加算 1	8 時間以上 9 時間未満の場合	5 0 0 円／回
延長加算 2	9 時間以上 1 0 時間未満の場合	1, 0 0 0 円／回
延長加算 3	1 0 時間以上 1 1 時間未満の場合	1, 5 0 0 円／回
延長加算 4	1 1 時間以上 1 2 時間未満の場合	2, 0 0 0 円／回
延長加算 5	1 2 時間以上 1 3 時間未満の場合	2, 5 0 0 円／回
延長加算 6	1 3 時間以上 1 4 時間未満の場合	3, 0 0 0 円／回
提供体制加算 1	3 時間以上 4 時間未満の場合	1 2 0 円／回
提供体制加算 2	4 時間以上 5 時間未満の場合	1 6 0 円／回
提供体制加算 3	5 時間以上 6 時間未満の場合	2 0 0 円／回
提供体制加算 4	6 時間以上 7 時間未満の場合	2 4 0 円／回
提供体制加算 5	7 時間以上の場合	2 8 0 円／回

加 算 名 称		料 金
入浴介助加算（Ⅰ）		400円／回
入浴介助加算（Ⅱ）		600円／回
リハビリテーション マネジメント加算（ロ）	利用同意を得た日の属する月～6ヶ月以内	5,930円／月
	利用同意を得た日の属する月から6ヶ月超～	2,730円／月
リハビリテーション マネジメント加算（ハ）	利用同意を得た日の属する月～6ヶ月以内	7,930円／月
	利用同意を得た日の属する月から6ヶ月超～	4,730円／月
リハビリテーション マネジメント加算	事業所の医師が利用者又はその家族に対して 説明し、利用者の同意を得た場合	2,700円／月
短期集中個別リハビリテーション実施加算		1,100円／日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）（週2日限度）		2,400円／日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）		19,200円／月
生活行為向上リハビリテ ーション実施加算	利用開始月～6ヶ月以内	12,500円／月
若年性認知症利用者受入加算		600円／日
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（6ヶ月に1回を限度）		200円／回
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ（6ヶ月に1回を限度）		50円／回
口腔機能向上加算（Ⅰ）（月2回限度）		1,500円／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ（月2回限度）		1,550円／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ（月2回限度）		1,600円／回
重度療養管理加算		1,000円／日
中重度者ケア体制加算		200円／日
科学的介護推進体制加算		400円／月
同一建物減算		－940円／日
送迎減算		－470円／片道
移行支援加算		120円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		220円／回
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		180円／回
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		60円／回
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の8.6%	
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の8.3%	
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の6.6%	
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の5.3%	

【説明確認欄】

令和 年 月 日

通所リハビリテーション利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業所	所在地	北斗市清水川4番地1	
	事業所名	社会福祉法人雄心会 介護老人保健施設 いなほ (通所リハビリテーション)	
	説明者		印
	職 種	支援相談員	

通所リハビリテーション利用契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

利 用 者

住	所	
氏	名	印

身元引受人

住	所	
氏	名	印
続	柄	

「食事費」に係わる同意書

施設の通所リハビリテーションを利用するにあたり、下記の事項について、担当による説明を受けました。希望しました「食事」は、施設の定める料金でお支払いいたします。

令和 年 月 日
社会福祉法人 雄心会 介護老人保健施設 いなほ
施設長 塙 貞明 殿

<利用者>

氏 名

印

<身元引受人>

氏 名

印

記

ご希望により利用頂く場合は、必要な品目の選択欄に○印をご記入願います。

1 食費

選択欄	品 目	単 価
	昼食	5 0 4 円
	夕食	4 5 4 円

- * 施設から一律に提供しているものではありません。
- * 選択内容や金額に変更がある場合は、同意書を再度、提出させていただきます。
特に変更がなければ、施設を利用している間は上記の内容で継続させていただきます。

個人情報使用同意書（通所リハビリテーション）

私（利用者及びその家族）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

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2 使用する事業者の範囲

サービス区分	所在地	事業者名
通所リハビリテーション	北斗市清水川4番地1	社会福祉法人 雄心会 介護老人保健施設 いなほ 通所リハビリテーション

3 使用する期間

令和 年 月 日 から 1年間

但し、期間満了日の14日前までに文書による同意終了の申し出がない場合には、本同意書は同一条件で更新されたものとし、以後も同様とします。

4 条 件

- （1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- （2）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

社会福祉法人雄心会 介護老人保健施設 いなほ
（通所リハビリテーション）

施設長 塙 貞明 殿

（利用者）

住 所
氏 名

印

（家族等）

住 所
氏 名

印

重要事項説明書（介護予防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おけるサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 0．事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 雄心会
主たる事務所の所在地	北斗市清水川4番地1
代表者の氏名	理事長 伊藤 正明
電話番号	0138 (77) 1700

1 1．ご利用施設

施設の名称	社会福祉法人雄心会 介護老人保健施設 いなほ
施設の所在地	北斗市清水川4番地1
都道府県知事許可番号	0151580073
施設長の氏名	埴 貞明
電話番号	0138 (77) 1700
ファクシミリ番号	0138 (77) 1600

1 2．ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人保健施設	平成24年10月 1日	0151580073	96人
短期入所療養介護	平成24年10月 1日	0151580073	空床利用

1 3．施設の目的と運営の方針

〔目的〕 社会福祉法人雄心会が開設する通所リハビリテーション事業所いなほの適正な運営を行うために、人員及び管理・運営に関する事項を定め、事業所の職員が、要支援状態にある利用者に対し、適正な介護予防通所リハビリテーションの各種サービスを提供することを目的とします。

〔方針〕 事業所の介護予防通所リハビリテーション職員は、要支援者等の心身の特性及びそのおかれている環境等を踏まえて、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、理学療法、作業療法、言語療法、その他必要なリハビリテーション等を行うことにより、利用者の心身の機能の維持・回復を図るものとします。

事業の実施にあたっては、関係市区町村、居宅介護支援事業所、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

14. 利用定員

定 員 45 名（通所リハビリテーションの定員含む）

15. 通常の実施地域

実施地域 函館市（旧町除く）、北斗市、七飯町

16. 営業日及び営業時間

営 業 日 月～土

営業時間 通常は午前 10 時から午後 4 時 05 分まで
利用者の状況により通常時間外の利用も可能（有料）

休 日 日曜日、年末年始（12 月 30 日 ～ 1 月 3 日）

17. キャンセル

（1）利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかにご連絡ください。

18. 職員体制（通所リハビリテーション職員と兼務）

職員の職種	人 員
管理者	1 名
医師	1 名以上
看護職員	1 名以上
介護職員	8 名以上
支援相談員	1 名以上（常勤兼務）
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	3 名以上（常勤兼務）

10. サービスの利用料

（1）介護保険給付によるサービス

介護保険給付のサービスに係る費用とは、基本サービス費及び加算とがあり、これらの費用については、厚生労働省より告示される介護報酬に従い、通常その額の 1 割額をお支払いいただきます（年間所得によっては 2～3 割負担の場合があります）。詳細については、別紙をご参照下さい。

（2）介護保険給付外サービス

1）食費

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。

昼 食	504 円
夕 食	454 円

2) 日用生活品費

バスタオル	}	* 参 照
フェイスタオル		
シャンプー&リンス		
ボディーソープ		
食事用おしぼり		

*利用者様よりご希望があった場合は当施設の選定した外注業者と別途ご契約いただきます。なお、お支払いに関しては外注業者との契約内容となります。契約手続きや契約内容の変更及び苦情の受付等、当施設も責任を持ってご対応いたします。

3) 教養娯楽費

教養娯楽活動で使用する、習字、七宝焼、粘土等の材料等の費用であり、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。

材料費等の実費徴収

4) おむつ代

利用者の身体状況により、おむつ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。

平おむつ1枚	50円
パンツ式1枚	100円
尿とりパット1枚	30枚

5) 基本時間外施設利用料／1時間 1,000円

利用者の家族等の都合で、介護予防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。

6) 文書料

診断書等の文書の発行手数料としてお支払いいただきます。

550円～5,500円

(消費税込みの金額となっております)

(3) お支払い方法

- ・ 月末締めめの清算とし、費用の請求は利用月の翌月17日頃になります。お支払いの方法は原則として、ご利用者様の口座より、毎月27日に口座自動振替をさせていただきます。それ以外の方法は別途話し合いのうえ、双方合意した方法により行います。
- ・ 領収書につきましては、口座自動振替をさせて頂いた日付にて、領収書に領収印（領収日入）を押印して翌月に、当月発行の請求書と一緒にお渡しいたします。口座自動振替以外の方法でお支払い頂いた場合には、その場で領収書を発行いたします。また、CareLoopをご利用の場合は

同サービスにて領収書をご確認いただく形となります。

11. 苦情等申立窓口

当施設のサービス等について、ご不明の点や疑問、苦情等がございましたら、当施設1階家族相談室までお気軽にご相談ください。また、1階玄関ホールにご意見箱を設置しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善させていただきます。

	電話番号	0138-77-1700
苦情等申し立て窓口	FAX 番号	0138-77-1600
	担当	支援相談員
	対応時間	午前8時45分～午後5時

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

北斗市民生部 保健福祉課 介護保険係 相談窓口（窓口番号⑥）	所在地 電話番号 FAX 番号 対応時間	北斗市中央1丁目3番10号 0138-73-3111（内線155～157） 0138-73-1401 午前9時00分～午後5時00分
北海道保健福祉部 福祉局施設運営 指導課事業指導 グループ	所在地 電話番号 FAX 番号 対応時間	札幌市中央区北3条西6丁目 011-204-5075 011-232-1097 午前8時45分～午後5時30分
北海道国民健康 保険団体連合会	所在地 電話番号 FAX 番号 対応時間	札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 011-231-5175 011-233-2178 午前9時～午後5時15分

1 2. 協力医療機関

医療機関の名称	函館新都市病院
院長名	原口 浩一
所在地	函館市石川町 3 3 1 番地 1
電話番号	0 1 3 8 - 4 6 - 1 3 2 1
診療科	脳神経外科、脳神経内科、整形外科、循環器内科、内科、 リハビリテーション科、麻酔科、放射線科、小児科、歯科 皮膚科
入院設備	1 5 5 床

1 3. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	年 2 回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯
* 消防法適合施設	防火扉・シャッター、自動通報装置、漏電火災報知器、避難救助袋、非常用照明、カーテンは、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	変更時随時提出 防火管理者 伊藤 優司

1 4. 当事業所ご利用の際にご留意いただく事項

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は原則禁止です。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教・政治活動	施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

1 5. 福祉サービス第三者評価

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

16. 緊急時の対応

(3) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

<かかりつけ医>

病院名

郵便番号 〒 —

住 所

電話番号 ()

(4) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

<連絡先>

氏 名

続 柄

郵便番号 〒 —

住 所

電話番号 ()

介護予防通所リハビリテーション利用に係る基本サービス費及び加算

令和 6 年 6 月 1 日報酬改定時点

当介護予防通所リハビリテーションをご利用頂くにあたり、下記の基本サービス費及び加算に基づき利用のご負担をして頂きますのであらかじめご了承下さい。また一部加算料金につきましては、該当となる場合にのみ加算となります。なおご不明な点がありましたら、支援相談員へご確認下さい。

1. 基本サービス費

当施設をご利用された場合、その方の要支援状態区分によって基本サービス費をご負担して頂きます。また利用契約第2条第2項により、要支援状態に変更が生じた場合には、変更後の要支援状態区分に従い基本サービス費をご負担して頂きます。

(10割額表示)

要支援状態区分	介護予防通所リハビリテーション費
要支援 1	22,680円/月
要支援 2	42,280円/月

2. 加算料金

各加算の条件を満たした場合にご負担して頂きます。

(10割額表示)

加 算 名 称		料 金
生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算（対象月から6ヶ月以内）		基本サービス費＋加算の負担額の合計の15%減算
生活行為向上リハビリテーション実施加算（旧加算）	利用開始月～3ヶ月以内	9,000円/月
	利用開始月から3ヶ月超～6ヶ月以内	4,500円/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算	利用開始月～6ヶ月以内	5,620円/月
若年性認知症利用者受入加算		2,400円/月
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合	要支援 1	－3,760円/月
	要支援 2	－7,520円/月

加 算 名 称		料 金
利用を開始した日の属する 月から起算して12ヶ月を 超えた期間に利用した場合	要支援1	-200円/月
	要支援2	-400円/月
一体的サービス提供加算		4,800円/月
栄養アセスメント加算		500円/月
栄養改善加算		2,000円/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6ヶ月に1回を限度）		200円/回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6ヶ月に1回を限度）		50円/回
口腔機能向上加算（Ⅰ）		1,500円/月
口腔機能向上加算（Ⅱ）		1,600円/月
若年性認知症利用者受入加算		2,400円/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算 （利用開始月～6ヶ月以内）		5,620円/月
退院時共同指導加算（1回のみ）		6,000円/回
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	（要支援1）	880円/月
	（要支援2）	1,760円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	（要支援1）	720円/月
	（要支援2）	1,440円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	（要支援1）	240円/月
	（要支援2）	480円/月
利用開始月から12ヶ月超減算	（要支援1）	1,200円/月
	（要支援2）	2,400円/月
科学的介護推進体制加算	400円/月	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の8.6%	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の8.3%	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の6.6%	
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の5.3%	
高齢者虐待防止措置未実施減算	基本サービス費＋加算の負担額の合計の-1.0%	
業務継続計画未策定減算	基本サービス費＋加算の負担額の合計の-1.0%	

【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護予防通所リハビリテーション利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業所	所在地	北斗市清水川4番地1	
	事業所名	社会福祉法人雄心会 介護老人保健施設 いなほ (介護予防通所リハビリテーション)	
	説明者		印
	職 種	支援相談員	

介護予防通所リハビリテーション利用契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

利 用 者

住	所	
氏	名	印

身元引受人

住	所	
氏	名	印
続	柄	

「食事費」に係わる同意書

施設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、下記の事項について、担当による説明を受けました。希望しました「食事」は、施設の定める料金でお支払いいたします。

令和 年 月 日

社会福祉法人 雄心会 介護老人保健施設 いなほ
施設長 塙 貞明 殿

<利用者>

氏 名 印

<身元引受人>

氏 名 印

記

ご希望により利用頂く場合は、必要な品目の選択欄に○印をご記入願います。

1 食費

選択欄	品 目	単 価
	昼食	5 0 4 円
	夕食	4 5 4 円

- * 施設から一律に提供しているものではありません。
- * 選択内容や金額に変更がある場合は、同意書を再度、提出させていただきます。
特に変更がなければ、施設を利用している間は上記の内容で継続させていただきます。

個人情報使用同意書（介護予防通所リハビリテーション）

私（利用者及びその家族）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

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2 使用する事業者の範囲

サービス区分	所在地	事業者名
介護予防通所リハビリテーション	北斗市清水川4番地1	介護老人保健施設 いなほ 通所リハビリテーション

3 使用する期間

令和 年 月 日 から 1年間

但し、期間満了日の14日前までに文書による同意終了の申し出がない場合には、本同意書は同一条件で更新されたものとし、以後も同様とします。

4 条 件

- (3) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (4) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

社会福祉法人雄心会 介護老人保健施設 いなほ
(介護予防通所リハビリテーション)

施設長 塙 貞明 殿

(利用者)

住 所
氏 名

印

(家族等)

住 所
氏 名

印