

(令和6年4月1日現在)

(1) 施設の名称等

- ## （２）介護老人保健施設の目的と運営方針

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。

私たちはご利用者の尊厳を保持し、その人らしい生活への自立を支援します

	常 勤	非常勤	業務内容
医師	1（兼務）		従業員及び業務全般の管理
看護職員	1	2	利用申込の調整 サービスの提供 サービス内容の管理、実施状況の把握 サービス計画の作成
介護職員	1 1	3	
相談員	1		
理学療法士	5（兼務）	1	
作業療法士	2（兼務）	1（兼務）	
その他		1 2	

- 1

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 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。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。）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑥ 相談援助サービス
- ⑦ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑧ 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）
- ⑨ その他
※これらのサービスのなかには、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. 緊急時の連絡先

※必ず連絡のとれる連絡先とさせていただき、体調不良時は、ご家族様の送迎をお願いしております。（救急搬送時は、直ちに指定病院へ直接お越しく下さい。）

緊急時の 対応方法	サービス提供中に容体の変化や不可効力的な事故があった場合は、マニュアルに従い主治医、救急隊、親族、居宅支援事業者等へ連絡をいたします。		
緊急連絡先	主 治 医	病院名	
		医師名	
		連絡先	
	緊 急 搬 送 先	病院名	
		連絡先	
	ご 家 族	氏 名	続柄（ ）
		連絡先	
		携 帯	
	ご 家 族	氏 名	続柄（ ）
		連絡先	
		携 帯	

4. 施設利用に当たっての留意事項

〔喫煙〕

- ・施設内は禁煙とします。

〔設備・備品の利用〕

- ・職員の許可を得て利用してください。

〔所持品・備品等の持ち込み〕

- ・別紙「通所案内」の範囲とします。

〔貴重品の管理〕

- ・紛失、盗難防止上の為持込はご遠慮ください。

5. 非常災害対策

- ・防災設備等 スプリンクラー、消火器、消火栓、自衛消防隊編成
- ・防災訓練等 年2回以上（内、夜間又は夜間想定1回以上）

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

要望や苦情などは、相談窓口担当者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。

8. キャンセルについて

期限	利用当日の朝8：30まで
連絡先（電話番号）	0569-74-0066 ※留守番電話になっている場合は用件を録音して下さい
キャンセル料	徴収しません。 ※但し、連絡がない場合はキャンセル料（サービス料金の自己負担金額）をいただくことがあります。

9. 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。

通所リハビリテーションについて

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証、介護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、作業療法士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（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。

3. 利用料金

地域区分：7級地 単位数単価：10.17円

※1か月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理関係上差異が生じる場合があります。

（1）基本料金

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日あたりの自己負担分1割分。2割の方は下記料金に2を乗じた額、3割の方は下記料金に3を乗じた額となります。自己負担割合（1割または2割または3割）は介護保険負担割合証に記載している割合となります。

【要介護の方】

① 通所リハビリテーション利用料金（6時間以上7時間未満）

	単位数	自己負担額
要介護1	675単位	686円/日
要介護2	802単位	816円/日
要介護3	926単位	942円/日
要介護4	1077単位	1095円/日
要介護5	1224単位	1245円/日

② 短期集中個別リハビリテーション実施加算

110単位	112円/日
-------	--------

③ リハビリテーションマネジメント加算口

開始6ヶ月以内	593単位	603円/月
開始6ヶ月超え	273単位	278円/月

リハビリテーションマネジメント加算ハ

開始6ヶ月以内	793単位	806円/月
開始6ヶ月超え	473単位	481円/月

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
上記に加えて 270単位 275円/月

④ リハビリテーション提供体制加算

24単位	24円/回
------	-------

⑤ 中重度者ケア体制加算	20単位	20円／回
⑥ 入浴介助加算Ⅰ	40単位	41円／回（入浴された場合）
入浴介助加算Ⅱ	60単位	61円／回（ " ）
⑦ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位	22円／回
⑧ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		所定単位×8.6%
⑨ 科学的介護推進体制加算	40単位	41円／月
⑩ 重度療養加算	100単位	101円／回
⑪ 送迎減算	-47単位	-48円／回（片道につき）
⑫ 生活行為向上リハビリテーション実施加算	1250単位	1271円／月
⑬ 退院時共同指導加算	600単位	610円／回

【要支援の方】

① 介護予防通所リハビリテーション利用料金		
要支援1	2268単位	2307円／月
要支援2	4228単位	4300円／月
② サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		
要支援1	88単位	89円／月
要支援2	176単位	179円／月
③ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		所定単位×8.6%
④ 科学的介護推進体制加算	40単位	41円／月
⑤ 生活行為向上リハビリテーション実施加算	562単位	572円／月
⑥ 退院時共同指導加算	600単位	610円／回

(2) その他の料金 (自費分)

① 食費 (食材料費)

昼食 787 円 (おやつ代含む)

※ 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 日常生活品費／1日 100円

石鹸、シャンプー、リンス、ボディソープ、ティッシュペーパー、バスタオル、タオル、おしぼり、ヘアブラシ、化粧品、箸、スプーン、爪きり等の費用であり、施設で用意するものを選択し、ご利用いただく場合にお支払いいただきます。

施設の日常生活品をご利用されず持参される場合は、お申し出下さい。

③ 教養娯楽費／1日 80円

クラブ活動やレクリエーションで使用する、書道用品、折り紙、手芸用品、園芸用品等の材料や講師の謝礼金、活動経費等の費用であり、施設で用意するものを選択しご利用いただく場合にお支払いいただきます。

④ 行事費

小旅行や観劇等の費用や講師を招いて実施する料理教室の費用で参加された場合にお支払いいただきます。

⑥ オムツ代

・尿パッド	50円
・リハビリパンツ	M 110円、L 120円、LL 130円
・マスク	20円

(3) 支払い方法

基本料金と上記料金を合算し、毎月10日に前月分の請求書を発行しますので、その月の26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、金融機関口座自動引き落としとなります。