

# 医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

## 通所リハビリテーションサービス重要事項説明書

(令和6年6月1日現在)

### 1. 要望及び苦情対応

(1)当施設には、要望及び苦情対応のための相談窓口が常設されております。サービスに対する相談苦情等は、迅速に対応いたしますので担当者までご連絡ください。

相談窓口担当者 池澤 由美江 0248(24)2525

(2)要望及び苦情に対して公正に対応するため、施設長を苦情解決責任者とする苦情対応委員会を設置しています。委員は施設長をはじめ常設窓口担当者、各部門長及び法人が選定する第三者で構成され、合議による解決方策を提供します。

### 2. 施設の概要

#### (1)名称及び定員等

施設名	医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ
開設年月日	平成17年4月1日
所在地	福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地
連絡先	電話：0248(24)2525 FAX：0248(21)2525
管理者氏名(施設長)	佐藤 健(医師)
通所定員	50名
介護保険指定番号	0752880013

#### (2)運営理念

- ①リハビリテーションを通じた地域交流の中から、高齢者の豊かな知識・経験・技術を受け継ぎ、安らぎのある理想社会の創造を目指します。
- ②地域における介護・福祉サービスの中核施設となり、家庭復帰・在宅介護を支援するトータルヘルスケアを提供します。

#### (3)通所リハビリテーションの運営目的

介護保険法令に基づき認定された利用者に対し、看護、医学的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支援を行い、利用者の心身の機能回復、生活の質の向上、及び利用者家族の身体的ならびに精神的負担の軽減を図るための、通所リハビリテーションサービスを提供することです。

#### (4)サービスの内容

##### ①診察

一般に医師として診療の必要があると認める疾病または負傷に対して、的確な診断をもととし、検査、投薬、注射、処置等は療養上妥当適切に行います。

##### ②サービス計画作成ならびに実施

通所者の病状、心身の状態に応じて介護看護を適切に行い、日常生活の充実に資するように行います。

##### ③食事の提供

通所者の食事は、昼食12:00、おやつ10:00と15:00を目安に、食堂で行います。

##### ④入浴

一般浴槽又は特別浴槽による入浴を行います。

##### ⑤機能訓練

理学療法、作業療法、音楽療法、園芸療法などを取り入れた効果的なリハビリテーションと、言語・

聴覚・視能・嚥下訓練などを効率的に行います。

⑥趣味

文化活動、年中行事などを行います。

⑦相談援助

利用者、利用者家族からの相談やカウンセリング、家族介護教育などを行います。

⑧その他

利用者が在宅と変わらない生活を送れるよう、貴重品の管理をはじめ、洗濯、理美容、嗜好品、日常生活に必要とされる事項については、利用者及び利用者家族などと十分な相談を行い、誠心誠意サービス提供に努めます。

(5)施設の職員体制

職種	人数	職務内容
管理者・施設長 (医師)	1人	施設と利用者の安全管理、従業員の業務の管理指導などを行う。 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う。
医師 (1名は管理者・施設長と兼務)	1人以上	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う。
理学療法士 作業療法士 等	2人以上	リハビリテーション及びレクリエーション等計画に基づいた機能維持回復を図るためのリハビリテーションなどを行う。
看護職員	1人以上	計画に基づいた適切な看護及び必要な医療サービスの提供等を行う。
介護職員	9人以上	計画に基づいた適切な介護及び計画に基づいた心身の介護、機能訓練、きめ細やかな日常上のサービス提供を行う。
管理栄養士 (兼務)	1人以上	計画に基づいた食事提供管理、献立管理、栄養管理、食事指導、利用者の嗜好調査などを行う。
事務員 (兼務)	2人以上	施設運営に関する事務業務、利用料の請求受領管理、庶務用度全般を行う。

(6)利用案内

①利用定員 50名

②営業時間 月曜日～金曜日 午前8時45分から午後5時45分

サービス提供時間6時間以上7時間未満：午前9時45分～午後4時00分

サービス提供時間3時間以上4時間未満：午後12時45分～午後4時00分

※日曜日、年末年始(12月31日～1月3日)その他当施設が指定する日は休みとなります。

(7)通常の事業実施地域

通所リハビリの通常のサービス実施地域は、旧白河市、西白河郡西郷村となります。

3. 利用料金

(1) 通所リハビリテーション費

※利用者の負担額は、1割または一定以上の所得のある方は2割・3割の負担となります。

※以下の「規模別通所リハビリテーション費」は、事業所の規模（前年度の平均利用延人員数）に応じて、①-1または①-2のいずれかの料金表が年度ごとに適用されます。

①-1 「通常規模型通所リハビリテーション費」

◆1日あたり【1割負担の場合】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	369円	398円	429円	458円	491円
2時間以上3時間未満	383円	439円	498円	555円	612円
3時間以上4時間未満	486円	565円	643円	743円	842円
4時間以上5時間未満	553円	642円	730円	844円	957円
5時間以上6時間未満	622円	738円	852円	987円	1,120円
6時間以上7時間未満	715円	850円	981円	1,137円	1,290円

◆1日あたり【2割負担の場合】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	738円	796円	858円	916円	982円
2時間以上3時間未満	766円	878円	996円	1,110円	1,224円
3時間以上4時間未満	972円	1,130円	1,286円	1,486円	1,684円
4時間以上5時間未満	1,106円	1,284円	1,460円	1,688円	1,914円
5時間以上6時間未満	1,244円	1,476円	1,704円	1,974円	2,240円
6時間以上7時間未満	1,430円	1,700円	1,962円	2,274円	2,580円

◆1日あたり【3割負担の場合】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	1,107円	1,194円	1,287円	1,374円	1,473円
2時間以上3時間未満	1,149円	1,317円	1,494円	1,665円	1,836円
3時間以上4時間未満	1,458円	1,695円	1,929円	2,229円	2,526円
4時間以上5時間未満	1,659円	1,926円	2,190円	2,532円	2,871円
5時間以上6時間未満	1,866円	2,214円	2,556円	2,961円	3,360円
6時間以上7時間未満	2,145円	2,550円	2,943円	3,411円	3,870円

①-2 「大規模型通所リハビリテーション費（I）」

◆1日あたり【1割負担の場合】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	357円	388円	415円	445円	475円
2時間以上3時間未満	372円	427円	482円	536円	591円
3時間以上4時間未満	470円	547円	623円	719円	816円
4時間以上5時間未満	525円	611円	696円	805円	912円
5時間以上6時間未満	584円	692円	800円	929円	1,053円
6時間以上7時間未満	675円	802円	926円	1,077円	1,224円

◆1日あたり【2割負担の場合】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	714円	776円	830円	890円	950円
2時間以上3時間未満	744円	854円	964円	1,072円	1,182円
3時間以上4時間未満	940円	1,094円	1,246円	1,438円	1,632円
4時間以上5時間未満	1,050円	1,222円	1,392円	1,610円	1,824円
5時間以上6時間未満	1,168円	1,384円	1,600円	1,858円	2,106円

6時間以上7時間未満	1, 350円	1, 604円	1, 852円	2, 154円	2, 448円
------------	---------	---------	---------	---------	---------

◆1日あたり【3割負担の場合】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	1, 071円	1, 164円	1, 245円	1, 335円	1, 425円
2時間以上3時間未満	1, 116円	1, 281円	1, 446円	1, 608円	1, 773円
3時間以上4時間未満	1, 410円	1, 641円	1, 869円	2, 157円	2, 448円
4時間以上5時間未満	1, 575円	1, 833円	2, 088円	2, 415円	2, 736円
5時間以上6時間未満	1, 752円	2, 076円	2, 400円	2, 787円	3, 159円
6時間以上7時間未満	2, 025円	2, 406円	2, 778円	3, 231円	3, 672円

※感染症又は災害発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合は、基本料金に3%が加算されます。

※以下の加算料金は、1割負担の場合の自己負担金額です。

- ②「理学療法士等体制強化加算」(1時間以上2時間未満) 1日につき 30円
- ③「中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算」 所定単位数の5%を加算
- ④「入浴介助加算(Ⅰ)」 1日につき 40円  
「入浴介助加算(Ⅱ)」 1日につき 60円
- ⑤「リハビリテーション提供体制加算」
  - 3時間以上4時間未満 1回につき 12円
  - 4時間以上5時間未満 1回につき 16円
  - 5時間以上6時間未満 1回につき 20円
  - 6時間以上7時間未満 1回につき 24円
- ⑥「リハビリテーションマネジメント加算 イ」 開始月から6月以内 1月につき 560円  
開始月から6月超 1月につき 240円  
「リハビリテーションマネジメント加算 ロ」 開始月から6月以内 1月につき 593円  
開始月から6月超 1月につき 273円  
「リハビリテーションマネジメント加算 ハ」 開始月から6か月以内 1月につき 793円  
開始から6か月超 1月につき 473円  
医師が利用者またはその家族に説明した場合 上記に加えて 270円
- ⑦「短期集中個別リハビリテーション実施加算」  
退院(所)日又は認定日から起算して3月以内 1日につき 110円
- ⑧「認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)」  
退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内 1日につき 240円  
「認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)」  
退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内 1月につき 1,920円
- ⑨「生活行為向上リハビリテーション実施加算」  
利用開始月から6月以内 1月につき 1,250円
- ⑩「移行支援加算」 1日につき 12円
- ⑪「若年性認知症利用者受入加算」 1日につき 60円
- ⑫「栄養改善加算」 1回につき 200円
- ⑬「栄養アセスメント加算」 1月につき 50円
- ⑭「口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)」 1回につき 20円  
「口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)」 1回につき 5円



診断書 2, 200円～

⑧嗜好品及び特別行事など 実費

※医療機関受診及びインフルエンザ予防接種代等は実費料金がかかります。

⑨気象状況の悪化等により、やむを得ずサービス提供時間が短くなった場合は、計画上の単位数を算定させていただくことがあります。

#### (4) キャンセル料

利用者のご都合でサービス利用を中止する場合、以下のキャンセル料がかかります。

- |                                |               |
|--------------------------------|---------------|
| ①サービス利用日の前日午後5時までに連絡いただいた場合    | キャンセル料はかかりません |
| ②サービス利用日の当日午前8時30分までに連絡いただいた場合 | 利用料金の20%      |
| ③サービス利用日の当日午前8時30分までに連絡がなかった場合 | 利用料金の50%      |

#### (5) 利用中の中止

①風邪など病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。

②当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容変更または中止することがあります。その場合、指定された方に連絡のうえ適切に対応します。また、必要に応じて速やかに医師の診察、または主治医に連絡を取るなど必要な処置を講じます。(※サービスを中止した場合、同月内であれば定員に余裕がある日に振り替えることが出来ます)

③利用者またはその家族等(身元引受人)が、利用料金を支払い期日から2か月以上遅延し、さらに支払いの督促から10日以内にお支払いがない場合

#### (6) 支払い方法

毎月末に精算し、翌月15日頃迄に利用契約書にご記入いただいた請求先に手渡し、もしくは郵送いたします。お支払いは、請求書の到着月末までに受付窓口(窓口での現金取り扱いは、月～金曜日の午前8時30分から午後6時30分となります。土曜日・祝日は午前8時30分から午後5時30分まで、日曜日については現金の取り扱いは致しておりません。)、又は銀行振込にてお支払いいただきますようお願いいたします。なお、取り扱いについてご希望がありましたら、事務窓口までお申し出ください。

#### 4. 各医療機関との連携

##### (1) 協力医療機関

◇福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院  
福島県白河市豊地上弥次郎2-1 (当施設より約5Km 車10分)

◇医療法人社団恵周会 白河病院  
福島県白河市字六反山10-1 (当施設より約5Km 車10分)

##### (2) 協力歯科医療機関

◇ゆりのき歯科クリニック (当施設より約50m 徒歩1分)  
福島県西白河郡西郷村字下前田東5-1 大松ビル3F

※協力医療機関ならびに協力歯科医療機関に対しては、利用者の状態が急変した場合、速やかに対応していただけるようお願いしております。

#### 5. 緊急及び事故発生時

(1)利用者、容態の急変、または事故等が発生した場合、利用契約書にご記入いただいた連絡先に連絡するとともに、速やかに医師による診察、救急処置または主治の医師または歯科医師等に連絡、必要と判断した場合は、消防署及び協力医療機関への連絡、搬送または搬送連絡等必要な措置を講じます。

(2)利用者又は家族等に損害を与える事故の発生を確認した場合、速やか市町村に連絡し、必要な処置を講

じます。また、それに伴う賠償等の請求が発生した場合、誠意を持って話し合い双方の合意をもって行うものとします。

- (3) 緊急時の連絡先は、利用契約書にご記入いただいた連絡先に連絡することとし、速やかに必要な措置を講じます。

## 6. 高齢者虐待防止

利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、虐待を防止するための責任者の選定や職員に対する研修の実施、その他虐待防止のために必要な措置を講じます。また、サービス提供中に、職員又は介護者（利用者の家族等高齢者を現に介護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

## 7. 身体拘束廃止

身体的拘束等の適正化のために委員会の設置、会議開催、指針の整備、研修の定期的な実施等を講じます。

## 8. 感染症の予防及びまん延防止

感染症の発生及びまん延等に関する取り組みの徹底を図るため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施等を講じます。

## 9. 業務継続に向けた取り組みの強化

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定した上で、職員等に対して周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的な実施します。

## 10. ハラスメント対策

職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。また、利用者やその家族が職員に対して行う、暴言や暴力、嫌がらせ、誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

## 12. 施設利用にあたっての留意事項

### (1) 送迎時間

利用者の状態や気象状況により、多少時間が前後する場合がありますのでご了承下さい。

### (2) 体調の確認

利用日の朝、利用者の顔色が悪い、発熱しているなど、いつもと違うと感じたときはご連絡ください。

### (3) 連絡ノート

通所リハビリテーションの利用状況を記載いたしますので、必ず目を通してください。また、ご自宅の様子、気になることなどがありましたら、お気軽に記載してください。

### (4) 金銭貴重品

多額の現金、貴重品はお持ちにならないで下さい。

### (5) 身の回り品

施設内への持ち込みに制限はありませんが、それぞれに名前を記入し整理整頓にご協力下さい。なお危険物、ペット等のお持ち込みはご遠慮下さい。

### 1 3. 非常災害対策

当施設は防火防災構造であり、自動通報装置、スプリンクラー設備、非常すべり台等の防災設備を完備しています。また、年2回防災訓練を実施いたします。

### 1 4. 禁止行為

当施設では、ご利用される方皆様に健やかな療養生活を送っていただくため、利用者等の「営利行為、宗教活動、特定の政治活動」を禁止しています。

### 1 5. 秘密の保持と個人情報の保護

#### (1) 利用者及びその家族等に対する秘密の保持について

管理者及びその職員は、利用者及びその家族等から、サービスを提供する上で知り得た秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、これを保持する義務は、利用終了後および職員の離職後も継続します。ただし、下記の事項については、利用者およびその家族等から、あらかじめ文書による同意を得た上で、情報提供を行うことがあります。

- ① 介護保険サービスの利用のため市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者への情報提供、あるいは適切な在宅療養のための医療機関等への情報提供。
- ② 介護保険サービスの質の向上のための勉強会や研修会等での事例研究発表等では、利用者および家族等の個人が特定できないようにすることを厳守します。

### ※重要事項に対する説明確認について

1. 当施設をご利用いただくにあたり、利用者及び身元引受人に対して、介護老人保健施設ニコニコリハビリ通所リハビリテーションサービス重要事項説明書に基づき必要な説明を行ない同意されましたので、一部交付いたします。

令和 年 月 日

福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

管理者 佐藤 健 印

説明者 所 属  
氏 名

2. 私は、介護老人保健施設ニコニコリハビリ通所リハビリテーションサービス重要事項説明書により、当該施設についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所  
氏 名

身元引受人 住 所  
氏 名

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ  
通所リハビリテーションサービス利用同意書

1. 当施設をご利用いただくにあたり、利用者及び身元引受人に対して、介護老人保健施設ニコニコリハビリ利用約款及び通所リハビリテーションサービス重要事項説明書に基づき必要な説明を行ない同意されましたので、一部交付いたします。

令和 年 月 日

福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

管理者 佐藤 健 印

説明者 所 属  
氏 名

2. 私は、介護老人保健施設ニコニコリハビリ利用約款及び通所リハビリテーションサービス重要事項説明書に基づき、当該施設についての重要事項の説明を受け、これらを十分に理解したうえで利用することに同意いたします。

同意年月日 令和 年 月 日

利用者 住 所  
氏 名

身元引受人 住 所  
氏 名

# 医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

## 通所リハビリテーションサービス利用契約書

介護保険法令における要介護認定区分が要支援及び要介護認定者（以下「利用者」という）と医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ（以下「当施設」という。）は、介護保険法令における通所リハビリテーションサービスにおいて次のとおり契約します。

### 第1条（契約の目的）

当施設が、介護保険法令の趣旨及び介護老人保健施設ニコニコリハビリ利用約款（以下「利用約款」という。）に従ってサービスを提供すること、ならびにサービスを受けた者及び身元引受人が利用約款に基づき、利用料を支払うことについて取り交わすことを目的とします。

### 第2条（契約期間）

- 1 この契約期間は、契約締結日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
- 2 利用者は、利用約款の改定が行われない限り利用同意書の提出をもって、くり返し当施設を利用することができます。

### 第3条（通所リハビリテーション計画）

当施設では、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて「居宅サービス計画」に沿って「通所リハビリテーション計画」を作成します。当施設は「通所リハビリテーション計画」の内容を利用者及び身元引受人（以下「利用者等」という。）に説明します。

### 第4条（利用開始前の中止）

- 1 利用者等は、当施設に対して、利用予定日の前日午後5時までに通知することにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。
- 2 利用者等が、利用予定日の前日午後5時までに通知することなくサービス利用を中止した場合は、当施設は利用者等に対し、重要事項説明書に定める計算方法により、利用料の全部又は一部を請求することができます。この場合、当施設は、明細書を付した請求書を利用者等に交付し、利用者等は請求書受け取った月末までに受付窓口、又は銀行振込にて支払うものとします。

### 第5条（本契約に定めのない事項）

この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他所法令の趣旨を尊重し、双方が誠意を持って協議し定めることとします。

### 第6条（連帯保証人）

連帯保証人は、本施設サービス利用契約に基づき利用者が負担する一切の債務を保証し、利用者と連帯して金100万円の限度内で債務履行の責任を負います。

以上の契約を証するため、本書を2通作成し、双方が記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日  
 契約者氏名 当施設 福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地  
 医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ  
 管理者 佐藤 健 印

フリガナ  
 利用者 住 所  
 フリガナ  
 氏 名 印  
 フリガナ  
 身元引受人兼連帯保証人 住 所  
 フリガナ  
 氏 名 印

※利用約款第8条の請求書送付先

ふりかな 氏 名	続 柄	電話番号 携帯番号
〒 住 所		

※利用約款9条の緊急時連絡先

ふりかな 氏 名	続柄	電話番号 携帯番号	勤務先
①		電話 携帯	
②		電話 携帯	
③		電話 携帯	
かかりつけ医師		病院 医院	先生
		病院 医院	先生
		病院 医院	先生

