重要事項説明書

(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)
介護老人保健施設今市Lケアセンターのご案内
(2025年5月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 医療法人矢尾板記念会介護老人保健施設今市Lケアセンター
- ・開設年月日 1992年3月13日
- ・所在地 栃木県日光市平ヶ崎605-1
- ・電話番号 0288(22)8881 ・FAX 0288(22)8379
- ・管理者名 矢尾板 誠一
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(0950780015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、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅の生活を営むための支援を必要とする者に対し、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保険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し、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、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、ご理解いただいたうえでご利用ください。

[介護老人保健施設今市Lケアセンターの運営方針]

1. 当事業所では、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)計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なり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り、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう在宅ケアの支援に努める。
2. 生きがいと希望、並びに自主性を持たす為の精神的指導を行う。
3. 地域の医療機関並びに市町村との連携を密にし、地域の医療・保険福祉に貢献する。
4. 当事業所では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
5. 当事業所は、利用者の人権擁護、虐待の発生またはその再発を防止するための措置(委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者設置)を講ずるものとする。
6. サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。
7. 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当事業所が得た利用者の個人情報については、当事業所での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその家族(代理人)の了解を得ることとする。
8. 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)の提供するにあたっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。

(3) 従業者の職種、員数及び職務の内容

	常勤	非常勤	業務内容
・施設長	1名		施設の運営、管理
・医師		1名以上	利用者の健康、機能の回復のための医療行為と指示
・看護・介護職員	5名以上		(看護) 利用者に対する身体状態の管理・医学的介助、医師の補助 (介護) 利用者に対する生活全般の介護
・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	0.5名以上		利用者の心身の状態に応じた、機能回復のための計画的なリハビリテーションの実施
・管理栄養士	1名以上		利用者に対する栄養指導

(4) 営業日及び営業時間

今市Lケアセンターの営業日及び営業時間は次のとおりとする。

- ・営業日 12月31日から1月3日を除く月曜日から土曜日とする。
- ・営業時間 午前8時30分から午後5時30分までとする。必要に応じて時間延長サービスを行う。

(5) 利用者の定員

今市Lケアセンターの利用者の定員は50人とする。

(6) 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内容

利用者に対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の内容は、次のとおりとする。

- ① 診察
- ② 短期入所療養介護計画・介護予防短期入所療養介護計画の立案
- ③ 機能訓練
- ④ 看護及び医学的管理下における介護
- ⑤ 食事の提供（昼食12時00分～）
- ⑥ 相談及び援助
- ⑦ 医学的管理・看護
- ⑧ レクリエーション
- ⑨ 時間延長サービス
- ⑩ 送迎
- ⑪ その他利用者及びその家族に対する便宜の提供

(7) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は通常の送迎の実施地域は、日光市の一部（旧今市市、旧日光市、旧藤原町とし、施設から片道15kmの範囲とする。

(8) サービス利用に当たっての留意事項

利用者は、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を受ける際には、次に掲げる事項に留意しなければならない。

- ① 通所リハビリテーション計画・介護予防通所リハビリテーション計画に基づいてサービス利用をすること。
- ② 健康状態に異常がある場合は、その旨申し出ること。
- ③ リハビリテーション機器の使用に際しては、従業者の許可及び指示を受けること。
- ④ その他「今市Lケアセンター利用案内」に基づいてサービス利用をすること。
 - ・飲酒・喫煙 : 飲酒は禁止となります。喫煙は所定の場所で行います。
 - ・火気の取扱い : ライター等は施設でお預かりさせていただきます。
 - ・設備・備品の利用 : 本来の用法に誤った使用をし、破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。

- ・所持品等の持ち込み : 全てにお名前をご記入下さい。
 - ・金銭・貴重品の管理 : ご家族にお願いし、持ち込まないようお願いいたします。
 - ・医療機関への受診 : 必要が生じた時は、まず当施設へご連絡ください。
 - ・ペットの持ち込み : 施設内への持ち込み、飼育はご遠慮ください。
 - ・飲食物の持ち込み : 施設内への持ち込みは、食中毒防止の為ご遠慮ください。
- ⑤ 非常災害対策に可能な限り協力すること。

(9) 禁止事項

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。

(10) 非常災害対策

- ① 今市Lケアセンターは、非常災害に関する具体的計画を立てるものとし、非常災害に備えるため、毎年2回の避難及び救出、その他必要な訓練を行うものとする。
- ② 従業者は、常に災害事故防止と、利用者の安全確保に努めるものとする。
- ③ 管理者は、防火管理者を選任するものとし、防火管理者は、定期的に消防用設備、救出用設備等を点検するものとする。

(11) 身体拘束の適正化

身体拘束等の適正化を図るため、原則拘束の禁止と、緊急時等やむを得ず拘束を行った場合の記録等を行っていきます。

(12) 感染対策

感染症の発生やまん延防止のための指針を整備し、必要な対策を講じていきます。

(13) ハラスメント防止のための対策

事業所におけるハラスメント防止のための対策の方針の明確化を図り、相談体制の整備を行います。なお、ハラスメントに関しては、上司や同僚に限らず、利用者や家族から受けるものも含まれます。

(14) 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、速やかな対応をしております。

- ・併設医療機関
 - ・名称 見龍堂クリニックかわせみ
 - ・住所 栃木県日光市平ヶ崎609-4
 - ・電話 0288-22-1221
- ・協力医療機関（病院）
 - ・名称 今市病院
 - ・住所 栃木県日光市今市381
 - ・電話 0288-22-2200
- ・協力歯科医療機関
 - ・名称 湯澤歯科医院
 - ・住所 栃木県日光市今市490-1
 - ・電話 0288-21-0113

◇緊急時の連絡先 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。

(15) 要望及び苦情等の相談

当施設には相談の専門員として窓口を配置しておりますので、お気軽にご相談ください。

（電話：0288-22-8881）

要望や苦情などは、窓口にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、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。

なお、以下の公的機関においても苦情の相談ができます。

日光市健康福祉部 高齢福祉課	住 所 電 話 FAX	栃木県日光市今市本町1 0 2 8 8 - 2 1 - 5 1 0 0 0 2 8 8 - 2 1 - 5 1 0 5
栃木県国民健康保険団体 連合会	住 所 電 話 FAX	栃木県宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル内 0 2 8 - 6 4 3 - 2 2 2 0 0 2 8 - 6 4 3 - 5 4 1 1

(16) 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。

介護老人保健施設今市Lケアセンター緊急時の対応 (介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション)

事故	内容	初期対応	必要事項
1.転倒/ 骨折	利用者の 転倒/ 骨折事故	①利用者の緊急処置 併設診療所への連絡 見龍堂クリニックかわせみ ②事故状況を確認 ③家族への連絡 ④担当スタッフによる事故報告書の提出	・家族へ発生状況を詳しく説明 (責任者・看護職員) ・事故報告書(内部)の作成(当事者) ・行政への報告 ・ケアマネへの報告
2.怪我	利用者及び 職員の怪我	①対象者の緊急処置 ②事故状況を確認 ③利用者の場合、家族への連絡 ④担当スタッフによる事故報告書の提出	・家族へ発生状況を詳しく説明 (責任者・看護職員) ・事故報告書(内部)の作成 (当事者) ・行政への報告 ・ケアマネへの報告
3.誤飲	利用者の誤 飲事故	①対象者の緊急処置 ②事故状況を確認 ③家族への連絡 ④担当スタッフによる事故報告書の提出	・家族へ発生状況を詳しく説明 (医師・看護職員) ・事故報告書(内部)の作成 (当事者) ・行政への報告 ・ケアマネへの報告
4.伝染病	伝染性疾患 が発見され た場合	①医師の診察、対応・指示を受ける ②届出が必要な場合、保健所に連絡(医師) 県西健康福祉センター(0289-64- 3125)	・行政への報告 ・ケアマネへの報告
5.食中毒	集団下痢等 があった場 合	①医師の診察、対応・指示を受ける ②保健所に連絡(医師) ③保健所から対策の指示を仰ぐ 県西健康福祉センター(0289-64- 3125)	・行政への報告 ・ケアマネへの報告

6.交通事故	利用者の送迎等	<ul style="list-style-type: none"> ①事故状況により怪我人の救急病院等への搬送 ②警察、施設、保険会社への連絡 ③家族、居宅介護支援事業所への連絡 ④加害者、被害者との協議 	
7.急死	利用者が突然死亡した場合	<ul style="list-style-type: none"> ① 医師の診察 ② 死因が不明な場合、警察への連絡（医師） ③ 家族への連絡（医師） 	<ul style="list-style-type: none"> ・すでに死亡している場合は周辺及び対象を動かさない。 ・ 事故報告書（内部）の作成 ・ ケアマネへの報告
8.自殺	利用者が自殺した場合	<ul style="list-style-type: none"> ① 現場状況を保存 ② 警察への連絡（医師） ③ 家族への連絡（医師） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故報告書（内部）の作成

通所リハビリテーションについて

1. 介護保険証等の確認

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」「介護保険負担割合証」を確認させていただきます。

2. 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション（以下「通所リハビリテーション等」という。）についての概要

通所リハビリテーション等については、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、言語療法等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、言語療法士等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

A 保険給付の自己負担額

※ 当施設は地域区分7級地に該当しておりますので、自己負担額は合計単位数に地域単価（10,177円）を乗じた金額から介護保険給付分を差し引いた金額になります。（介護保険負担割合証の利用負担の割合に準じます。）

（1）介護保険負担割合証の利用者負担割合が1割の方（要介護）

1) 通常規模型通所リハビリテーション費／回

	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	376 円	405 円	437 円	466 円	500 円
2時間以上3時間未満	390 円	447 円	507 円	565 円	623 円
3時間以上4時間未満	495 円	575 円	654 円	756 円	857 円
4時間以上5時間未満	563 円	653 円	743 円	859 円	974 円
5時間以上6時間未満	633 円	751 円	867 円	1004 円	1139 円
6時間以上7時間未満	728 円	865 円	998 円	1157 円	1312 円
7時間以上8時間未満	775 円	919 円	1064 円	1236 円	1403 円

利用当日の心身の状況や急な気象状況の悪化等により、やむを得ず利用時間を短縮した場合、計画上の単位で算定させていただきます。大きく短縮した場合には、計画を変更の上、変更後の利用時間に応じた単位を算定させていただきます。

2) 加算

加算内容	加算額
中山間地等に居住する者への提供体制加算 通常の事業実施地域を超えて、中山間地等に居住する利用者にサービスを行った場合	所定単位数の5%
延長加算 7時間以上8時間未満の通所リハビリテーション実施前後に、サービス提供を行った通算が8時間を超えた場合 8時間以上 9時間未満の場合 9時間以上 10時間未満の場合 10時間以上 11時間未満の場合 11時間以上 12時間未満の場合 12時間以上 13時間未満の場合 13時間以上 14時間未満の場合	51 円/日 102 円/日 153 円/日 204 円/日 255 円/日 306 円/日
入浴介助加算 (I) 計画上、入浴介助を行うこととなっている場合	4 1 円/日
入浴介助加算 (II) 専門職が居宅を訪問し、医師の指示のもと浴室における動作及び環境を評価・助言し、個別の入浴計画を作成した場合	6 1 円/日
サービス提供体制強化加算 (I) ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上の体制 ②介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上の体制 ※上記①～②のいずれかに適合した場合	2 3 円/日
サービス提供体制強化加算 (II) 介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上の体制	1 9 円/日
サービス提供体制強化加算 (III) ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が40%以上の体制 ②利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続7年以上の割合が30%以上の体制 ※上記①～②のいずれかに適合した場合	7 円/日
リハビリテーションマネジメント (イ) リハビリテーション会議を開催し、リハビリ専門職が専門的な見地から指導及び助言し説明した内容等を医師に報告した場合 6ヶ月以内の期間 6ヶ月を超えた期間	570 円/月 244 円/月
リハビリテーションマネジメント (ロ) (イ)の要件に加え、通所リハビリテーション計画書の内容に関するデータを厚生労働省に提出した場合 6ヶ月以内の期間 6ヶ月を超えた期間	603 円/月 278 円/月
リハビリテーションマネジメント (ハ) (ロ)の要件に加え、外部との連携により管理栄養士を1名以上配置し、他職種共同で栄養・口腔アセスメントを実施し情報を共有した場合 6ヶ月以内の期間 6ヶ月を超えた期間	807 円/月 481 円/月

加算内容	加算額
リハビリテーションマネジメントに係る医師による説明 リハビリテーション会議を開催し、医師が専門的な見地から利用者又は家族に指導及び助言を行い同意を得た場合（イ・ロ・ハに加えて）	275 円/月
理学療法士等体制強化加算 1時間以上2時間未満のサービスを実施し、リハビリテーション専門職の配置数が、一定の基準を満たしている場合	31 円/日
リハビリテーション提供体制加算 リハビリテーション専門職の配置数が、一定の基準を満たしている場合	3時間以上4時間未満 13 円/日 4時間以上5時間未満 17 円/日 5時間以上6時間未満 21 円/日 6時間以上7時間未満 25 円/日 7時間以上 29 円/日
短期集中個別リハビリテーション実施加算 退院・退所または認定日以降の利用者に対して、3ヶ月以内の期間に短期・集中的に個別リハビリテーションを実施した場合	112 円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 医師より認知症の診断を受けリハビリテーションの必要性を認められた利用者に対し、通所開始後3月以内に短期・集中的に個別リハビリテーションを実施した場合（週2回を限度）	244 円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 医師より認知症の診断を受けリハビリテーションの必要性を認められた利用者に対し、通所開始後3月以内に短期・集中的に生活機能向上に資するリハビリテーションを実施した場合（月4回以上）	1953 円/月
若年性認知症利用者受入加算 個別の担当者が特性やニーズに応じたサービスを提供した場合	61 円/日
生活行為向上リハビリテーション実施加算 居宅等の実際の生活場面における指導等を提供し評価を概ね1月に1回以上実施した場合 開始月から6月以内の期間	1272 円/月
移行支援加算 指定通所介護等へ移行するにあたり、リハビリテーション計画書を移行先の事業所に提出し、実施状況を確認し記録した場合	13 円/日
栄養改善加算 多職種共同により栄養改善サービスを実施し必要に応じ居宅を訪問した場合（3月以内、月2回を限度）	204 円/回
栄養アセスメント加算 外部との連携により管理栄養士を1名以上配置し、多職種共同で栄養アセスメントを実施しデータを厚生労働省に提出した場合	51 円/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 口腔・栄養状態について確認し介護支援専門員に情報を提出した場合（6月に1回を限度）	21 円/回

加算内容	加算額
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 口腔又は栄養状態について確認し介護支援専門員に情報を提出した場合（6月に1回を限度）	5 円/回
口腔機能向上加算（Ⅰ） 多職種共同により口腔機能向上サービスを実施した場合（3月以内、月2回を限度）	153 円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ （Ⅰ）の要件に加え、リハビリマネジメント加算（ハ）を算定している場合で、口腔機能改善管理指導計画等のデータを厚生労働省に提出した場合（3月以内、月2回を限度）	158 円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ （Ⅰ）の要件に加え、リハビリマネジメント加算（ハ）を算定していない場合で、口腔機能改善管理指導計画等のデータを厚生労働省に提出した場合（3月以内、月2回を限度）	163 円/回
中重度者ケア加算 中重度要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供する体制が整っている場合	21 円/日
重度療養管理加算 要介護3、要介護4又は5であって、常時の喀痰吸引・経管栄養や胃瘻・褥瘡等の状態にある利用者に対して医学的管理を行った場合	102 円/日
当該事業所が送迎を実施しない場合（片道につき）	▲48 円/回
科学的介護推進体制加算 利用者の心身状況に係る情報を厚生労働省に提出した場合	41 円/月
退院時共同指導加算 病院等に入院中の者が退院するにあたり、医師またはリハビリ専門職員が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行い、初回の通所リハビリテーションを行った場合（当該退院につき1回限り）	611 円/回
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 下記の（Ⅱ）に加えて、経験技能のある介護職員を一定以上配置している場合（1月の保険給付の合計金額に、右記を乗じた金額を算定）	8.6 %/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 介護職員等の確保に向けて、職場定着のための取り組み、職場環境の改善、見える化等の取り組みを行った場合（1月の保険給付の合計金額に、右記を乗じた金額を算定）	8.3 %/月

(2) 介護保険負担割合証の利用者負担割合が1割の方（要支援）

1) 介護予防通所リハビリテーション費/月

	要支援1	要支援2
介護予防通所リハビリテーション	2307円/月	4300円/月

2) 加算

加算内容	加算額
中山間地等に居住する者への提供体制加算 通常の事業実施地域を超えて、中山間地等に居住する利用者にサービスを行った場合	所定単位数の5%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上の体制 ②介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士社士合が25%の体制 ※上記①～②のいずれかに適合した場合	要支援1 90円/月 要支援2 179円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上の体制	要支援1 74円/月 要支援2 147円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が40%以上の体制 ②利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続7年以上の割合が30%以上の体制 ※上記①～②のいずれかに適合した場合	要支援1 25円/月 要支援2 49円/月
栄養アセスメント加算 外部との連携により管理栄養士を1名以上配置し、多職種共同で栄養アセスメントを実施しデータを厚生労働省に提出した場合	51円/月
栄養改善加算 多職種共同により栄養改善サービスを実施し必要に応じ居宅を訪問した場合（3月以内、月2回を限度）	204円/月
口腔機能向上加算(Ⅰ) 多職種共同により口腔機能向上サービスを実施した場合（3月以内、月2回を限度）	153円/月
口腔機能向上加算(Ⅱ) (Ⅰ)の要件に加え、口腔機能改善管理指導計画等のデータを厚生労働省に提出した場合（3月以内、月2回を限度）	163円/月
一体的サービス提供加算 以下の要件をすべて満たす場合算定 ①栄養改善サービスおよび口腔機能向上サービスを実施 ②1月に2回以上上記のサービスを提供 ③栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと	498円/月
利用開始日の属する月から12月を超える期間利用した場合 (3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、専門的な見地から情報を共有し、データを厚生労働省に提出した場合の減算は行わない)	要支援1 ▲122円/月 要支援2 ▲244円/月

加算内容	加算額
科学的介護推進体制加算 利用者の心身状況に係る情報を厚生労働省に提出した場合	41 円/月
退院時共同指導加算 病院等に入院中の者が退院するにあたり、通所リハビリテーションの医師またはリハビリテーション専門職が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合（当該退院につき1回限り）	611 円/回
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 下記の（Ⅱ）に加えて、経験技能のある介護職員を一定以上配置している場合（1月の保険給付の合計金額に、右記を乗じた金額を算定）	8.6 %/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 介護職員等の確保に向けて、職場定着のための取り組み、職場環境の改善、見える化等の取り組みを行った場合（1月の保険給付の合計金額に、右記を乗じた金額を算定）	8.3 %/月

1) 食費

B 保険給付対象外の自己負担額

	昼食（おやつ代込み）	夕食
食費	700円	630円

(2) その他費用

*（税込）表記以外は全て非課税

項目	料金
日常生活品費 石鹸、シャンプー、バスタオルやおしぼり等の費用であり、施設で用意するものをご希望により、ご利用いただく場合	250円/日
教養娯楽費 倶楽部やレクリエーション等で使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げ等遊具、DVD等の費用であり施設で用意するものをご希望によりご利用いただく場合	170円/日
おむつ代 紙オムツ リハビリパンツ 尿とりパット 利用者の身体の状況により、施設で用意するものをご利用いただく場合	143円/枚（税込） 132円/枚（税込） 28円/枚（税込）
交通費 利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある場合 （事業所から往復30kmを超えた場合1kmにつき10円）	実費
謄写代 ご希望による謄写した診療録等を提供した場合	20円/頁（税込）

4. 送迎サービス利用時の施設の責任範囲

送迎サービスの範囲は利用者宅の玄関から施設、また、施設から利用者宅の玄関までとし、この間の事故等における責任は施設責任といたします。

利用者の状態及び家族の状況により、居宅サービス計画書及び通所リハビリテーション計画に、家屋内における移動介助を位置づけ実施した場合、家屋内における事故等の責任は施設責任とします。

上記以外においての事故等については利用者及び利用者家族の責任といたします。

5. 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、口座振込み、口座引落しの三つの方法いずれかでお支払いください。尚、口座振込みを利用された場合の、振込み手数料はご本人（ご家族）に負担していただきます。

介護老人保健施設今市Lケアセンター

通所リハビリテーション等同意書

介護老人保健施設今市Lケアセンターの通所リハビリテーション等利用にあたり、利用者（本人が判断不能な場合は身元引受人に対して、重要事項説明書（2025年5月1日現在）を交付の上説明いたしました。

西暦 年 月 日

〈説明者〉
事業所名 介護老人保健施設今市Lケアセンター
職 氏 名

介護老人保健施設今市Lケアセンターの通所リハビリテーション等を利用するにあたり、重要事項説明書を受領し、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。

西暦 年 月 日

〈利用者〉
住 所
氏 名

〈利用者の身元引受人〉
住 所
氏 名

介護老人保健施設今市Lケアセンター
施設長 矢尾板誠一様

【請求書・領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【緊急時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	