

介護老人保健施設「館山ケアセンター夢くらぶ」  
通所リハビリテーション「元気」のご案内

(令和6年6月1日現在)

1. 施設 の 概 要

・施設名	介護老人保健施設「館山ケアセンター夢くらぶ」
・開設年月日	平成18年5月1日
・所在地	千葉県館山市山本392-1
・電話番号	0470-20-2000
・FAX番号	0470-20-2002
・管理者名	松永 真美子
・介護保険指定番号	介護老人保健施設（千葉県第1253680022号）

## (1) 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、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事ができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることが出来るように支援することを目的とした在宅復帰、在宅支援の施設です。家庭復帰の場合には、療養環境の調節などの退所時の支援も行いますので、安心して退所していただけます。また居宅での生活を一日でも長く継続できるように、短期入所療養介護（介護予防含む）や通所リハビリテーション（介護予防含む）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ています。

上記の目的に沿って、当施設では、以下のような運営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。

〈介護老人保健施設「館山ケアセンター夢くらぶ」の運営方針〉

- ・いのちに優しく、こころ豊かな、夢を語れる地域社会を目指し社会貢献します。
- ・いのちの連続性を重んじる医療を提供します。
- ・住民に安心を提供し、良質で責任ある医療を実施します。
- ・尊厳を大切にし、自立（律）支援を目指す医療を実践します。
- ・住民と共にネットワークを作り、地域社会を作ります。
- ・子供たちのために、世界のために、未来のために、豊かな社会を作るよう活動します。

## (2) 施設の職員体制

職 種	当施設の職員人数		業 務 内 容
	入所・短期入所療養介護（予防含む） ・通所リハビリテーション（予防含む）		
	常勤（人）	非常勤（人）	
医師	1名以上		診療及び利用者の健康管理
看護職員	9名以上		保健衛生及び看護業務
薬剤師		1名以上	薬剤の調合及び管理業務
介護職員	29名以上		日常生活における介護
支援相談員	2名以上		利用者の相談、苦情、要望、受け入れ
介護支援専門員	1名以上		利用者のケアプラン作成
理学療法士	2名以上		利用者のリハビリテーション業務
作業療法士			
言語聴覚士			
歯科衛生士	1名以上		口腔衛生、口腔指導等
管理栄養士	1名以上		献立、栄養指導等
事務員	2名	1名	所内の庶務、会計等の業務
その他（運転手等）	5名	10名	送迎、施設営繕の業務

## (3) 施設規模

入所定員 100名（短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護を含む）  
療養室 個室60室、多床室（4人部屋）10室  
通所定員 35名（1日）（介護予防通所リハを含む）

### 通所リハビリテーションについて

\*通所リハビリテーションは要介護者の家庭での生活を維持させるために立案された居宅介護サービスに基づき、当施設をご利用いただき個別リハビリテーション、集団リハビリテーション、生活リハビリテーションその他必要なりハビリテーションを行い、利用者様の心身の機能維持回復を図るために提供されます。このサービスを提供するにあたり利用者様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計画が作成されますが、その際、ご本人様、ご家族様の希望を十分に取り入れ、また計画の内容については見直しごとに同意をいただくようになります。

\*原則としてリハビリテーションは機能訓練室にて行いますが、施設内の全ての活動が機能訓練のためのリハビリテーションの効果を期待したものです。

\*介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師、看護師が常勤していますのでご利用者の状態に照らして適切な医

療・看護を提供いたします。

(4) 通所リハビリテーション部門の施設内設備等

食堂	1室（夢空間）
浴室	大風呂1室、個浴3台（うち檜風呂1台）、機械浴1台
静養室（ベッドあり）	1室（体調不良や横になりたいときに使用）
トイレ	5ヶ所
機能訓練室	リハビリ用のマシーン設置
送迎車輛	7台
レクリエーション室	1室（デイルーム）

(5) 利用時間（サービスの提供時間） 6時間～7時間

毎週 月曜日から土曜日 （祝祭日は営業いたします） （日曜はお休みです）	職員勤務時間 午前8時30分～午後5時30分 利用時間 （午前9時45分～午後4時15分） 送迎時間 迎え（午前8時50分～午前10時00分） 送り（午後4時10分～）（概ねの時間です）
--	--

2. サービスの内容

①施設サービス計画の立案

\*それぞれの職務間の協議によって施設サービス計画を作成し、ケアプランに基づいてサービス提供しています。その際ご本人様・ご家族様の希望を受け入れ作成した計画の内容について同意をいただきます。

②食事（おやつ含む） 昼食12:00～ おやつ15:00～

③入浴（但し、ご利用者の身体の状態に応じて入浴を検討する場合がございます。）

④医学的管理・看護

\*緊急時の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

⑤介 護

⑥各種機能訓練（個別リハビリテーション、集団リハビリテーション、生活リハビリテーション）

⑦レクリエーション（グループ活動等）

⑧相談援助サービス

⑨栄養管理、栄養ケアマネジメント等の栄養状態の管理

⑩送迎（対象地域は館山市内、南房総市です。）

（なお、館山市内の神戸、西岬、富崎、神余地区は一度ご相談下さい。）

⑪その他

\*上記のサービスの中には、基本料金とは別に料金が発生する場合がありますので詳細につきましてはご相談下さい。

### 3. 料 金 【別紙2】 利用料金案内に記載

### 4. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話：0470-20-2000

F A X：0470-20-2002

担 当：支援相談員

### 5. サービスの利用方法

#### (1) 介護保険証の確認

ご利用申し込みにあたり、ご本人様の介護保険証を確認させていただきます。

#### (2) サービスの利用開始

当施設での利用審査会を経て利用契約を結び、通所利用日を設定します。事前にご担当の居宅ケアマネジャーと居宅サービス計画についてご相談下さい。開始にあたり通所リハビリテーション計画書等を作成いたします。

#### (3) サービスの終了

##### 1. 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了する日の1週間前までにお申し出して下さい。

##### 2. 施設側の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスを終了させていただく場合がございます。その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知しご説明いたします。

##### 3. 自動終了の場合

以下の場合には双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者様が他の施設又は他の病院に入所、入院してしまった場合
- ・介護保険給付サービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者様がお亡くなりになった場合若しくは被保険者の資格を失った場合

##### 4. その他

当施設が正当な理由なくサービスの提供をしない場合、守秘義務に反した場合、利用者様に対して社会的通念を逸脱する行為をとった場合、または、施設が閉鎖した場合、利用者様は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。

また、利用者様がサービス料金を2ヶ月以上遅延し料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日間以内に支払わない場合、または利用者様や家族様等が当施設や当施設のサービス従業者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することによりすぐサービスを終了させていただく場合があります。

## 6. 施設利用にあたっての留意事項

### 介護保険証の確認

- ・初回利用時、更新時、変更時に各保険証の確認を行います。

### 医療保険証の確認

- ・後期高齢者医療被保険者証、健康保険者証、医療受給者証等を確認させていただきます。受診等の際に必要なになります。  
(更新された場合も同様です。)

### 施設利用中の食事

- ・特別の事情が無い限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。(飲食物のお持ち込みはご遠慮ください)

### 飲 酒

- ・飲酒をされての利用はご遠慮願います。飲酒が認められた場合は利用をお休みさせていただく場合がございます。(その際はご家族や担当ケアマネジャーに相談させていただきます。)

### 喫 煙

- ・全館、敷地内は禁煙となっております。

### 火気の取り扱い

- ・ライター・マッチ等の所持は禁止しております。

### 設備・備品の利用

- ・施設内の居室や設備・器具は用途に従ってご利用ください。これに反した利用により破損・紛失等が生じた場合は賠償いただく場合がございます。

### 金銭・貴重品の管理

- ・施設では金銭・貴重品はお預かり出来ません。(携帯電話については各自管理のもとお願い致します。)
- ・金銭・貴重品及び所持品(眼鏡、補聴器・義歯等)の紛失・破損については施設では責任を負いかねますのであらかじめご了承ください。

### 無断外出

- ・ご利用時間内の無断外出はお断りいたします。無断外出に伴う事故等については責任を負いかねますのでご了承ください。

## 7. 非常災害対策

- ・防 災 設 備 消火器、消火栓、自動火災報知器、火災通報装置（消防署への通報）、避難器具（2カ所）、誘導灯、自家発電機、スプリンクラー等
- ・防 災 訓 練 年2回(避難誘導、初期消火・通報の訓練、救助等)
- ・災害時の対応 別途定める「介護老人保健施設 館山ケアセンター夢くらぶ消防計画」に沿って対応いたします。

## 8. 禁 止 事 項

- ・当施設では、利用者様に安心して療養生活を送っていただく為に、利用者並びに利用者関係者様の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。その他、公序良俗に反する行為も禁止いたします。

## 9. 要望及び苦情の相談

- ・当施設には支援相談の専門職員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談下さい。

また、要望や苦情などは、担当支援相談員及び他の職員にお寄せいただければ速やかに対応いたします。なお、所定の場所には「ご意見箱」もございますのでご利用下さい。

（苦情受付窓口担当者 支援相談員 川上亜矢、佐生真紀）

（苦情解決責任者 施設長 松永真美子）

（相談・苦情受付窓口連絡先 電話 0470-20-2000・FAX 0470-20-2002）

（その他関係市町村の窓口 館山市高齢者福祉課 0470-22-3487

南房総市健康支援課 0470-36-1154

鴨川市健康推進課 0470-93-7111

鋸南町健康福祉課 0470-50-1172

（その他千葉県の窓口 千葉県健康福祉部高齢者福祉課 043-223-2387

千葉県健康福祉部医療整備課 043-223-3882

（千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情処理係 043-254-7428

【別紙2】

利用料金案内（通所リハビリテーション）

1. 介護保険証の確認

ご利用申し込みにあたり、ご利用希望者様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

(1) 基本料金

以下は1日あたり6時間以上7時間未満の保険料の負担分です。

介護度	介護保険の負担額
要介護1	715円
要介護2	850円
要介護3	981円
要介護4	1,137円
要介護5	1,290円

(2) 加算料金（加算については利用者様に提供するサービスによって異なります。）

- |  |       |
|--|-------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）  | 22円/日 |
| 介護職員のうち介護福祉士が70%以上又は、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている場合、基本料金に1日22円が加算されます。 |       |
- |  |       |
|--|-------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）                                | 18円/日 |
| 介護職員のうち介護福祉士が50%以上配置されている場合、基本料金に1日18円が加算されます。 |       |
- |   |      |
|---|------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）   | 6円/日 |
| 介護職員のうち介護福祉士が40%以上又は、介護職員のうち勤続7年以上の介護福祉士の占める割合が30%以上の場合、基本料金に1日6円が加算されます。 |      |
- |                |            |
|----------------|------------|
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位数×8.6% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） | 所定単位数×8.3% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） | 所定単位数×6.6% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） | 所定単位数×5.3% |

<令和6年6月1日より令和7年3月31日迄>

- |                    |            |
|--------------------|------------|
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（1）  | 所定単位数×7.6% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（2）  | 所定単位数×7.3% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（3）  | 所定単位数×7.3% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（4）  | 所定単位数×7.0% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（5）  | 所定単位数×6.3% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（6）  | 所定単位数×6.0% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（7）  | 所定単位数×5.8% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（8）  | 所定単位数×5.6% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（9）  | 所定単位数×5.5% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（10） | 所定単位数×4.8% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（11） | 所定単位数×4.3% |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（12） | 所定単位数×4.5% |

- ・ **介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（13）** 所定単位数×3. 8%
- ・ **介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（14）** 所定単位数×2. 8%

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している場合、基準に従って所定の割合に応じた介護報酬を加算します。

- ・ **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	12円/日
4時間以上5時間未満	16円/日
5時間以上6時間未満	20円/日
6時間以上7時間未満	24円/日
7時間以上	28円/日

リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合、時間に応じて加算されます。

- ・ **リハビリテーションマネジメント加算（イ）**

同意日の属する月から起算して6ヶ月以内	560円/月
同意日の属する月から起算して6ヶ月超	240円/月

リハビリテーション会議を定期的開催する等、リハビリテーションマネジメントを継続的に実施し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者様等に説明・同意を得て医師へ報告すること。

- ・ **リハビリテーションマネジメント加算（ロ）**

同意日の属する月から起算して6ヶ月以内	593円/月
同意日の属する月から起算して6ヶ月超	273円/月

リハビリテーションマネジメント加算（イ）の要件を満たし、結果等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの有効な実施のために必要な情報を活用すること。

- ・ **リハビリテーションマネジメント加算（ハ）**

同意日の属する月から起算して6ヶ月以内	793円/月
同意日の属する月から起算して6ヶ月超	473円/月

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）の要件を満たし、管理栄養士を1名以上配置した上で、多職種が共同し栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行い、口腔の健康状態を評価し、課題の把握を行っていること。通所リハビリテーション計画、口腔の健康状態、栄養状態の情報を共有し、その情報を踏まえ、計画の見直しや関係職種に情報提供していること。事業所の医師が利用者様やご家族に対して説明し同意を得た場合、上記に加えて月に270円が加算されます。

- ・ **入浴介助加算（Ⅰ）** 40円/日  
入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助の場合、基本料金に1日につき40円加算されます。

- ・ **入浴介助加算（Ⅱ）** 60円/日  
医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは介護支援専門員又は福祉用具専門相談員等その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者が、利用者様の自宅を訪問し浴室の評価を実施します。個別の入浴計画書を作成し、必要に応じて入浴動作や環境整備の助言を行っている場合、基本料金に1日につき60円加算されます。

- ・ **短期集中個別リハビリテーション実施加算** 110円/日  
退院・退所後、または要介護認定を受けた後に早めに在宅における日常生活活動の自立性を向上させるために集中的・個別にリハビリを実施いたします。医師または医師の指示を受けた理学療法士



等が利用者様の退院（所）日又は認定日から起算して3ヵ月以内に、集中的に個別リハビリテーションを行った場合、基本料金に1日110円が加算されます。

- **認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）** 240円/日  
認知症であり、かつリハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると医師が判断した者に対し医師または医師の指示を受けた理学療法士等が集中的な個別リハビリテーションを実施した場合、通所開始日から3ヶ月、週2回を限度に基本料金に1日240円が加算されます。
- **認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）** 1,920円/月  
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）の要件を満たし集中的にリハビリテーションを行う際、1ヶ月に4回以上実施し、通所リハビリテーション計画書を作成し、生活機能向上に資するリハビリテーションを実施し、リハビリテーションマネジメント加算（イ）・（ロ）・（ハ）もいずれかを算定している場合、退院又は通所開始月から3ヶ月に限り毎月1,920円が基本料金に加算されます。
- **生活行為向上リハビリテーションマネジメント実施加算** 1,250円/月  
利用日の属する月から起算して6ヶ月以内  
生活行為の充実を図る為に目標及びリハビリテーション実施計画を定め、利用者に対し計画的にリハビリを実施し、能力の向上を支援した場合、基本料金に加算されます。
- **若年性認知症利用者受入加算** 60円/日  
若年性認知症利用者を受け入れ、個別に担当を定めて通所リハビリテーションを実施した場合、基本料金に1日60円が加算されます。
- **栄養アセスメント加算** 50円/月  
利用者様ごとに管理栄養士等が栄養アセスメントを行い、利用者様やご家族様に対しその結果を説明し、必要に応じて相談にも対応していきます。また、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出した場合、基本料金に月50円が加算されます。ただし、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）及び栄養改善加算との併せての算定はできません。
- **栄養改善加算** 200円/日  
低栄養状態にある利用者様に対し管理栄養士、看護職員が共同して栄養ケア計画を作成し栄養改善を行った場合は3ヶ月内に1月2回を限度とし、基本料金に1回200円が加算されます。  
ただし、口腔機能向上サービスの開始から3ヶ月ごとの評価の結果、口腔機能が向上せず引き続き口腔機能向上サービスが必要と認められた場合は引き続き算定が可能です。
- **口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）** 20円/回  
6ヶ月ごとに利用者様の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報をその利用者様を担当する介護支援専門員に提供している場合、6ヶ月に1回を限度に1回につき20円が加算されます。ただし、栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算を併せての算定は出来ません。
- **口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）** 5円/回  
利用者様が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者様を担当する介護支援専門員に提供している場合、6ヶ月に1回を限度に1回につき5円が加算されます。ただし、栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定して口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）が算定出来ない場合のみ、加算されます。
- **口腔機能向上加算（Ⅰ）** 150円/回

言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置し、利用者様の口腔機能を利用開始時に把握し多職種が共同して、利用者様ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し、定期的に記録・評価をしている場合3ヶ月以内の期間に限り月2回まで算定が可能です。ただし、口腔機能向上サービスの開始から3ヶ月ごとの評価の結果、口腔機能向上サービスが必要と認められた場合は引き続き算定が可能です。（リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している場合、口腔機能向上加算（I）は算定できません。）

- ・ **口腔機能向上加算（II）イ** 155円/回  
 口腔機能向上加算（I）の取組に加え、リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定しており、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し必要な情報を活用している場合、原則3ヶ月以内に月2回を限度として1回につき155円加算されます。
- ・ **口腔機能向上加算（II）ロ** 160円/回  
 口腔機能向上加算（I）の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し必要な情報を活用している場合、原則3ヶ月以内に月2回を限度として1回につき160円加算されます。
- ・ **重度療養管理加算** 100円/日  
 介護度3又は4又は5であって別に厚生労働大臣が定める状態である利用者様に対し医学的管理の下、通所リハビリテーションを行った場合、基本料金に1日100円が加算されます。
- ・ **中重度者ケア体制加算** 20円/日  
 中重度要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続を資するサービスを提供する為、指定基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を基準より多く配置している場合、基本料金に1日20円が加算されます。
- ・ **科学的介護推進体制加算** 40円/月  
 ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況やその他の心身状態に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合、基本料金に月40円が加算されます。
- ・ **移行支援加算** 12円/日  
 通所リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できた場合、基本料金に1日12円が加算されます。
- ・ **算定対象時間（延長加算）**

イ 利用時間が8時間以上9時間未満	50円
ロ 利用時間が9時間以上10時間未満	100円
ハ 利用時間が10時間以上11時間未満	150円
ニ 利用時間が11時間以上12時間未満	200円
ホ 利用時間が12時間以上13時間未満	250円
ヘ 利用時間が13時間以上14時間未満	300円
- ・ **事業所が送迎を行わない場合** -47円/片道（減算）
- ・ **退院時共同指導加算** 600円/回  
 病院又は診療所に入院中の利用者様が退院するに当たり、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、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、利用者様に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、基本料金に600円が加算されます。
- ・ **高齢者虐待防止措置未実施減算** 所定単位数の1%を算定（減算）

虐待の発生又はその発生を防止するため、委員会の定期的な開催、従業者への周知徹底、指針の整備、定期的な研修の実施、措置を実施する担当者の配置が講じられていない場合。

- ・ **業務継続計画未実施減算** 所定単位数の1%を算定(減算)  
感染症や非常災害の発生時の業務継続計画を策定、その計画に従い必要な措置を講じていない場合。
- ・ **感染症及び災害により、臨時的に利用者数が一定数減少している場合** 所定単位数の3%(加算)
- ・ **通常の事業の実施地域を超えた地域の利用者に行った場合** 所定単位数の5%を算定(加算)
- ・ **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通所リハビリテーションを行う場合又は事業所が送迎を行っていない場合** - 94円/日(減算)
- ・ **利用定員の超過** 所定単位数の70%を算定(減算)  
利用者様の人数が利用人数の定員を超える場合。
- ・ **職員等の欠員減算** 所定単位数の70%を算定(減算)  
医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員の員数の基準を満たさない場合。

(3) その他の料金

①食費	(1日あたり)
(食費はおやつ代も含まれます。)	730円
おやつ代のみ	100円
②日用品・教養娯楽費	(1日あたり)
	150円

※日用品(おしぼり・せっけん・トイレットペーパー等)、教養娯楽費(新聞・雑誌・テレビ(共同のスペース)及びレクリエーション等)は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。

※その他行事等特別なサービスを提供した場合(外出の行事など)、当日のサービスをご利用された方から実費で徴収させていただくことがございます。その際は事前にお知らせいたします。

③紙おむつ・リハビリパンツ等	(1枚あたり)
尿取りパット	30円
リハビリパンツ (M・L)	80円
リハビリパンツ (LL)	90円
おむつ (M・L)	80円
おむつ (LL)	100円

※利用時にリハビリパンツやオムツを使用されている方は必要枚数をお持ち下さい。当施設でも用意できますが使用の際は実費となります。

(4) 当日の利用をキャンセルする場合

利用者の都合により当日サービスを中止する場合はご連絡を下さい。ご連絡が無い場合は500円(当日の食材費)のキャンセル料が発生します。

※ご連絡をいただく時間

当日の朝 8時00分～8時50分ごろまで

なお、前日若しくは当日の朝8時00分前でもご連絡は可能です。その際は夜勤者（看護師）が電話で対応いたします。お話の際は、「通所若しくはデイケアを利用の〇〇です。今日は〇〇でお休みします。」とお伝え下さい。

(5) 支払い方法について

原則としてご利用者の指定された口座より引き落としとさせていただきます。

(引き落としの際に発生する手数料は当施設で負担いたします。)

なお、領収書は後日、発行いたします。

# 利 用 同 意 書

介護老人保健施設「館山ケアセンター夢くらぶ」を利用するにあたり、「利用契約」及び「重要事項」を受領し、これらの内容に関して支援相談員 \_\_\_\_\_ による説明を受け、これらを十分に理解したうえで同意します。

令和 年 月 日

介護老人保健施設 館山ケアセンター夢くらぶ  
施設長 松 永 真 美 子 様  
利用者（本人） 印

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※利用料金の請求明細書及び領収書の送付先（身元引受人の方、若しくは送付先を希望の方）

印

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※緊急連絡先

印

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続柄（ \_\_\_\_\_ ）

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

勤務先（お勤めの方は会社名、所属、電話番号をお願いします。）

会社名 \_\_\_\_\_ （所属） \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※連 帯 保 証 人（身元引受人とは別の方を選定してください。）

印

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

電話番号（携帯でも可） \_\_\_\_\_