

# (介護予防) 通所リハビリテーション 重要事項説明書

医療法人社団 葵会

介護老人保健施設 葵の園・江東区

# (介護予防) 通所リハビリテーション重要事項説明書

## 1 (介護予防) 通所リハビリテーションの概要

### (1) 名称等

- ア 名 称：医療法人社団 葵会 介護老人保健施設 葵の園・江東区  
イ 所 在 地：〒136-0073  
東京都江東区北砂2丁目18-1  
ウ 事業所番号：1350880025

### (2) 提供できるサービスの種類と地域

- ア 種 類：送迎・食事・入浴・機能訓練等  
イ 地 域：施設より5km とする。  
\*上記以外の地域の方はご相談ください。

### (3) 体制

| 管理者 | 介護・看護職員等 | 支援相談員 | 理学療法士等 |
|-----|----------|-------|--------|
| 1名  | 10名      | 1名    | 3名     |

### (4) 設備

| 定員  | 食堂 | 機能訓練室 | 浴室 | 相談室 | 送迎車 |
|-----|----|-------|----|-----|-----|
| 50名 | 1室 | 1室    | 1室 | 1室  | 6台  |

\*一般浴槽・特殊浴槽・車椅子浴槽があります。

### (5) 営業日

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 月曜日～土曜日 | 午前8:30～午後5:30      |
| 定休日     | 日曜日                |
|         | 年末・年始(12月31日～1月3日) |

## 2 サービス内容

- ア 送 迎：送迎時間は利用者の安全を最優先に行っています。  
イ 食 事：栄養のある献立を考慮し、利用状況、嗜好に応じて楽しい雰囲気造りに心がけています。  
ウ 入 浴：利用者の身体の清潔を保持するように心がけています。  
エ 機能訓練：日常生活動作を含む利用者の機能保持及び機能回復を図っています。  
オ 生活相談：利用者の基本的人権を尊重し、細やかな愛情のもとに平等に接し、食事、趣味活動を通じて心身の健康維持、増進、機能回復に努めてまいります。

### 3 料 金

#### I 通所リハビリテーション

##### □基本料金

・施設サービス費（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1回利用あたりの自己負担分です。）

※金額は、江東区地域区分単価（11.10）で計算されています。

##### ◆「介護保険負担割合証」 1割負担の方

| 要介護認定区分 | 介護保険適用時の1日当たりの利用料金<br>(自己負担額は1割) |
|---------|----------------------------------|
| 要介護 1   | 794 円                            |
| 要介護 2   | 944 円                            |
| 要介護 3   | 1,089 円                          |
| 要介護 4   | 1,262 円                          |
| 要介護 5   | 1,432 円                          |

##### ◆「介護保険負担割合証」 2割負担の方

| 要介護認定区分 | 介護保険適用時の1日当たりの利用料金<br>(自己負担額は2割) |
|---------|----------------------------------|
| 要介護 1   | 1,588 円                          |
| 要介護 2   | 1,887 円                          |
| 要介護 3   | 2,178 円                          |
| 要介護 4   | 2,524 円                          |
| 要介護 5   | 2,864 円                          |

##### ◆「介護保険負担割合証」 3割負担の方

| 要介護認定区分 | 介護保険適用時の1日当たりの利用料金<br>(自己負担額は3割) |
|---------|----------------------------------|
| 要介護 1   | 2,381 円                          |
| 要介護 2   | 2,831 円                          |
| 要介護 3   | 3,267 円                          |
| 要介護 4   | 3,786 円                          |
| 要介護 5   | 4,296 円                          |

□別途加算

◆「介護保険負担割合証」 1割負担の方

| 加 算 内 容                                | 負担金額            | 算定単位      |
|----------------------------------------|-----------------|-----------|
| 入浴介助加算Ⅰ                                | 45 円            | 1 日あたり    |
| 入浴介助加算Ⅱ                                | 67 円            | 1 日あたり    |
| 通所リハマネジメント加算 11<br>(同意日の属する月から 6 か月以内) | 622 円           | 1 月あたり    |
| 通所リハマネジメント加算 12<br>(上記 6 か月超)          | 267 円           | 1 月あたり    |
| 通所リハ提供体制加算 4                           | 27 円            | 1 回あたり    |
| 短期集中個別リハ加算                             | 123 円           | 1 回あたり    |
| 認知症短期集中リハ加算                            | 267 円           | 1 日あたり    |
| 栄養改善加算                                 | 222 円           | 1 月あたり    |
| 口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ                         | 23 円            | 6 ヶ月に 1 回 |
| 口腔機能向上加算Ⅰ                              | 167 円           | 月 2 回限度   |
| 科学的介護推進体制加算                            | 45 円            | 1 月あたり    |
| 中重度者ケア体制加算                             | 23 円            | 1 日あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ (※1)                     | 25 円            | 1 日あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ (※1)                     | 20 円            | 1 日あたり    |
| 通所リハ処遇改善加算 (Ⅰ) ロ                       | 所定単位数の 111/1000 |           |

(※1) 当該加算については、区分支給限度基準額の算定には含まれません。

◆「介護保険負担割合証」 2割負担の方

| 加 算 内 容                                | 負担金額            | 算定単位      |
|----------------------------------------|-----------------|-----------|
| 入浴介助加算Ⅰ                                | 89 円            | 1 日あたり    |
| 入浴介助加算Ⅱ                                | 134 円           | 1 日あたり    |
| 通所リハマネジメント加算 11<br>(同意日の属する月から 6 か月以内) | 1,244 円         | 1 月あたり    |
| 通所リハマネジメント加算 12<br>(上記 6 か月超)          | 533 円           | 1 月あたり    |
| 通所リハ提供体制加算 4                           | 54 円            | 1 回あたり    |
| 短期集中個別リハ加算                             | 245 円           | 1 回あたり    |
| 認知症短期集中リハ加算                            | 533 円           | 1 日あたり    |
| 栄養改善加算                                 | 444 円           | 1 月あたり    |
| 口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ                         | 45 円            | 6 ヶ月に 1 回 |
| 口腔機能向上加算Ⅰ                              | 333 円           | 月 2 回限度   |
| 科学的介護推進体制加算                            | 89 円            | 1 月あたり    |
| 中重度者ケア体制加算                             | 45 円            | 1 日あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ (※1)                     | 49 円            | 1 日あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ (※1)                     | 40 円            | 1 日あたり    |
| 通所リハ処遇改善加算 (Ⅰ) ロ                       | 所定単位数の 111/1000 |           |

(※1) 当該加算については、区分支給限度基準額の算定には含まれません。

◆「介護保険負担割合証」 3割負担の方

| 加 算 内 容                                | 負担金額            | 算定単位      |
|----------------------------------------|-----------------|-----------|
| 入浴介助加算Ⅰ                                | 134 円           | 1 日あたり    |
| 入浴介助加算Ⅱ                                | 200 円           | 1 日あたり    |
| 通所リハマネジメント加算 11<br>(同意日の属する月から 6 か月以内) | 1,865 円         | 1 月あたり    |
| 通所リハマネジメント加算 12<br>(上記 6 か月超)          | 800 円           | 1 月あたり    |
| 通所リハ提供体制加算 4                           | 80 円            | 1 回あたり    |
| 短期集中個別リハ加算                             | 367 円           | 1 回あたり    |
| 認知症短期集中リハ加算                            | 800 円           | 1 日あたり    |
| 栄養改善加算                                 | 666 円           | 1 月あたり    |
| 口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ                         | 67 円            | 6 ヶ月に 1 回 |
| 口腔機能向上加算Ⅰ                              | 499 円           | 月 2 回限度   |
| 科学的介護推進体制加算                            | 134 円           | 1 月あたり    |
| 中重度者ケア体制加算                             | 67 円            | 1 日あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ (※1)                     | 74 円            | 1 日あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ (※1)                     | 60 円            | 1 日あたり    |
| 通所リハ処遇改善加算 (Ⅰ) ロ                       | 所定単位数の 111/1000 |           |

(※1) 当該加算については、区分支給限度基準額の算定には含まれません。

※基本料金の「介護保険負担割合証」につきましては、原則として有効な割合証の提示のあった月の利用分からの適用となります。

|             |
|-------------|
| 昼食代         |
| 1 回当たりの利用料金 |
| 814 円       |

## Ⅱ 介護予防通所リハビリテーション

### 基本料金

- ・施設サービス費（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1回利用あたりの自己負担分です。）

### ◆「介護保険負担割合証」 1割負担の方

| 要介護認定区分 | 介護予防通所<br>リハビリテーション（月額） | ご利用開始時より1年経過後は<br>下記料金 |
|---------|-------------------------|------------------------|
| 要支援 1   | 2,518 円                 | 2,384 円                |
| 要支援 2   | 4,693 円                 | 4,426 円                |

| 加 算 内 容                   | 負担金額            | 算定単位      |
|---------------------------|-----------------|-----------|
| 予防通所リハ栄養アセスメント加算          | 56 円            | 1 月あたり    |
| 栄養改善加算                    | 222 円           | 1 月あたり    |
| 通所リハ口腔機能向上加算Ⅰ             | 167 円           | 1 月あたり    |
| 予防通所リハ一体的サービス提供加算         | 533 円           | 1 月あたり    |
| 予防通所リハ生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 624 円           | 1 月あたり    |
| 予防通所リハ退院時共同指導加算           | 666 円           | 1 月あたり    |
| 科学的介護推進体制加算               | 45 円            | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ 1 （※1）要支援 1 | 98 円            | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ 2 （※1）要支援 2 | 196 円           | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ 1 （※1）要支援 1 | 80 円            | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ 2 （※1）要支援 2 | 160 円           | 1 月あたり    |
| 口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ            | 23 円            | 6 ヶ月に 1 回 |
| 通所リハ処遇改善加算（Ⅰ）ロ            | 所定単位数の 111/1000 |           |

（※1）当該加算については、区分支給限度基準額の算定には含まれません。

※基本料金の「介護保険負担割合証」につきましては、原則として有効な割合証の提示のあった月の利用分からの適用となります。

◆「介護保険負担割合証」 2割負担の方

| 要介護認定区分 | 介護予防通所<br>リハビリテーション（月額） | ご利用開始時より1年経過後は<br>下記料金 |
|---------|-------------------------|------------------------|
| 要支援 1   | 5,035 円                 | 4,768 円                |
| 要支援 2   | 9,386 円                 | 8,853 円                |

| 加 算 内 容                   | 負担金額            | 加算条件      |
|---------------------------|-----------------|-----------|
| 予防通所リハ栄養アセスメント加算          | 111 円           | 1 月あたり    |
| 栄養改善加算                    | 444 円           | 1 月あたり    |
| 通所リハ口腔機能向上加算Ⅰ             | 333 円           | 1 月あたり    |
| 予防通所リハ一体的サービス提供加算         | 1,066 円         | 1 月あたり    |
| 予防通所リハ生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 1,248 円         | 1 月あたり    |
| 予防通所リハ退院時共同指導加算           | 1,332 円         | 1 月あたり    |
| 科学的介護推進体制加算               | 89 円            | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ 1 （※1）要支援 1 | 196 円           | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ 2 （※1）要支援 2 | 391 円           | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ 1 （※1）要支援 1 | 160 円           | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ 2 （※1）要支援 2 | 320 円           | 1 月あたり    |
| 口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ            | 45 円            | 6 ヶ月に 1 回 |
| 通所リハ処遇改善加算（Ⅰ）ロ            | 所定単位数の 111/1000 |           |

（※1）当該加算については、区分支給限度基準額の算定には含まれません。

◆「介護保険負担割合証」 3割負担の方

| 要介護認定区分 | 介護予防通所<br>リハビリテーション（月額） | ご利用開始時より1年経過後は<br>下記料金 |
|---------|-------------------------|------------------------|
| 要支援 1   | 7,553 円                 | 7,153 円                |
| 要支援 2   | 14,079 円                | 13,279 円               |

| 加 算 内 容                   | 負担金額            | 加算条件      |
|---------------------------|-----------------|-----------|
| 予防通所リハ栄養アセスメント加算          | 167 円           | 1 月あたり    |
| 栄養改善加算                    | 666 円           | 1 月あたり    |
| 通所リハ口腔機能向上加算Ⅰ             | 500 円           | 1 月あたり    |
| 予防通所リハ一体的サービス提供加算         | 1,599 円         | 1 月あたり    |
| 予防通所リハ生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 1,872 円         | 1 月あたり    |
| 予防通所リハ退院時共同指導加算           | 1,998 円         | 1 月あたり    |
| 科学的介護推進体制加算               | 134 円           | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ 1 （※1）要支援 1 | 293 円           | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ 2 （※1）要支援 2 | 586 円           | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ 1 （※1）要支援 1 | 240 円           | 1 月あたり    |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ 2 （※1）要支援 2 | 480 円           | 1 月あたり    |
| 口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ            | 67 円            | 6 ヶ月に 1 回 |
| 通所リハ処遇改善加算（Ⅰ）ロ            | 所定単位数の 111/1000 |           |

（※1）当該加算については、区分支給限度基準額の算定には含まれません。

※基本料金の「介護保険負担割合証」につきましては、原則として有効な割合証の提示のあった月の利用分からの適用となります。

|             |
|-------------|
| 昼食代         |
| 1 回当たりの利用料金 |
| 814 円       |

- 1 短期集中リハビリテーションでの退院日とは、疾患等の治療等のために入院又は入所した病院若しくは診療所から退院した日をさします。
- 2 その他、紙おむつ、レクリエーション等にかかる費用は自己負担となります。
- 3 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合はひとまず 1 日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日住居地の市町村窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

#### 4 健康上の理由によるサービスの中止

- (1) 風邪、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、サービス内容の変更又は中止する場合があります。その場合、ご家族に連絡のうえ適切に対応します。
- (3) ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族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主治医に連絡を取る等の必要な措置を講じます。

※サービスを中止した場合、同月内であればご希望の日に振替えることができますが、予約が入っている日には振替えできませんので、あらかじめご了承ください。

#### 5 介護保険負担割合証について

「介護保険負担割合証」につきましては、原則として有効な割合証の提示のあった月の利用分からの適用となります。

#### 6 キャンセルについて

キャンセルの連絡は、ご利用日の前日午後5時までにご連絡をお願い致します。  
それ以降のキャンセルにつきましては、食事相当額としてキャンセル料814円/日（税込）をご負担いただきます。

### 4 支払方法

- ① 利用者は、利用者及び支払者と連帯して当施設に対し、当月料金の合計額を翌月末日までに支払うものとします。なお支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。
- ② 自動振替日は毎月27日となっております。施設での入金確認が毎月月末になりますので、入金確認出来次第に領収書と翌月分の請求書を発行します。
- ③ ご利用者様（支払者）が正当な理由もなく、利用料を1ヶ月以上滞納した場合は、契約を解除する場合がございますのでご承知下さい。

### 5 サービスの利用方法

#### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話でご連絡ください。居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援専門員（ケアマネージャ）にご相談ください。

#### (2) サービスの終了

- ア 利用者の場合でサービスを終了する場合  
サービス終了を希望する日の1週間前までに申し出てください。
- イ 当事業所の都合にてサービスを終了する場合  
人員不足等の止むを得ない事情により、サービスの提供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ヶ月前までに文書にて通知いたします。
- ウ 自動終了  
次の場合は、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。
  - ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
  - ② 介護保険給付を受けていた利用者の要介護区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合
  - ③ 利用者がお亡くなりになった場合
- エ その他
  - ① 当事者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者やご家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事者

が破産した場合、利用者は文書にて解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

- ② 利用者やご家族等が当事者のサービス従事者又は他の利用者に対し、暴言・いやがらせ等、サービス提供に著しく支障をきたす行為を行った場合は文書にて通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

## 6 (介護予防) 通所リハビリテーションの特徴等

### (1) 運営方針

当事者のサービス従事者は、サービスの提供において利用者の心得の特性を踏まえ、その有する能力に応じて可能な限り、その居宅においてより長期の日常生活を営むことができるようサービス提供に努める。

### (2) サービスの状況

| 項 目          | 有 無 | 備 考          |
|--------------|-----|--------------|
| 男性介護職員の有無    | 有   | —            |
| 時間延長の可否      | 否   | —            |
| 従業員への研修の実施   | 有   | 年1回以上実施しています |
| サービスマニュアルの有無 | 有   | —            |

### (3) サービス利用に当たっての留意事項

- ア 利用者は他の利用者が適切なサービスの提供を受けるための権利・機会等を侵害してはならない。
- イ 利用者は事業者の設備・備品等の使用に当たって、本来の用法に従い使用することとし、これに反した使用により事業者に損害が生じた場合、賠償するものとする。
- ウ その他この規定に定めるもののほか、サービス利用に関する事項は、契約書及び重要事項説明書に明記し利用者に説明するものとする。
- エ 金品、貴重品、情報通信端末（携帯電話、スマートホン、タブレット、ラジオ等）のお持込みは固くお断りいたします。やむを得ぬ事情により、お持ちになられた場合は、職員にその旨をお伝えて下さい。尚、それら持込まれた物が紛失、破損、故障などとなった場合でも、当施設では責任を一切負いかねますので、ご了承ください。

## 7 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の状態の変化等があった場合は、状況に応じ主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者へ連絡いたします。

## 8 非常災害対策

- ア 防災時の対応：事業所防災規定による。
- イ 防災設備：前項の規定に沿った設備を設置。
- ウ 防災訓練：年2回実施
- エ 防災責任者：防火管理者

## 9 業務継続計画

感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するため、また早期の業務再開を図るため、必要な措置を講じます。

- ① 業務継続計画の策定
- ② 業務継続計画の従業員への周知と研修及び訓練の実施（入職時、年2回以上）
- ③ 業務継続計画の定期的な見直しを行い、必要に応じた変更

## 10 衛生管理、感染症対策

設備等の衛生管理に努め、衛生上必要な措置を講じます。

感染症又は食中毒の発生及びまん延防止のための必要な措置を講じます。

- ①対策を検討する委員会の開催及び従業員への周知（3月に1回以上）
- ②感染対策担当者の設置
- ③感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための指針の整備
- ④感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための研修、訓練の実施（入職時、年2回以上）

## 11 虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するための措置を講じます。

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置及び従業員への周知
- ②虐待の防止のための指針の整備
- ③虐待の防止のための研修（入職時、年2回以上）
- ④虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置

## 12 身体拘束の適正化

利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、行動を制限する行為はいたしません。身体拘束の適正化を図るため以下の措置を講じます

- ①対策を講じる委員会の開催及び従業員への周知（3月に1回以上）
- ②身体拘束の適正化のための指針の整備
- ③身体拘束の適正化のための従業員への研修（入職時、年2回以上）

### 1 3 事故発生の防止

事故の発生又はその再発を防止するための措置を講じます。

- ①事故発生の防止のための指針の整備
- ②事故の報告及びその分析を通じた改善策について従業員への周知
- ③事故発生の防止のための委員会開催
- ④事故発生の防止のための研修の実施（入職時、年2回以上）
- ⑤事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者の設置

### 1 4 ハラスメント

利用者及び家族から従業員へのハラスメント行為により信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスの提供の中止や契約を解除させていただきます。

### 1 5 サービス内容に関する相談・苦情

- ① 当施設ご利用者相談・苦情担当  
担当 支援相談員  
(連絡先電話) 03-3640-2525
- ② その他  
当施設以外に、行政の相談・苦情窓口等でも受け付けています。  
東京都国民健康保険団体連合会 電話：03-6238-0177（直通）  
受付時間（土・日・祝祭日を除く） 午前9時～午後5時まで  
江東区役所介護保険課在宅支援係  
介護サービス利用相談 電話：03-3647-4319（直通）

### 1 4 当法人の概要

|          |              |
|----------|--------------|
| 名称・法人種別  | 医療法人社団 葵会    |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 新谷 幸義    |
| 電話番号     | 04-7136-8008 |

年 月 日

(介護予防) 通所リハビリテーションの開始に当たり、利用者に対し契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

<事業者> 所在地 東京都江東区北砂 2 丁目 18-1

名 称 医療法人社団 葵会

介護老人保健施設 葵の園・江東区

説明者

㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から(介護予防)通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、了承しました。

<利用者>

住 所

氏 名

㊞

<連帯保証人>

住 所

氏 名

㊞

<家族> (代理人または成年後見人)

住 所

氏 名

㊞

<本契約第 6 条における利用料金支払者及び請求書送付先>

住 所

氏 名

㊞