

# (介護予防) 通所リハビリテーション重要事項説明書

## 1. 当施設が提供できるサービスについての相談窓口

電話 : 025-278-6777

担当 : 米坂 美穂

時間 : 午前 9:00 ~ 午後 5:00 (月曜日~土曜日)

※ ご不明な点に関しましては、お気軽にお問い合わせ下さい。

## 2. 当施設(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・新潟北区

イ 所在地 : 〒950-3102

新潟県新潟市北区島見町200番地1

ウ 介護保険事業所番号 : 1550180465

### (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 原則的に新潟市北区

(詳細はご相談ください。)

### (3) 体制

|         |      |        |
|---------|------|--------|
| 管理者(医師) | 介護職員 | 理学療法士等 |
| 1名以上    | 3名以上 | 3名以上   |

### (4) 設備

|     |    |       |      |     |     |
|-----|----|-------|------|-----|-----|
| 定員  | 食堂 | 機能訓練室 | 浴室   | 相談室 | 送迎車 |
| 30名 | 1室 | 1室    | 1室 ※ | 1室  | 3台  |

※一般浴槽・特殊浴槽があります。

### (5) 営業時間

|           |                                                   |
|-----------|---------------------------------------------------|
| 月曜日 ~ 土曜日 | 午前 8:30 ~ 午後 5:30<br>(サービス提供時間) 午前 9:30 ~ 午後 4:00 |
| 日         | 定休日                                               |
| 年末・年始     | 12月31日~1月3日 休業                                    |

緊急連絡先 : 025-278-6777

### 3. 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作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 : 日常作業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。

### 4. 料金

#### (1) 通所リハビリテーション料金

##### 基本料金

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日あたりの自己負担分です。

|      | 通所リハビリテーション費 |       |       | 備考                |
|------|--------------|-------|-------|-------------------|
|      | 1割負担         | 2割負担  | 3割負担  |                   |
| 要介護1 | 562円         | 1124円 | 1686円 | 4時間以上5時間未満のご利用の場合 |
| 要介護2 | 653円         | 1306円 | 1959円 |                   |
| 要介護3 | 742円         | 1484円 | 2226円 |                   |
| 要介護4 | 858円         | 1716円 | 2574円 |                   |
| 要介護5 | 973円         | 1946円 | 2919円 |                   |
| 要介護1 | 633円         | 1266円 | 1899円 | 5時間以上6時間未満のご利用の場合 |
| 要介護2 | 751円         | 1502円 | 2253円 |                   |
| 要介護3 | 866円         | 1732円 | 2598円 |                   |
| 要介護4 | 1004円        | 2008円 | 3012円 |                   |
| 要介護5 | 1139円        | 2278円 | 3417円 |                   |
| 要介護1 | 727円         | 1454円 | 2181円 | 6時間以上7時間未満のご利用の場合 |
| 要介護2 | 864円         | 1728円 | 2592円 |                   |
| 要介護3 | 998円         | 1996円 | 2994円 |                   |
| 要介護4 | 1156円        | 2312円 | 3468円 |                   |
| 要介護5 | 1312円        | 2624円 | 3936円 |                   |

単位（円）

※ 上記の料金表以外に、別途加算があります。

別途加算

| 実施した場合にかかる<br>主な加算 | 加算の要件                                                                                  | 自己負担割合<br>(自己負担額) |        |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|
| 入浴介助加算（Ⅰ）          | 当園で、入浴を行った場合。                                                                          | 1割                | 41円／日  |
| 入浴介助加算（Ⅱ）          | 利用者様の居宅に訪問し、浴室での利用者様の動作及び、浴室の環境を基に計画書を作成する。その入浴計画に基づき、個浴その他の利用者様の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う。 | 1割                | 61円／日  |
| 栄養アセスメント加算         | 管理栄養士が多職種と共同し、栄養アセスメントを行った場合。                                                          | 1割                | 51円／月  |
| 栄養改善加算             | 低栄養状態又はそのおそれのある利用者様に対して管理栄養士が指導した場合に算定する。<br>1月に2回を限度。（3月以内）                           | 1割                | 203円／回 |
| 口腔機能向上加算<br>（Ⅰ）    | リハビリテーションマネジメント加算ハを算定していない事、更に厚生労働省への提出が無い状態で既定の様式通りに口腔ケアを行った場合に算定できる。                 | 1割                | 153円／回 |
| 口腔機能向上加算<br>（Ⅱ）イ   | 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事、尚且つ厚生労働省へ情報を提出しない場合に算定できる。                                  | 1割                | 158円／回 |
| 口腔機能向上加算<br>（Ⅱ）ロ   | リハビリテーションマネジメント加算ハを算定していない場合で厚生労働省への提出がある場合に算定できる。                                     | 1割                | 168円／回 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）  | サービス利用開始時および利用中の6か月ごとに、利用者の口腔の健康状態と栄養状態についてスクリーニングを行い、ケアマネージャーにその結果を情報提供していること         | 1割                | 20円／回  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）  | （Ⅰ）を算定するとともに4つの要件を満たした場合                                                               | 1割                | 5円／回   |
| 短期集中個別リハ<br>加算     | 退院（所）日又は認定日から起算して3月以内に個別リハビリを集中的に行った場合に算定される。                                          | 1割                | 112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員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の配置が、人員に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。<br>※ 3 時間以上のサービス提供時間より算定となり、サービス提供時間に応じて料金変動する。 | 1 割 | 1 2 ～ 2 8 円／日      |
| 認知症短期集中リハ加算Ⅰ                                     | 認知症の利用者様に対して認知症専用リハビリを行った際に算定される。週 2 回限度。                                                                                                     | 1 割 | 2 4 4 円／日          |
| 認知症短期集中リハ加算Ⅱ                                     | 認知症の利用者様に対して認知症専用リハビリを行った際に算定される。月 1 回算定できる。個別リハビリを月 4 回以上行う事。                                                                                | 1 割 | 1 9 5 3 円／月        |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）                                  | 介護職員総数のうち介護福祉士 7 0 % 以上配置。                                                                                                                    | 1 割 | 2 2 円／日            |
| 科学的介護推進体制加算                                      | 利用者様ごとの心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出し、フィードバックを受け、通所利用に活用し、より良い介助に役立てる。                                                                              | 1 割 | 4 1 円／月            |
| 若年性認知症利用者受入加算                                    | 若年性認知症の方の受け入れを行った場合算定する。                                                                                                                      | 1 割 | 6 1 円／月            |
| 生活行為向上リハ加算（～6 ヶ月）                                | 地域社会に参加できるような専門的なリハビリを行い、社会参加を維持できる他のサービスに移行できる事を目標としたリハビリテーションを行う事で算定される。<br>6 か月限定で算定可能                                                     | 1 割 | 1 2 7 1 円／月        |
| 退院時共同指導加算                                        | リハビリ専門職が入院中の利用者が退院するにあたって退院時共同指導を行った後に通所リハビリテーションを受けた場合に算定する                                                                                  | 1 割 | 6 1 0 円／回          |
| 移行支援加算                                           | ADL や IADL が向上し他サービスへ移行できた場合に算定できる。                                                                                                           | 1 割 | 1 2 円／回            |
| 事業所が送迎を行わない場合                                    | 施設で送迎を行わない場合は減算される。                                                                                                                           | 1 割 | － 4 8 円／回          |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） <span style="color: red;">□</span> | 介護職員に対する処遇が満たされた場合に算定される。                                                                                                                     | 1 割 | 総単位数×<br>1 1 . 1 % |

| 実施した場合にかかる<br>主な加算   | 加算の要件                                                             | 自己負担割合<br>(自己負担額) |                |               |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|---------------|
| リハビリマネジメント<br>加算(イ)  | 医師より、リハビリテーションの実施にあたり、計画に基づいて、詳細な指示を行う。また、定期的に会議を開催し、計画書の見直しを行う。  | 1割                | 6月以内<br>570円／月 | 6月超<br>244円／月 |
| リハビリマネジメント<br>加算(ロ)  | 上記の内容に加え、利用者の情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受け、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 | 1割                | 6月以内<br>603円／月 | 6月超<br>278円／月 |
| リハビリマネジメント<br>加算(ハ)  | リハビリマネジメント加算(イ)に加えて、医師が利用者又は家族に対して、リハビリテーション計画書を説明して、同意を得る。       | 1割                | 6月以内<br>806円／月 | 6月超<br>278円／月 |
| リハビリマネジメント<br>加算（共通） | リハビリテーション計画について、事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、同意を得る事。                      | 1割                | 275円／月         |               |

(2) 介護予防通所リハビリテーション利用料

基本料金 (1ヶ月)

|       | 介護予防通所リハビリテーション費 |           |             |
|-------|------------------|-----------|-------------|
|       | 1割負担             | 2割負担      | 3割負担        |
| 要支援 1 | 2 3 0 7 円        | 4 6 1 3 円 | 6 9 2 0 円   |
| 要支援 2 | 4 0 6 7 円        | 8 6 0 0 円 | 1 2 9 0 0 円 |

※ 上記の料金表以外に、別途加算があります。

別途加算

| 実施した場合にかかる主な加算       | 加算の要件                                                                          | 自己負担割合<br>(自己負担額)       |                 |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| 栄養アセスメント加算           | 管理栄養士が多職種と共同し、栄養アセスメントを行った場合。                                                  | 1割                      | 5 1 円／月         |
| 栄養改善加算               | 低栄養状態の改善を目的に行われる栄養指導。                                                          | 1割                      | 2 0 3 円／月       |
| 口腔機能向上加算<br>(Ⅰ)      | 口腔機能向上を目的に行われる、口腔清掃及び摂食・嚥下の訓練指導。                                               | 1割                      | 1 5 3 円／月       |
| 口腔機能向上加算<br>(Ⅱ)      | (Ⅰ)の算定要件を満たし尚且つ厚生労働省へ情報を提供した場合                                                 | 1割                      | 1 6 3 円／月       |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)   | サービス利用開始時および利用中の6か月ごとに、利用者の口腔の健康状態と栄養状態についてスクリーニングを行い、ケアマネージャーにその結果を情報提供していること | 1割                      | 2 0 円／月         |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)   | (Ⅰ)を算定するとともに4つの要件を満たした場合                                                       | 1割                      | 5 円／月           |
| 科学的介護推進<br>体制加算      | 利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省にLIFEを用いて提出し、フィードバックを受け、通所利用に活用し、より良い介助に役立てる。        | 1割                      | 4 1 円／月         |
| 12月超減算               | 利用開始より12月を超えて利用されている場合。                                                        | 1割(要支援1)<br>－ 1 2 2 円／月 |                 |
|                      |                                                                                | 1割(要支援2)<br>－ 2 4 4 円／月 |                 |
| サービス提供体制<br>強化加算 (Ⅰ) | 介護職員総数のうち介護福祉士70%以上配置。                                                         | 要支援1                    | 1割<br>8 9 円／月   |
|                      |                                                                                | 要支援2                    | 1割<br>1 7 9 円／月 |

|                |                                                              |                         |        |
|----------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|
| 退院時共同指導加算      | リハビリ専門職が入院中の利用者が退院するにあたって退院時共同指導を行った後に通所リハビリテーションを受けた場合に算定する | 1割                      | 610円／月 |
| 一体的サービス提供加算    | 栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること                                | 1割                      | 488円／月 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ | 良質なサービスの提供を図り、介護職員の質を高めるための計画を策定し、研修等の機会を確保する。               | 総単位数（基本サービス、各種加算）×11.1% |        |

### （３）その他の料金

- ・ 食事代 800円/1食（おやつ代込）
- ・ 紙おむつ、紙パンツ、尿取りパット 実費

※ 特別なレクリエーション、外出行事、その他、入場料等、別途料金が掛る場合には、予めお伝えの上、徴収する場合があります。

※ この他にもご利用者様やご家族様からのご依頼により、日常生活品を購入した場合等に実費を徴収する場合がありますので、その都度ご相談ください。

### （４）支払方法

利用月の末締めとし、翌月の２７日までに葵の園・新潟北区の指定銀行からの自動振り替えサービスにてお支払い頂きます。

（尚、自動振り替えサービスには登録に約２ヶ月の期間が必要となります。登録が終了するまでは、窓口持参かお振込みを使用していただきますのでご了承下さい。）

## 5. サービスの利用方法

### （１）サービス利用の開始

まずは、お電話にてご連絡下さい。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相談員（ケアマネジャー）にご相談下さい。

### （２）サービスの終了

ア 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の１週間前にまでにお申し出下さい。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等の止む得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂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等に入所した場合、あるいは医療機関に入院した場合。
- 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）と認定された場合。（※こ

の場合、条件を変更して再度契約する事が出来ます。)

③利用者がお亡くなりになった場合。

エ その他

- ①当事業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、利用者や家族等に対して社会的通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合は、利用者は文書にて解約を通知する事によって即座にサービスを終了する事が出来ます。
- ②利用者や家族等が当事業者のサービス従事者または他の利用者に対し、暴言、嫌がらせ等、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、当事業者は文書にて通知する事により即座にサービスを終了させて頂く場合がございます。

## 6. 当（介護予防）通所リハビリテーションの特徴等

### （１）運営方針

当事業所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身の特性を踏まえ、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出来るようサービスに努めます。

### （２）サービスの現状

| 項目           | 有無 | 備考             |
|--------------|----|----------------|
| 男性職員の有無      | 有  | 入浴介助も含まれます。    |
| 時間延長の有無      | 無  | ——             |
| 従業員への研修の実施   | 有  | 月１～２回の施設内研修の実施 |
| サービスマニュアルの有無 | 有  | ——             |

### （３）サービスの利用にあたっての留意事項

- 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事とし、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 その他この規程に定めるものの他、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。

## 7. 緊急時の対処方法

サービス提供中に利用者の容態に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：事業所防災規程による。
- イ. 防災設備：前ア項の規程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：防火管理責任者

## 9. サービス内容に関する相談・苦情

### ア. 当事業者のご利用相談・苦情

担当課 : 介護老人保健施設 葵の園・新潟北区  
担当 : 米坂 美穂  
電話番号 : 025-278-6777

### イ. 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。

|        |                |                                                         |
|--------|----------------|---------------------------------------------------------|
| 苦情受付機関 | 新潟県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 : 025-285-3022<br>所在地 : 新潟県新潟市中央区新光町7-1            |
|        | 新潟市福祉部 介護保険課   | 電話番号 : 025-226-1273<br>所在地 : 新潟県新潟市中央区学校町通<br>1番町602番地1 |

## 10. 当事業者の概要

|            |                                  |
|------------|----------------------------------|
| 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                        |
| 本部所在地・電話番号 | 千葉県柏市小青田一丁目3番地12<br>04-7136-8008 |

令和            年            月            日

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

<事業者>

所 在 地    新潟県新潟市北区島見町200番地1

名      称    医療法人社団    葵会

介護老人保健施設    葵の園・新潟北区

通所リハビリテーション

印

説明者 \_\_\_\_\_ 印

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ました。

通所契約について、認知症などの理由で本人による同意が困難な場合は、ご家族または代理人（成年後見人）による代筆をお願い致します。

<利用者>

住    所 \_\_\_\_\_

氏    名 \_\_\_\_\_ 印

<代理人・後見人>

住    所 \_\_\_\_\_

氏    名 \_\_\_\_\_ 印

（続柄：                      ）