

# (介護予防)通所リハビリテーション重要事項説明書

## 1 事業の目的及び運営の方針

### (1) 事業の目的

第1条 医療法人丸岡医院が開設する通所リハビリテーション事業所が行なう通所リハビリテーション事業の適正な運営を確保するため、人員および管理運営に関する事項を定め、事業所の看護職位の予備介護職員が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適切な支援の提供を行うものである。

### (2) 運営の方針

第2条 指定通所リハビリテーションの事業は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとする。

## 2 当事業所の概要

### (1)提供できるサービスの種類と地域

|            |                                                                              |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名       | 医療法人 丸岡医院                                                                    |
| 所在地        | 〒998-0841<br>酒田市松原南 15 番 1 号<br>(電話番号) 0234-23-8177                          |
| 指定番号       | 通所リハビリテーション<br>(山形県第 0610811788 号)<br>介護予防通所リハビリテーション<br>(山形県第 0610811788 号) |
| 通常の事業の実施地域 | 酒田市                                                                          |

(注) 上記地域以外でも、ご希望の方はご相談ください。

### (2)当事業所の職員体制

| 職種  | 保有資格   | 常勤     | 非常勤 |
|-----|--------|--------|-----|
| 管理者 | 医師     | 1 (兼務) | 0   |
| 技師  | 理学療法士  | 1      | 1   |
| 技師  | 作業療法士  | 1      | 0   |
| 看護師 | 看護師    | 6 (兼務) | 0   |
| 介護員 | 介護福祉士  | 7      | 3   |
| 介護員 | ヘルパー二級 | 3      | 1   |
| 介護員 | 無資格    | 0      | 0   |

(3)当事業所の設備の概要

|                      |                                         |     |            |
|----------------------|-----------------------------------------|-----|------------|
| 定員                   | 48 名                                    | 静養室 | デイケアルームと併設 |
| デイケアルーム<br>(機能訓練室含む) | 203.91 m <sup>2</sup>                   | 相談室 | 1 階ワンルーム   |
| 浴室                   | 10.7 m <sup>2</sup><br>特殊浴槽完備<br>シャワー完備 | 送迎車 | 5 台        |

(4)営業時間

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 月～土曜日  | 8 時 30 分～17 時 30 分      |
| 年末年始休業 | 12/30～1/3 は年末年始休業いたします。 |

※見学など営業時間内であればいつでも可能です。お気軽にお問い合わせ下さい。

◎連絡先     0234-23-8177

3 サービスの内容

|   | サービス           | 内容                                                        |
|---|----------------|-----------------------------------------------------------|
| 1 | 送迎             | 介助員が付き添いし、自宅の前まで迎えに行きます。                                  |
| 2 | 食事             | 健康状態に合わせた献立（主食・おかゆ・刻み食）を当通所リハビリ厨房で調理し、提供いたします。            |
| 3 | 入浴             | シャワー完備。希望者の入浴となります。                                       |
| 4 | 機能訓練<br>個別リハビリ | 軽体操・集団レクレーションまた必要に応じて、個々の利用者に合ったリハビリテーションプログラムを計画し、実施します。 |
| 5 | 生活相談           | 利用者の家庭での過ごし方や、家族の介護上の悩み事の相談をお伺いします。                       |

#### 4 利用料

基本料金（ 1 割負担の場合 ） ⇒ 介護保険負担割合証をご確認下さい。

##### （ 1 ）要支援状態の方の場合

| 区分    | 1 ヶ月の利用料金 | 介護保険適用時の 1 ヶ月当りの自己負担額 |
|-------|-----------|-----------------------|
| 要支援 1 | 22680 円   | 2268 円                |
| 要支援 2 | 42280 円   | 4228 円                |

##### （ 2 ）要介護状態の方の場合

（1～2 時間） ※ 個別リハビリを行う場合でなければ利用できません。

| 区分    | 1 日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額 |
|-------|-------------|-----------------------|
| 要介護 1 | 3570 円      | 357 円                 |
| 要介護 2 | 3880 円      | 388 円                 |
| 要介護 3 | 4150 円      | 415 円                 |
| 要介護 4 | 4450 円      | 445 円                 |
| 要介護 5 | 4750 円      | 475 円                 |

##### （2～3 時間）

| 区分    | 1 日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額 |
|-------|-------------|-----------------------|
| 要介護 1 | 3720 円      | 372 円                 |
| 要介護 2 | 4270 円      | 427 円                 |
| 要介護 3 | 4820 円      | 482 円                 |
| 要介護 4 | 5360 円      | 536 円                 |
| 要介護 5 | 5910 円      | 591 円                 |

##### （3～4 時間）

| 区分    | 1 日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額 |
|-------|-------------|-----------------------|
| 要介護 1 | 4700 円      | 470 円                 |
| 要介護 2 | 5470 円      | 547 円                 |
| 要介護 3 | 6230 円      | 623 円                 |
| 要介護 4 | 7190 円      | 719 円                 |
| 要介護 5 | 8160 円      | 816 円                 |

##### （4～5 時間）

| 区分    | 1 日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額 |
|-------|-------------|-----------------------|
| 要介護 1 | 5250 円      | 525 円                 |
| 要介護 2 | 6110 円      | 611 円                 |
| 要介護 3 | 6960 円      | 696 円                 |
| 要介護 4 | 8050 円      | 805 円                 |
| 要介護 5 | 9120 円      | 912 円                 |

(5～6 時間)

| 区分    | 1 日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額 |
|-------|-------------|-----------------------|
| 要介護 1 | 5840 円      | 584 円                 |
| 要介護 2 | 6920 円      | 692 円                 |
| 要介護 3 | 8000 円      | 800 円                 |
| 要介護 4 | 9290 円      | 929 円                 |
| 要介護 5 | 10530 円     | 1053 円                |

(6～7 時間)

| 区分    | 1 日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額 |
|-------|-------------|-----------------------|
| 要介護 1 | 6750 円      | 675 円                 |
| 要介護 2 | 8020 円      | 802 円                 |
| 要介護 3 | 9260 円      | 926 円                 |
| 要介護 4 | 10770 円     | 1077 円                |
| 要介護 5 | 12240 円     | 1224 円                |

(7～8 時間)

| 区分    | 1 日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額 |
|-------|-------------|-----------------------|
| 要介護 1 | 7140 円      | 714 円                 |
| 要介護 2 | 8470 円      | 847 円                 |
| 要介護 3 | 9830 円      | 983 円                 |
| 要介護 4 | 11400 円     | 1140 円                |
| 要介護 5 | 13000 円     | 1300 円                |

### (3) 要支援状態の方の選択的サービス等料金

#### 1. 栄養スクリーニング加算 50 円/回 (6 ヶ月に 1 回の加算です)

ただし、介護保険適用時の自己負担額は、5 円です

#### 2. 事業所評価加算 1200 円 (1 ヶ月当り)

ただし、介護保険適用時の自己負担額は、120 円です。

- ① 事業所評価加算は利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となったことが認定された事業所にのみ加算が許可されています。当事業所の加算状況はその都度お伺い下さい。

#### 3. 若年性認知症利用者受入加算 2400 円 (1 ヶ月当たり)

ただし、介護保険適用時の自己負担額は、240 円です。

#### 4. サービス提供体制強化加算Ⅰ 要支援 1 の場合 880 円/月 介護保険適応時 88 円/月 要支援 2 の場合 1760 円/月 介護保険適応時 176 円/月

#### 5. 同一建物に対する減算 減算なし

#### 6. 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 当院通所リハビリ総利用料金の 8.6%の額

※この加算は区分支給限度基準額の対象外の加算となっています。

## 7.利用開始日より12月を超えた場合の減算

要支援1の場合 120単位/月 減算      要支援2の場合 240単位/月 減算

## 8.科学的介護推進体制加算 40円/月

厚生労働省の科学的介護情報システム（LIFE）を活用した科学的介護の推進を図っていきます。

## 9.食費 600円（全額自己負担）

※一口大及び刻み食 50円/日、極刻み及びミキサー食 150円/日は別途課金

※昼食を召し上がる方のみ徴収となります。食事キャンセル等は要介護の食費の説明文をご参照になるか、説明者にお尋ね下さい。

### （4）要介護状態の方の加算料金

#### 1. 入浴介助加算(Ⅰ) 介助浴1回当たり 400円/日

ただし、介護保険適用時の自己負担額は、40円/日です。

#### 入浴介助加算(Ⅱ) 介助浴1回当たり 600円/日

ただし、介護保険適用時の自己負担額は、60円/日です。

#### 2.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 120円/回 ⇒介護保険適応時 12円/回

4時間以上5時間未満 160円/回 ⇒介護保険適応時 16円/回

5時間以上6時間未満 200円/回 ⇒介護保険適応時 20円/回

6時間以上7時間未満 240円/回 ⇒介護保険適応時 24円/回

7時間以上 280円/回 ⇒介護保険適応時 28円/回

※加算状況についてはその都度、説明者にお尋ね下さい。

#### 3.リハビリテーションマネジメント加算(A)イ

当事業所の通所リハビリテーションの利用目的、開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する基準、リハビリテーションの運動負荷、利用継続が必要な理由等を総合的にマネジメントします。

また、個別的にリハビリテーションを受けるために必要な加算です。

利用開始から6月以内の場合 5600円/月 介護保険適応時 560円/月

利用開始から6月超の場合 2400円/月 介護保険適応時 240円/月

#### 4.短期集中リハビリテーション実施加算

退院・退所後または認定日より3ヵ月以内の場合 1100円/日

ただし、介護保険適用時の自己負担額は、110円です。

※一週間につき概ね2回以上利用、1回当たり40分以上の個別リハビリテーションを行います。

#### 5.認知症短期集中リハビリテーション加算Ⅰ

退院・退所日から3ヵ月以内の方であって、週に2回まで。

一日につき、2400円 介護保険適用時は240円。

#### 6.栄養スクリーニング加算 50円/回（6ヶ月に1回の加算です）

ただし、介護保険適用時の自己負担額は、5円です

**7.若年性認知症利用者受入加算** 一日当り、600 円

ただし、介護保険適用時の自己負担額は、60 円です。

**8.重度療養管理加算** 一日当り、1000 円

ただし、介護保険適用時の自己負担額は、100 円です。

※ご利用時間が 1 時間以上 2 時間未満以外の方で要介護度 3、4、5 の方が対象になります。

また別に厚生労働大臣が定める状態にある方が対象になります。詳しくは説明者にお尋ね下さい。

**9.中重度ケア体制加算** 一日当り、200 円 介護保険適用時は 20 円です。

要介護 3 以上のご利用者様が全要介護者の 3 割以上の割合を占めると算定できる加算です。

**10. 科学的介護推進体制加算** 40 円/月

厚生労働省の科学的介護情報システム（LIFE）を活用した科学的介護の推進を図っていきます。

**11.サービス提供体制強化加算（Ⅰ）** 利用一回につき、220 円 介護保険適応時 22 円

※この加算は当通所リハビリの全介護職員の 70%以上が介護福祉士ということで算定している加算です。介護福祉士の割合や勤続年数で今後変化する加算です。

**12.同一建物に対する減算** なし

**13.理学療法士等体制強化加算** 一日当り、300 円 介護保険適応時 30 円

※理学療法士等を 2 名以上配置している場合にのみ算定出来ます。また、1~2 時間未満の通所リハビリテーションご利用時のみの加算になります。

※当通所では現在算定しておりません。

**14.延長加算**

当通所では営業時間内に限り時間延長サービスを実施いたします。

8 時間以上となった場合は、以下に挙げる区分に応じて所定単位数に加算します。

8 時間以上 9 時間未満 50 単位/回 9 時間以上 10 時間未満 100 単位/回

※ただし、当事業所営業時間内のご利用に限らせて頂きます。

**15.介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）** 当院通所リハビリ総利用料金の 8.6%の額

※この加算は区分支給限度基準額の対象外の加算となっています。

(5) 食費 600 円 (全額自己負担)

- ② 食事をキャンセルされる場合は、利用日の 8 時 30 分までに御連絡下さい。  
また、利用日の前日が休日等で連絡が付かない場合は、丸岡医院へ電話  
(23-8177)して頂き、留守番電話に録音して頂けると当日の朝に調理者へ連絡  
し、キャンセルいたします。  
尚、利用日の 8 時 30 分以降の御連絡や御連絡が無かった場合は利用者様の全  
額負担になりますので御了承下さい。

(注 1) その他、おむつ代等は、自己負担になります。

(注 2) 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者  
者に支払われない場合があります。

その場合は、いったん 1 日当たりの利用料を頂き、サービス提供証明書を  
を発行いたします。サービス提供証明書を後日酒田市 (町村) の窓口に出  
しますと、差額の払い戻しを受けることが出来ます。

5 健康上の理由による中止

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. 利用中に体調が悪くなった場合、サービスの中止をすることがあります。この  
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  
主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

(注) サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り返ることが出  
来ます。ただし、定員分の予約が入っている日には振り替えできませんので、  
ご了承ください。

(注 1) その他、おむつ代等は、自己負担になります。

(注 2) 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業  
者に支払われない場合があります。

その場合は、いったん 1 日当たりの利用料を頂き、サービス提供証明書を  
を発行いたします。サービス提供証明書を後日酒田市 (町村) の窓口に出  
しますと、差額の払い戻しを受けることが出来ます。

6 支払方法

毎月、10 日までに前月分の請求をいたしますので、30 日以内にお支払いください。  
お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法は、現金払いまた  
は、自動引き落としになります。自動引き落としを希望される場合は、翌月 26 日  
までに本人指定口座に入金して下さい。27 日に引き落としとなります。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いします。  
通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。  
居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談

ください。

(2) 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

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

2. 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等でや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ヶ月前までに文書で通知いたします。

3. 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者が介護施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（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ことができません。）
- ・ 利用者が死亡した場合

4. その他

イ 次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、即座にサービスを終了することが出来ます。

- ・ 当事業者が正当な理由もなくサービスを提供しない場合
- ・ 守秘義務に反した場合
- ・ 事業者がご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合
- ・ 当事業者が破産した場合

ロ 次の場合、当事業者は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月に渡り遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、7日以内に支払われない場合
- ・ 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
- ・ 利用者が入院若しくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスを利用できない状態であることが明らかになった場合。
- ・ 利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従事者に対して本契約を継続しがたい背信行為を行なった場合

## 8 サービス利用に当たっての留意点

|                    |                                                               |
|--------------------|---------------------------------------------------------------|
| 送迎時間の連絡            | 前もって大体の時間帯をご連絡しておきます                                          |
| 体調確認               | 来院時のバイタルチェック、ご家族からの状態報告を行います                                  |
| 体調不良等によるサービスの中止・変更 | 前日あるいは当日の朝お電話下さい<br>(営業時間外は留守番電話にメッセージを残して下さい)                |
| 食事のキャンセル           | 通所利用当日の 8 時 30 分までに御連絡下さい。利用日の前日が休日の場合は、契約書の食事の項を参考にして御連絡下さい。 |
| 利用時間の変更            | 事前に御連絡下さい                                                     |
| 設備・器具の破損等          | 故意に設備、器具を破損した場合は全額自己負担となります                                   |

## 9 緊急時における対応方法

サービスの提供中に状態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医、ご家族、介護支援専門員等へ連絡いたします。

(主治医)

|        |  |
|--------|--|
| 氏名     |  |
| 医療機関名称 |  |
| 所在地    |  |
| 電話番号   |  |

(ご家族)

|      |  |
|------|--|
| 氏名   |  |
| 住所   |  |
| 電話番号 |  |
| 勤務先  |  |

## 10 非常災害対策

(非常災害時の対応) 別途定める、非常災害時の計画「丸岡医院消防計画」は火災のみではなく、水害、土砂災害、地震等の災害にも対応します。

(防災設備)

| 設備名称    | 個数等         | 設備名称   | 個数等       |
|---------|-------------|--------|-----------|
| 非常階段    | 1ヶ所         | 屋内消火栓  | 1F3本・2F3本 |
| 自動火災報知器 | 1F10個・2F10個 | 非常通報装置 | 1ヶ所       |
| 誘導灯     | 1F3個・2F4個   | 非常用電源  | 有         |

◎ カーテン等は防火性能のあるものを使用しております。

(防災訓練) 別途定める「丸岡医院・消防計画」により、年2回避難訓練(5月・11月)を利用者参加の上実施します。

(消防計画) 消防署届出・平成29年3月3日

(防火権限者) 丸岡 喬

(防火管理者) 菅原 浩二

### 1 1 サービスの内容に関する苦情

当事業所の通所介護に関する相談・苦情については、次のところで承ります。

|    |                     |
|----|---------------------|
| 担当 | 通所リハビリテーション 代) 相澤和浩 |
| 電話 | 0234-23-8177        |

### 1 2 当事業者の概要

|             |                                                   |
|-------------|---------------------------------------------------|
| 名称・法人種別     | 医療法人 丸岡医院                                         |
| 管理者         | 院長 田中 栄一                                          |
| 本部所在地       | 〒998-0841<br>酒田市松原南 15 番 1 号<br>電話番号 0234-23-8177 |
| 定款の目的に定めた事業 | 1. 居宅介護支援事業<br>2. 通所リハビリテーション事業<br>3. 訪問看護事業      |

### 1 3 第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施していません。

### 1 4. 損害賠償保険の加入

事業者は、予期せぬ事故等、万が一の事態に備え以下の損害保険に加入しています。

保険会社名 : あいおいニッセイ同和損保

15 その他

令和 年 月 日、通所リハビリテーションの提供開始に当たり利用者に対して契約書及び本書面に基づき、重要な事項を説明しました。

(事業者)

|     |                              |
|-----|------------------------------|
| 所在地 | 〒998-0841<br>酒田市松原南 15 番 1 号 |
| 名称  | 医療法人 丸岡医院                    |
| 説明者 | (所属) 通所リハビリテーション             |
|     | (氏名) 印                       |

私は、契約書及び本書面により、事業所から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。

(利用者)

|      |       |
|------|-------|
| 住所   | 〒     |
| 電話番号 | ( ) — |
| FAX  | ( ) — |
| 氏名   | 印     |

(代理人)

|      |       |
|------|-------|
| 住所   | 〒     |
| 電話番号 | ( ) — |
| FAX  | ( ) — |
| 氏名   | 印     |

※高次脳機能障害または認知症等による自己判断が出来かねる状態にある方、身体的な障害がある方は代理人を立てることが出来ます。

<代理人を立てた理由>

.....  
.....  
.....

記載日 令和 年 月 日

令和7年7月1日 改定