

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]  
重要事項説明書

〈 令和6年 6月 1日現在 〉

1 事業者(法人)の概要

名称	医療法人徳洲会
所在地	大阪府大阪市北区梅田一丁目3番1-1200号
代表者(職名・氏名)	理事長 東上 震一
電話番号	06-6346-2888

2 事業所の概要

(1) 事業所名及び事業所番号

事業所名	医療法人徳洲会 加須ふれあいクリニック
所在地・連絡先	(住所)埼玉県加須市下三俣1790-1 (電話)0480-61-8561 (FAX)0480-63-2561
事業所番号	1113801107 (埼玉県)
管理者の氏名	小野田 茂雄
利用定員	30名(1単位)
利用可能設備等	食堂兼機能訓練室(125.79㎡)、浴室(普通浴槽・特浴)、 送迎車(4台)

(2) 事業所の職員体制

職 種		人 員
管 理 者		1 名
介 護 職 員		6 名
看 護 職 員	医 師	3 名
	看 護 師	2 名
	理 学 療 法 士	1 名
	作 業 療 法 士	1 名
	言 語 聴 覚 士	1 名

(3) 事業所の実施地域

事業の実施地域	加須市
---------	-----

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

#### (4) 営業日

営業日	営業時間
平日	午前8時30分から午後5時00分
土曜・祝日	午前8時30分から午後5時00分
休業日	日曜日・年末年始（12/31～1/3）

#### サービス提供時間

月～土(祝日含)	午前9時30分から午後4時00分
----------	------------------

### 3 サービス内容及び費用

#### (1) 介護保険給付対象サービス

##### ア サービス内容

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]計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、個別リハビリその他必要な介護等を行います。

種類	内容
食事	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
入浴 (要介護1～5に限る)	健康チェックを行い入浴又は清拭を行うと共に、入浴時の自立についても適切な援助を行います。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	理学療法、作業療法、個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。
レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行います。各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

介護保険適用がある場合は、原則として介護保険給付対象サービス点数表の通常規模通所リハビリテーション費・加算等の単位数に、事業所の所在する地域区分に設定された「1単位の単価」を乗じて算定された1割が利用者の負担額となります。

当施設の地域区分は6級地で、1単位の単価は**10.33円**です。

イ 費用 ①通所リハビリテーション利用 料金

	1日あたりの利用単位 (提供時間 6時間以上 ～7時間未満)	介護保険適用時の1日 あたりの自己負担額 1割	介護保険適用時の1日 あたりの自己負担額 2割	介護保険適用時の1日 あたりの自己負担額 3割
要介護 1	715 単位	739 円	1,478 円	2,216 円
要介護 2	850 単位	879 円	1,757 円	2,634 円
要介護 3	981 単位	1,014 円	2,026 円	3,041 円
要介護 4	1137 単位	1,175 円	2,350 円	3,524 円
要介護 5	1290 単位	1,333 円	2,666 円	3,998 円

加算料金

通所リハビリテーション加算	サービス 単位数	自己負担 1割	自己負担 2割	自己負担 3割	
リハビリテーションマネジメント加算 (1月につき)					
ロ	6ヶ月以内	593 単位	613 円	1,225 円	1,838 円
	6ヶ月以上	273 単位	282 円	564 円	846 円
医師が利用者またはその家族に説明した場合、ロの加算に加えて 270 単位/月					
リハビリテーション提供体制加算 4 (1回につき)					
6時間以上7時間未満	24 単位	25 円	50 円	75 円	
※ご都合により、時間短縮した場合					
5時間以上6時間未満	20 単位	21 円	42 円	63 円	
4時間以上5時間未満	16 単位	17 円	33 円	50 円	
3時間以上4時間未満	12 単位	13 円	25 円	37 円	
短期集中個別リハビリテーション実施加算 (1日につき)					
退院 (所) または、 認定日から3カ月以内	110 単位	114 円	228 円	341 円	

退院時共同指導加算 600 単位/回					
入浴介助加算  (1日につき)	(I)	40 単位	42 円	83 円	124 円
	(II)	60 単位	62 円	124 円	186 円
口腔機能向上加算(1回につき:月2回を限度)	(I)	150 単位×2回	310 円	620 円	930 円
	(II) ロ	160 単位×2回	331 円	662 円	992 円
口腔・栄養スクリーニング  加算(6ヶ月に1回を限度)	(I)	20 単位	21 円	42 円	62 円
	(II)	5 単位	5 円	11 円	16 円
サービス提供体制強化加算	(I)	22 単位	23 円	46 円	69 円
重度療養加算		100 単位	104 円	207 円	310 円
中重度者ケア体制加算 (1日につき)		20 単位	21 円	42 円	62 円
科学的介護推進体制加算 (1月につき)		40 単位	42 円	83 円	124 円
※事業所が送迎を行わない場合 (片道につき)		-47 単位	-49 円	-97 円	-146 円

※ 上記①利用料・(1) 加算料金の合計に**介護職員等処遇改善加算 I (8.6%)** を乗じて計算されます。(介護度別の基本料金の違いや加算の有無により利用料金は変わります。)

## ② 介護予防通所リハビリテーション利用 料金

	1月あたりの 利用単位	介護保険適用時の 月額 自己負担額 1割	介護保険適用時の 月額 自己負担額 2割	介護保険適用時の 月額 自己負担額 3割
要支援 1	(月額) 2268 単位	2,343 円	4,686 円	7,029 円
要支援 2	(月額) 4228 単位	4,368 円	8,735 円	13,103 円

### 加算料金

介護予防通所 リハビリテーション加算 料金		サービス単位数	自己負担額 1割	自己負担額 2割	自己負担額 3割
一体的サービス提供加算		480 単位	496 円	992 円	1488 円
サービス提供体制強化加算 (1月につき)					
(I)	要支援 1	88 単位	91 円	182 円	273 円
	要支援 2	176 単位	182 円	364 円	546 円
科学的介護推進体制加算 (1月につき)		40 単位	42 円	83 円	124 円
口腔・栄養スクリーニン グ加算(6ヶ月に1回を限 度)	(I)	20 単位	21 円	42 円	62 円
	(II)	5 単位	5 円	11 円	16 円
長期利用に対する減算 (利用開始月から12ヶ月超:1月につき)					
要支援 1		-120 単位	-124 円	-248 円	-372 円
要支援 2		-240 単位	-248 円	-496 円	-744 円

※ 上記②利用料・(1) 加算料金の合計に**介護職員等処遇改善加算 I (8.6%)** を乗じて計算されます。(介護度別の基本料金の違いや加算の有無により利用料金は変わります。)

※ ①、②の利用料金の計算は、介護保険請求ソフトがおこないます。小数点以下については端数の処理により多少前後しますのでご了承下さい。介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

### ③その他の費用

- ※ 昼食代 一食あたり **700円**です。
  - ・ その他 おむつ代、レクリエーションに係る費用等は自己負担となります。
  - ・ 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を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。  
サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当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。
- ※ 日常生活上の便宜に係る費用 実費
- ※ 交通費 特に徴収しておりません。

### ○キャンセル料

- ・ サービスの利用を中止する場合速やかにご連絡ください。  
**連絡先：0480-61-8561(代表)**
- ・ 利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日より起算	キャンセル料
サービス利用日の前々日まで	無 料
サービス利用の前日まで	無 料
サービス利用の当日	700円

#### 4 サービス内容に関する苦情相談窓口

通所リハビリ 苦情相談窓口	窓口責任者 田向 百恵 電話 0480-61-8561
------------------	--------------------------------

又は、当事業所以外に、市町村の相談、苦情窓口、埼玉県国民健康保険連合会に苦情を伝えることができます。

埼玉県国民健康保険団体連合会(国保連)	TEL 048-824-2568
加須市役所(福祉部高齢介護課保険担当)	TEL 0480-62-1111
騎西総合支所(市民福祉健康課)	TEL 0480-73-1111
大利根総合支所(市民福祉健康課)	TEL 0480-72-1317
北川辺総合支所(市民福祉健康課)	TEL 0280-61-1204

#### 5 緊急時等における対応方法

主治 医	病 院 名	
	所 在 地	
	氏 名	
	電 話 番 号	

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに施設管理者、利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。

緊急時連絡先 (家族等)	氏 名 (続 柄)	(続柄 )
	住 所	
	電 話 番 号	

#### 6 非常災害時の対策

防災計画にのっとり常に安全点検及び迅速に対応できるよう、年2回以上避難訓練等行います。

## 7 (高齢者虐待防止の推進)

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するために次に掲げるとおり、必要な措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待の防止のための指針を整備
- (2) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施
- (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配置
- (5) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

※上記のことが行われなかった場合、高齢者虐待防止未実施減算（所定の単位数の 1/100 の減算）

虐待防止に関する責任者	田向 百恵
-------------	-------

## 8 身体拘束等への適切な対応

当事業所は、身体拘束等を利用者様等がその人らしい生活を営むことを阻害する行為とし、生命または身体の保護のためにやむを得ない場合を除き、行ってはならない行為とします。

- (1) 事業所として指針を整備します。
- (2) 緊急やむを得ない場合についてもその理由と経過を記録し、代替方法の検討を行い、早期に解除できるように取組みます。
- (3) 職員の研修を定期的に実施します。
- (4) 身体拘束等の適正化のための委員会を定期的に開催します。

※上記のことが行われなかった場合、身体拘束廃止未実施減算（所定の単位数の 1/100 の減算）

## 9 ハラスメントについて

ハラスメントについての規定を定め、対応します。研修等に計画的に参加し、適切な対応ができるように努めます。

利用者またはその家族から事業所職員またはサービス事業所職員がハラスメント（その疑いがある行為）を受けた場合は、利用中止等を含めた対応をさせていただきます。

例えば、暴言・暴力、性的発言・行為、相手の尊厳を傷つける発言等を指します。

## 10 衛生管理・感染予防について

感染防止等に関する指針を作成し、感染症対策についての会議を定期的に開催します。研修の参加や訓練を実施して、感染症の予防及び蔓延防止に努めます。感染症の拡大等が発生した場合も、支援が継続できるよう計画を作成し、研修と訓練を実施します。



## 1 1 事業継続への支援について（自然災害等、感染症の拡大）

自然災害等が発生した場合においても、利用者が継続して指定居宅介護支援を受けられるように業務継続計画の作成と研修、訓練（シミュレーション）を行います。

また、行政や地域の事業所との協力体制を構築するなど有事への備えを行います。

※上記のことが行われなかった場合、業務継続計画未実施減算（所定の単位数の1/100の減算）

## 1 2 その他

○【重要事項説明書】の事業所の概要等に変更が生じた場合、随時書面にてお知らせいたします。

○初回利用時および介護保険の更新や変更があった時は、内容確認のため、複写を頂きます。

○施設内の設備や器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

○他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○所持金品は、自己の責任で管理してください。

○施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

○施設利用中の金銭や食べ物、衣類、物品等のやり取りは、事故やトラブル防止のためご遠慮ください。

○その他管理上、必要な指示に従ってください。

本書2通を作成し、利用者・事業所が署名捺印の上、一通ずつ保有するものとします。

居宅サービス提供開始に際し、利用者に対して重要事項について説明しました。

事業所 名 称 医療法人徳洲会  
加須ふれあいクリニック  
住 所 埼玉県加須市下三俣1790-1  
所 長 小野田 茂雄

説明者 加須ふれあいクリニック 通所リハビリテーション所属

氏 名 木暮 美佐子 印

私は、重要事項説明書に基づいて、（介護予防）通所リハビリテーションサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(利用者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(家族代表) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印【続柄 \_\_\_\_\_】