

通所リハビリテーション 重要事項説明書

1 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 医療法人社団新新会 介護老人保健施設多摩すずらん
- ・開設年月日 平成12年3月31日
- ・所在地 東京都東村山市青葉町2丁目27番1号
- ・電話番号 042-393-0911
- ・ファックス番号 042-393-2880
- ・管理者名 中島 直
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（1357080815号）

(2) 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健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ことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また利用者が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）や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）といったサービスを提供し、在宅ケアを支援する事を目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では運営の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。

施設の基本理念

地域の人々との結びつきを大切にし、地域に開かれた介護老人保健施設を目指します。

施設基本方針

1. 在宅での生活を踏まえた介護やリハビリを提供します。

- ・入退所前には在宅訪問を行い、以前の在宅生活を踏まえた上で、在宅復帰後に安心して自宅で生活できるよう支援します。
- ・集中的、効果的なリハビリを実施し、早期に在宅復帰できるよう支援します。
- ・各居宅介護支援事業所と連携し、在宅でも安定し自立した生活が送られるよう支援します。
- ・医療、リハビリ、介護が連携し利用者様が満足感を得られるようなサービスを提供します。

2. 地域の高齢者が住み慣れた場所で一日でも長く在宅生活が送られるよう支援します。

- ・通所、居宅、入所が密に連携し、一体的な介護サービスを提供します。
- ・地域の高齢者やご家族が安心して在宅で暮らせるよう親切・丁寧に対応します。

3. 地域の人々との交流を大切にし、地域に開かれた信頼される施設を目指します。

- ・ボランティアの受け入れを行い、地域住民との交流を大切にします。
- ・情報公開を積極的に行い、透明性のある施設を目指します。
- ・自施設のサービス評価を積極的に行い、サービスの質向上に努めます。

(3) 施設の職員体制 (入所・通所)

2026年1月現在

	常 勤	非常勤	夜 間	業務内容
・ 医 師	2	1	○	常勤は多摩あおば病院と兼務 非常勤は専任 健康管理等
・ 看護職員	9	5	○	入所 13 通所 1 心身の管理、身体介護等
・ 薬剤師		1		多摩あおば病院と兼務 調剤、薬剤管理等
・ 介護職員	23	16	○	他に短時間パート（入浴・食事） 身体介護、レク等
・ 支援相談員	3			相談業務他
・ 理学療法士	5			機能回復訓練等
・ 作業療法士	2			機能回復訓練等
・ 言語聴覚士		1		言語訓練等
・ 管理栄養士	1			栄養管理等
・ 介護支援専門員	1			ケアプラン作成他
・ 事務職員	3		○	受付他
・ その他		7		運転手

(4) 入所定員等

- ・ 入所定員 76名
- ・ 療養室 (従来型個室2室、2人室19室、4人室9室)
- ・ 通所定員 60名

2 対象者

◇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

介護保険法による介護認定で要介護または要支援状態と認定された方で、介護支援専門員等によりケアプランをたてられ、あらかじめ適切なサービスを受けることにより状態の維持・改善を図ることが期待できる方。

3 利用手続き

- ① 面談（来所又は訪問）
- ② 利用申込書類等の作成
利用申込書・調査書（施設様式）
医師の情報提供書（施設様式）→他施設利用時のコピー可
- ③ 判定会議
- ④ 利用可否連絡
- ⑤ 利用開始

ご利用に関する相談や
見学はお電話等により
お問い合わせ下さい。

4 施設サービス

◇利用サービス計画の立案

担当の介護支援専門員の意見や本人、家族等の希望を取入れながら、当施設の介護支援専門員が作成いたします。

◇ケアサービス

医療：

介護老人保健施設は入院の必要がない程度の要介護者を対象としますが、医師・看護職員が常勤していますので、利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

介護：

施設サービス計画に基づいて実施します。

機能訓練：

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練の為のリハビリテーション効果を期待したものです。

ご利用にあたりリハビリテーションの実施に必要な情報を収集し、関連スタッフによる「リハビリテーション実施計画」を作成し、そのサービスを行います。

その際、本人や家族等の希望を取り入れ、計画の内容については同意をいただくようになります。尚、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)の場合は、担当の介護支援専門員による計画が必要となります。

栄養管理：

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

◇生活サービス

通所サービスご利用中も明るく家庭的な雰囲気のもとでお過ごしいただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

通所リハビリテーションの一日

8：45～	送迎 到着後、健康チェック・水分補給 個別リハビリ
10：00	入浴開始
10：40	集団体操
11：45	嚥下体操・昼食・口腔ケア 休息
12：45	入浴開始 個別リハビリ
13：00	レクリエーション・行事・趣味活動
14：00	おやつ・水分補給
15：00	頭の体操
16：00	帰宅送迎

◇相談援助サービス

当施設の相談室には支援相談の専門員として支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談ください。(電話 042-393-0911)

また、要望や苦情なども支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

なお、フロントには「ご意見箱」が備え付けられています。

◇他機関・施設との連携

当施設では、病院や歯科診療所に協力をいただいていますので、利用者の状態が急変

した場合には、速やかに対応をお願いするようしております。
 なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいたご連絡先に連絡いたします。

5 利用料金

◇負担をしていただく内容について

介護老人保健施設を利用されるご利用者の負担額は、介護保険の給付（又は介護予防の給付）にかかる1割2割または3割の自己負担分と、居住費・食費・日常生活で通常必要となるものに係る費用等を利用料（実費）としてお支払いいただく保険給付対象外の費用の2種類があります。

また、利用者の自己負担額は全国统一料金ではありません。
 介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数等により異なり、利用料は施設ごとの設定となっております。

◇通所リハビリテーションのご利用者負担額

(1) 保険給付の自己負担額1割分

通所リハビリテーションの利用時間枠は以下の通りとなっており、それぞれ要介護度別に1回の料金が決めています。

・要介護1

2時間以上3時間未満	403円/回	5時間以上6時間未満	633円/回
3時間以上4時間未満	509円/回	6時間以上7時間未満	731円/回
4時間以上5時間未満	569円/回	7時間以上8時間未満	774円/回

・要介護2

2時間以上3時間未満	463円/回	5時間以上6時間未満	750円/回
3時間以上4時間未満	593円/回	6時間以上7時間未満	869円/回
4時間以上5時間未満	662円/回	7時間以上8時間未満	918円/回

・要介護3

2時間以上3時間未満	522円/回	5時間以上6時間未満	867円/回
3時間以上4時間未満	675円/回	6時間以上7時間未満	1,003円/回
4時間以上5時間未満	754円/回	7時間以上8時間未満	1,065円/回

・要介護4

2時間以上3時間未満	581円/回	5時間以上6時間未満	1,007円/回
3時間以上4時間未満	779円/回	6時間以上7時間未満	1,167円/回
4時間以上5時間未満	872円/回	7時間以上8時間未満	1,235円/回

・要介護5

2時間以上3時間未満	640円/回	5時間以上6時間未満	1,141円/回
3時間以上4時間未満	884円/回	6時間以上7時間未満	1,326円/回
4時間以上5時間未満	988円/回	7時間以上8時間未満	1,408円/回

* 延長加算	8時間以上9時間未満	55円/回
	9時間以上10時間未満	109円/回

ご利用時間が8時間以上となった場合。

* 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	13 円/回
	4 時間以上 5 時間未満	18 円/回
	5 時間以上 6 時間未満	22 円/回
	6 時間以上 7 時間未満	26 円/回
	7 時間以上	31 円/回

通所リハビリテーション計画に位置付けられた通所リハビリテーションを行い、常時リハビリテーション専門職を配置した場合、利用時間に応じ加算。

* 入浴介助加算（Ⅰ） 44 円/回
入浴介助を行った場合。

* 入浴介助加算（Ⅱ） 65 円/回
居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行なった場合。

* リハビリテーションマネジメント加算
医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合。

イ

- ・ 同意を得た月から 6 か月以内の期間の場合 607 円/月
- ・ 6 か月を超えた期間の場合 260 円/月

ロ

計画書等の内容等の情報を厚労省に提出し、リハビリテーションの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。

- ・ 同意を得た月から 6 か月以内の期間の場合 643 円/月
 - ・ 6 か月を超えた期間の場合 296 円/月
- 上記の説明同意を医師が行った場合 293 円/月

* 短期集中個別リハビリテーション実施加算 120 円/日
退院・退所直後又は初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活動作の自立性の向上を目的として、集中的にリハビリテーションを実施した場合に退院・退所日又は認定日より 3 か月以内の期間加算。

* 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 260 円/日
認知症の方に対し、生活機能の改善を目的として集中的にリハビリテーションを行った場合。

* 生活行為向上リハビリテーション加算
・ 6 か月以内の期間の場合 1,354 円/月
生活行為の内容充実を図るための目標を踏まえたリハビリテーションを実施した場合。

* 若年性認知症利用者受入加算 65 円/日
若年性認知症利用者に対し、通所リハビリテーションを行った場合。

* 栄養アセスメント加算 55 円/月
管理栄養士を 1 名以上配置し、多職種が共同して栄養アセスメントを実施し利用者または家族に対して結果を説明し相談等に応じること。栄養状態等の情報を厚労省に提出し、栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。

- * 栄養改善加算 217 円/回
低栄養状態にある利用者に対し栄養改善サービスを行った場合、必要に応じて居宅を訪問する。(3ヵ月以内1月に2回限度)
- * 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 22 円/回
利用開始から6ヵ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態を確認し担当するケアマネジャーに情報を提供した場合。
- * 口腔機能向上加算 (I) 163 円/回
口腔内の衛生管理や嚥下機能等の向上の為に訓練が必要と認められる方に対し、その改善を図ることに対する加算。月に2回を限度。
- * 口腔機能向上加算 (II) 174 円/回
上記 (I) の要件に加え口腔機能等の管理に係る計画の内容等の情報を厚労省に提出し、実施に当たって適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。月に2回を限度。
- * 重度療養管理加算 109 円/日
要介護3以上であって、別に厚生労働大臣が定める状態にある方に対し、計画的な医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。
- * 科学的介護推進体制加算 44 円/月
入所者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚労省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合。
- * 送迎減算 -51 円/片道
居宅から事業所との間の送迎を行わなかった場合片道につき減算されます。
- * 退院時共同指導加算 650 円/回
退院時のカンファレンスに参加し退院時共同指導を行い、通所リハビリテーションを行った場合。
- * サービス提供体制加算 (I) 24 円/日
介護職員に占める介護福祉士の割合が50%以上の施設に対する評価。
- * 介護職員等処遇改善加算 (I) 介護保険費用総額の8.6%に対する負担割合分
介護職員処遇改善の為に交付金に当てる加算。

(2) 利用料

- ① 食費 (昼食) 750 円
施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。
- ② 教養娯楽費
 - ・ A 手芸活動ほか (小物作り、ぬり絵、貼絵、刺し子等) ドリル 120 円/日
 - ・ B 書道活動 (毛筆、ペン字) 110 円/日
 趣味活動やレクリエーションなどにかかる材料費用。いずれかに参加した場合。
- ③ 日用消耗品
ご希望により、歯ブラシ (1本100円) 等を実費相当額にて提供します。

④ 基本時間外施設利用料（1時間当たり） 990円
利用者の家族の出迎え等の都合で、通所リハビリテーション終了後も利用者が長時間施設に滞在する（10時間を超え）場合。

⑤ おむつ代
・紙おむつ、パンツ型 158円/枚
・尿とりパッド 53円/枚
・尿とりパッド（ワイド） 80円/枚

通所ご利用時は施設で用意したものをご使用いただきます。

⑥ 理美容の料金
通所リハビリテーション実施前、もしくは、実施後に理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。調髪内容により料金が異なります。（通所リハビリテーション実施時間中に理美容のご利用はできません。）

⑦ その他
診断書等の文書の発行等

介護予防サービス

介護状態が軽度の方や要支援・要介護状態になるおそれのある方などを対象にしたサービスです。軽度の方は、転倒や骨折、関節疾患などにより、徐々に生活機能が低下していくことがあります。このようなことにならないよう、あらかじめ適切なサービスの提供により状態の維持・改善を図り、できる限り地域や在宅で自立した日常生活を送ることができることを目的とします。

◇介護予防通所リハビリテーションのご利用者負担額

(1) 介護予防給付の自己負担額 1割分

基本サービス費

・要支援1（概ね週1回程度のご利用） 2,457円/月
・要支援2（概ね週2回程度のご利用） 4,579円/月

*生活行為向上リハビリテーション加算

・6ヵ月以内の期間の場合 609円/月

生活行為の内容充実を図るための目標を踏まえたリハビリテーションを実施した場合。

*若年性認知症利用者受入加算

260円/月

若年性認知症利用者に対し、介護予防通所リハビリテーションを行った場合。

*利用開始日の属する月から12ヵ月を超えてご利用された場合

・要支援1 -130円/月
・要支援2 -260円/月

*退院時共同指導加算

650円/回

退院時のカンファレンスに参加し退院時共同指導を行い、通所リハビリテーションを行った場合。

*栄養アセスメント加算

55円/月

管理栄養士を1名以上配置し、多職種が共同して栄養アセスメントを実施し利用者または家族に対して結果を説明し相談等に応じること。栄養状態等の情報を厚労省に提出し、栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。

- * 栄養改善加算 217 円/回
低栄養状態にある利用者に対し栄養改善サービスを行った場合。(3ヵ月以内1月に2回限度)
- * 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 22 円/回
利用開始から6ヵ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態を確認し担当するケアマネジャーに情報を提供した場合。
- * 口腔機能向上加算 (I) 163 円/月
口腔内の衛生管理や嚥下機能等の向上の為に訓練が必要と認められる方に対し、その改善を図ることに対する加算。月に2回を限度。
- * 口腔機能向上加算 (II) 174 円/月
上記 (I) の要件に加え口腔機能等の管理に係る計画の内容等の情報を厚労省に提出し、実施に当たって適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。月に2回を限度。
- * 一体的サービス提供加算 520 円/月
運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合。
- * 科学的介護推進体制加算 44 円/月
入所者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚労省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合。
- * サービス提供体制加算 (I)
 - ・ 要支援1 96 円/月
 - ・ 要支援2 191 円/月介護職員に占める介護福祉士の割合が70%以上のまたは勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の施設に対する評価。
- * 介護職員等処遇改善加算 (I) 介護保険費用総額の8.6%に対する負担割合分
介護職員処遇改善の為に交付金に当てる加算。

(2) 利用料

「通所リハビリテーション」に準じますのでご参照下さい。

6 お支払い方法

口座振替のご利用をお願いいたします。振替日：ご利用月の翌月27日
ご利用には事前に口座登録が必要となりますので預金通帳と銀行のお届け印、もしくは引き落とし口座のキャッシュカードをお持ちください。

7 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力をいただいております。

◆協力医療機関

- ・名称 医療法人社団 堀ノ内病院
- ・住所 埼玉県新座市堀ノ内 2-9-31 TEL 048-481-5168
- ・診療科目 内科・外科・整形外科・小児科・耳鼻咽喉科・眼科・泌尿器科・神経科・精神科・皮膚科・歯科・口腔外科リハビリテーション科・胃腸科・肛門科・形成外科
- ・病床数 140 床

- ・名称 医療法人社団 雅会 山本病院
- ・住所 東京都清瀬市野塩 1-328 TEL 042-491-0706
- ・診療科目 内科・外科・整形外科・泌尿器科・皮膚科・リハビリ科
- ・病床数 79 床

◆訪問歯科医療機関

- ・名称 医療法人社団 竹の郷 竹の子歯科医院
東京都武蔵野市西久保 3-11-5 フリーダイヤル 0120-584-648
- 針ヶ谷歯科医院
埼玉県富士見市針ヶ谷 2-19-10 TEL 049-255-7131

(緊急時の対応について)

当施設では、利用者に対し専門的な医学的対応が必要と判断した場合や心身の状態が急変した場合は、利用者及び申込者または身元引受人が指定する者に連絡し、指定する医療機関へ搬送するよう努めます。指定がない場合は専門的機関を紹介します。なお、医療機関への搬送は、救急車での搬送を除き施設車で対応しますが、付添の看護職員等に移動の為の費用が発生した場合につき、その実費分をお支払いただきます。

8 施設利用にあたっての留意事項

(1) 面会

原則として、利用時の面会をご遠慮下さい。急な用件等で連絡や面会が必要となった場合は施設へご連絡ください。

(2) 電話の取次ぎ

ご家族からの電話は、事務所からお取次ぎいたします。

(3) 飲食物の持込み

療養上の問題がありますのでお持ち込みされないようお願いいたします。

(4) 金銭・貴重品の管理

大切な貴重品や現金はお預かりできませんので、お持ちにならないで下さい。万一、紛失があっても施設では責任を負いかねますのでご注意下さい。

(5) 宗教活動

他の利用者とのトラブルとなるような活動は禁止いたします。

(6) 利用開始時にお持ちいただくもの

1. 通所申込書

2. 生活状況
3. 利用同意書
4. 介護保険被保険者証
5. 介護保険負担割合証
6. 健康保険被保険者証又は後期高齢者医療被保険者証
7. 診察券（かかりつけ医など）
7. 印鑑
8. お薬の説明書（薬局から頂ける書類、おくすり手帳）
9. 健康診断の結果等（お持ちの方）
10. 預金通帳と銀行お届け印、または引き落とし口座のキャッシュカード
11. その他 必要に応じて

重要

ご利用中に、要介護度の区分変更や居住地移転等により、左記の各証書に変更があった場合は、必ずお知らせ下さい。

(7) 苦情窓口のご案内

当施設の提供する介護保健施設サービスに対して要望又は苦情等がある場合には、施設の苦情処理担当や支援相談員に申し出ることができます。そのほか、管理者宛ての文書を所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。当施設の苦情処理担当は次の通りです。

- ・ 苦情処理責任者 事務長 TEL 042-393-0911
- ・ 第三者委員会 国保連合会苦情相談窓口 TEL 03-6238-0177 午前9時から午後5時
- ・ 東村山市健康福祉課高齢介護課 TEL 042-393-5111

9 個人情報保護について

当施設では、利用者の尊厳を守り安全に拝領する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

当施設における個人情報の利用目的

◎介護・診療情報の提供

- ◆ 当施設での医療・介護サービスの提供
- ◆ 要介護認定における介護認定審査会、認定調査員への協力
- ◆ 居宅介護支援事業所、介護サービス事業者、訪問看護ステーション、介護老人保健施設、他の病院、診療所、薬局等との連携
- ◆ 他の医療機関からの照会への回答
- ◆ 利用者様への医療・介護サービス提供のため、担当介護支援専門員、外部の医師等へ意見・助言を求める場合
- ◆ 検体検査業務の委託その他の業務委託
- ◆ ご家族等への状態説明
- ◆ その他、利用者様への医療・介護提供に関する利用

◎介護報酬請求のための事務

- ◆ 当施設での医療・介護に関する事務およびその委託
- ◆ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ◆ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ◆ その他、医療・介護に関する介護報酬請求のための利用

◎当施設の管理運営業務

- ◆ 会計・経理
 - ◆ 事故等の報告
 - ◆ 当該利用者様のサービスの向上
 - ◆ 入退所等の管理
 - ◆ その他、当施設の管理運営業務に関する利用
- ◎賠償責任保険などに係る、専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
- ◎医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ◎当施設内において行われる実習への協力
- ◎医療・介護の質の向上を目的とした当施設内での事例研究
- ◎外部監査機関への情報提供
- なお当施設は、ご利用者様の求めに応じてサービスの提供記録を開示する仕組みがございます。支援相談員までお問合せ下さい。

10 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー・消火器・消火栓・防火扉・非常階段・自家発電
- ・ 防火訓練 年2回（うち1回は夜間想定の実演）

11 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

12 利用契約の解除

下記のいずれかに該当する場合は、施設より契約の解除を求めることとなりますので、予めご留意下さい。

- (1) 本「重要事項説明書」P2、『2 対象者』に該当しなくなった場合。
- (2) 施設において定期的に実施される利用継続検討会議で、退所して居宅において生活ができると判断された場合。
- (3) 利用料金を3ヵ月分以上滞納し、さらに支払いの督促から10日間以内にお支払いがない場合。

その他、利用約款に定めておりますのでご参照下さい。

13 重要事項内容説明確認書

この重要事項説明書の説明年月日 _____年 _____月 _____日

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項を説明しました。

事業所名 介護老人保健施設 多摩すずらん

説明者 _____ 印

事業者（事業所）から上記の介護老人保健施設サービスの内容及び重要事項の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者 住所

氏名 _____ 印

代理人 住所

氏名 _____ 印