

# リハビリ道場わかさ

## 重要事項説明書「(介護予防)通所リハビリテーションサービス」

(介護予防)通所リハビリテーションサービス(以下「サービス」という)の提供開始にあたり、厚労省令37号第119条、8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

### 1. 事業所の概要

|        |                   |
|--------|-------------------|
| 事業所名称  | リハビリ道場わかさ         |
| 所在地    | 福井県三方上中郡若狭町市場19-5 |
| 施設の名称  | 若狭町国民健康保険上中診療所    |
| 指定番号   | 1812410130        |
| 管理者の氏名 | 長谷 健司             |
| 電話番号   | 0770-62-1189      |

### 2. 事業の目的と運営の方針

〔目的〕 要介護者又は要支援者が可能な限り居宅において、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようサービスを提供することを目的とします。

〔方針〕 事業所の従業員は、要介護者又は要支援者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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します。

事業の実施にあたっては、関係市町、居宅介護支援事業所その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了承を得ることとします。

### 3. 利用定員

|            |     |
|------------|-----|
| 1日あたり総利用定員 | 40名 |
|------------|-----|

### 4. 通常の実施地域

|      |      |
|------|------|
| 実施地域 | 若狭町内 |
|------|------|

### 5. 営業日及び営業時間

|      |                                   |
|------|-----------------------------------|
| 営業日  | 月～金曜日 但し、土・日・祝祭日、12月29日～1月3日までは除く |
| 営業時間 | 午前8時30分から午後5時15分まで                |

### 6. キャンセル

- (1)利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかにご連絡ください。
- (2)利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。

## 7. 職員体制

| 従業者の職種        | 人員              |
|---------------|-----------------|
| 管理者           | 1名(常勤兼務)        |
| 医師            | 1名(常勤兼務)        |
| 看護師           | 1名(常勤勤務)        |
| 理学療法士または作業療法士 | 常勤換算2.0名以上      |
| 介護職員          | 3名以上(介護福祉士2名以上) |

## 8. サービスの内容

サービスは、医師、理学療法士、作業療法士等リハビリスタッフによって作成される通所リハビリテーション計画及びリハビリテーション実施計画書に基づいて、理学療法、作業療法及びその他必要なリハビリテーションを行います。

## 9. 利用料等

- (1) サービスを提供した場合の利用料の額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。
- (2) 前項のほか、介護保険給付外サービスの支払いを利用者から徴収いたします。
- (3) 支払い方法は毎月15日までに、前月分の請求書を発行しますのでお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。なお、お支払い方法は、現金、口座引き落としがあります。口座引き落としの場合は、毎月25日にご指定の金融機関から引き落としさせていただきます。

## 10. 苦情等申立窓口

当事業所のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当事業所の窓口までお気軽にご相談ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

|                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| ・相談窓口<br>・苦情対応窓口 | 電話番号 0770-62-1189       |
|                  | FAX 0770-62-1699        |
|                  | 受付責任者 _____             |
|                  | 対応時間 午前8時30分から午後5時15分まで |

## 11. 非常災害時の対策

|        |                                                                                                           |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 災害時の対応 | 消防法に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に処する計画に基き、防火管理者を設置し非常災害対策を行います。                                                   |
| 平常時の訓練 | 防火教育及び基本訓練(消火・通報・避難)は年2回以上(うち1回は夜間を想定した訓練)を行います。<br>利用者を含めた総合避難訓練を年1回以上行います。<br>非常災害用設備の使用方法的徹底・・・随時行います。 |
| 防災設備   | スプリンクラー 自動通報装置等は、防災性能のあるものを使用しております。                                                                      |
| 消防計画等  | 毎年提出 防火管理者                                                                                                |

## 12. 当事業所ご利用の際にご留意いただく事項

|          |                                                                    |
|----------|--------------------------------------------------------------------|
| 設備・器具の利用 | 事業所内の設備、器具は本来の用法に従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、弁償していただくことがあります。 |
| 喫煙・飲酒    | 全館禁止となっております。                                                      |
| 迷惑行為等    | 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。                                             |
| 所持品の管理   | 自己管理とさせていただきます。                                                    |
| 現金等の管理   | 自己管理とさせていただきます。ご自身で管理できない方は職員にお申し出ください。                            |

### 13. 緊急時の対応

(1) 緊急時診療等を求める医療機関(かかりつけ医)

医療機関名

住 所 〒

電話番号

( )

(2) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

緊急の場合には「利用申込票」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

### 14. 利用料

<令和6年4月1日現在>

#### <介護予防通所リハビリテーション>

(1) 基本利用料

| 介護度  | 1割負担     | 2割負担     | 3割負担      |
|------|----------|----------|-----------|
| 要支援1 | 2,268円/月 | 4,536円/月 | 6,804円/月  |
| 要支援2 | 4,228円/月 | 8,456円/月 | 12,684円/月 |

(2) 加算料金

| 加算名称及び内容                  | 1割負担        | 2割負担     | 3割負担     |
|---------------------------|-------------|----------|----------|
| 運動器機能向上加算                 | 225円/月      | 450円/月   | 675円/月   |
| 栄養アセスメント加算                | 50円/月       | 100円/月   | 150円/月   |
| 栄養改善加算                    | 200円/月      | 400円/月   | 600円/月   |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)         | 20円/月       | 40円/月    | 60円/月    |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)         | 5円/月        | 10円/月    | 15円/月    |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ)               | 150円/月      | 300円/月   | 450円/月   |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)               | 160円/月      | 320円/月   | 480円/月   |
| 科学的介護推進体制加算               | 40円/月       | 80円/月    | 120円/月   |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)          | 要支援1 88円/月  | 176円/月   | 264円/月   |
|                           | 要支援2 176円/月 | 352円/月   | 528円/月   |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算(6月以内) | 562円/月      | 1,124円/月 | 1,686円/月 |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算    | 所定単位の5%加算   |          |          |
| 若年性認知症利用者受入加算             | 240円/月      | 480円/月   | 720円/月   |

#### <通所リハビリテーション>

(1) 基本利用料(所要時間6時間から7時間) \*通常規模型

| 介護度  | 1割負担     | 2割負担     | 3割負担     |
|------|----------|----------|----------|
| 要介護1 | 715円/日   | 1,430円/日 | 2,145円/日 |
| 要介護2 | 850円/日   | 1,700円/日 | 2,550円/日 |
| 要介護3 | 981円/日   | 1,962円/日 | 2,943円/日 |
| 要介護4 | 1,137円/日 | 2,274円/日 | 3,411円/日 |
| 要介護5 | 1,290円/日 | 2,580円/日 | 3,870円/日 |

※ 所要時間がこれに満たない場合は、その時間に応じた料金となります。

## (2)加算料金

| 種類                      | 説 明                                                                                                                                                                                                                                                                    | 料金                                        |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| リハビリテーション提供体制加算         | リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)から(Ⅳ)までのいずれかを算定しており、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。※料金は通常の6～7時間利用で、利用時間に応じて料金が変わります。                                                                                                                   | 1割負担・24円/回<br>2割負担・48円/回<br>3割負担・72円/回    |
| 理学療法士等体制強化加算            | 1時間以上2時間未満のサービスを実施し、理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上配置していること。                                                                                                                                                                                                            | 1割負担・30円/日<br>2割負担・60円/日<br>3割負担・90円/日    |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算  |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 所定単位の5%加算                                 |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算     | (1)個別にリハビリテーションを実施すること。<br>(2)リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していること。                                                                                                                                                                                                      | 1割負担・110円/日<br>2割負担・220円/日<br>3割負担・330円/日 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) | (1)リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定している。<br>(2)医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーション(週2回以内1回20分以上)を個別に行うこと。<br>(3)医師により認知症の利用者であっても生活機能の改善が見込まれると判断された者で認知症評価スケールにおいて5～25点に相当する者。<br>(4)短期集中個別リハビリテーション加算、生活行為向上リハビリテーション実施加算との同時算定は不可。 | 1割負担・240円/日<br>2割負担・480円/日<br>3割負担・720円/日 |
| 栄養アセスメント加算              | 管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント(利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握)を行った場合に算定                                                                                                                                                                                                         | 1割負担・50円/月<br>2割負担・100円/月<br>3割負担・150円/月  |
| 栄養改善加算                  | 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行った場合に算定(3月以内の期間で1月に2回限度)                                                                                                                                                                                                        | 1割負担・200円/月<br>2割負担・400円/月<br>3割負担・600円/月 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)       | 口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定。                                                                                                                                                                                                                                | 1割負担・20円/日<br>2割負担・40円/日<br>3割負担・60円/日    |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)       |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1割負担・5円/回<br>2割負担・10円/回<br>3割負担・15円/回     |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ)             |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1割負担・150円/日<br>2割負担・300円/日<br>3割負担・450円/日 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)             | 口腔機能が低下している方への口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合に算定。(3月以内の期間で1月に2回限度)                                                                                                                                                                  | 1割負担・160円/回<br>2割負担・320円/回<br>3割負担・480円/回 |
| 科学的介護推進体制加算             | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて通所リハ計画を見直すなど、適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合。                                                                                                                                                             | 1割負担・40円/月<br>2割負担・80円/月<br>3割負担・120円/月   |
| サービス提供体制強化加算            | サービスの質の向上や職員の介護福祉士の占める割合によって算定。                                                                                                                                                                                                                                        | 1割負担・22円/回<br>2割負担・44円/回<br>3割負担・66円/回    |

|               |                                                                             |                  |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 若年性認知症利用者受入加算 | 受け入れた若年性認知症利用者毎に、個別の担当者を定めていること。                                            | 1割負担<br>60円/日    |
|               |                                                                             | 2割負担<br>120円/日   |
|               |                                                                             | 3割負担<br>180円/日   |
| 重度療養管理加算      | 要介護3, 4, 5に該当する者であって厚生労働大臣が定める状態が一定期間継続している者に対して医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。 | 1割負担<br>100円/日   |
|               |                                                                             | 2割負担<br>200円/日   |
|               |                                                                             | 3割負担<br>300円/日   |
| 送迎を行わない場合     | 利用者が自ら通う場合。家族が送迎を行う場合等に減額                                                   | 1割負担<br>－47円/片道  |
|               |                                                                             | 2割負担<br>－94円/片道  |
|               |                                                                             | 3割負担<br>－141円/片道 |
| 移行支援加算        | 通所リハビリテーションの利用により機能が向上し、社会参加を維持できる他サービス等に移行する支援を行った場合。                      | 1割負担<br>12円/日    |
|               |                                                                             | 2割負担<br>24円/日    |
|               |                                                                             | 3割負担<br>36円/日    |

#### <保険給付外>

|                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| 昼食代                    | 650 円/日                     |
| おやつ代                   | 100 円/日                     |
| ティッシュ・トイレトペーパーなどの日常生活費 | 100 円/日                     |
| 個人的嗜好品、行事費、趣味活動に係る原材料費 | 実費                          |
| リハビリパンツ                | 120 円/枚                     |
| 尿とりパッド                 | 30 円/枚                      |
| 通常の実施地域を超えて送迎を行った場合    | 超えた地点から片道 2km ごとに 150 円(税別) |

\*オムツは原則、持参して下さい。上記は使用した場合の金額になります。

以上のとおりサービスの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 若狭町  
代表者 若狭町長 渡辺 英朗  
事業所所在地 福井県三方上中郡若狭町市場19-5  
事業所名称 リハビリ道場わかさ  
施設代表者 若狭町国民健康保険上中診療所  
管理者 長谷 健司  
電話番号 0770(62)1188

説明者氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面により、事業所から(介護予防)通所リハビリテーションサービスについての重要事項説明を受けました。

(利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(代筆者) 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( )

(代筆理由) ☐ 手が不自由 ☐ 認知症  
☐ その他( )