

# 通所リハビリテーション重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

## 1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話：048-932-0011

担当：相談員 ※ご不明な点は、なんでもお訪ね下さい。

## 2 通所リハビリテーション翔寿苑の概略

### (1) 提供できるサービスの種類

施設名称	通所リハビリテーション翔寿苑
所在地	〒340-0002 埼玉県草加市青柳8-51-13
介護保険指定番号	1151880012
サービスを提供する対象地域	草加市

※上記地域以外の方でも御希望の方は御相談下さい。

### (2) 職員体制

職種	常勤	非常勤	計	業務内容	
医師	1	0	1	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。	
介護職員	介護福祉士	7	3	利用者の通所リハビリテーション計画に基づく介護を行います。	
	実務者研修課程修了 (1級ヘルパー)	1	1		2
	初任者研修課程修了 (2級ヘルパー)	1	5		6
看護職員	0	2	2	利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導、事業提供にあたり必要な看護上の援助を行います。	
理学療法士	3	1	4	リハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し指導を行います。	
作業療法士	1	0	1		
言語聴覚士	0	0	0		
管理栄養士	1	0	1	献立の作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等利用者の食事管理を行います。	
送迎担当者	0	8	8	利用者の送迎を行います。	
事務職員	3	0	3	事務職員は必要な事務を行います。	

### (3) 設備の概要 (定員60名)

食堂	1カ所	機能訓練室	1カ所
浴室	一般浴室 1カ所	医務室	1カ所
	機械浴室 1カ所	相談室	1カ所
事務室	1カ所	送迎車	4台

### (4) 営業時間

月～土 (祝祭日を含む)	8時00分～17時00分	電話受付 8:00～17:00
休業日	日曜日・12/31～1/3	

※緊急連絡先 048-932-0011

## 3 サービス内容

### ①送迎

居宅及び施設間の送迎を実施致します。

### ②食事

管理栄養士の作成したメニューを提供し、栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理致します。

### ③入浴

ご利用者の状態に合わせた入浴方法でご入浴して頂きます。

④機能訓練

理学療法士、作業療法士等による訓練を実施致します。

⑤生活相談

日常生活に関する悩みや、介護サービス等に関するご相談に対応させていただきます。

等々

**4 利用料金：地域区分別1単位の単価（5級地）＝10,550円**

(1) 利用料：介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の1割または2割、3割（介護保険負担割合証における利用者負担の割合）です。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

①1割：基本サービス費（通所リハビリテーション利用料）

介護区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	675	802	926	1,077	1,224
基本料金	7,121円	8,461円	9,769円	11,362円	12,913円
(保険負担)	6,408円	7,614円	8,792円	10,225円	11,621円
<b>自己負担金</b>	<b>713円</b>	<b>847円</b>	<b>977円</b>	<b>1,137円</b>	<b>1,292円</b>

※大規模型（所要時間＝6時間以上7時間未満）

2割：基本サービス費（通所リハビリテーション利用料）

介護区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	675	802	926	1,077	1,224
基本料金	7,121円	8,461円	9,769円	11,362円	12,913円
(保険負担)	5,696円	6,768円	7,815円	9,089円	10,330円
<b>自己負担金</b>	<b>1,425円</b>	<b>1,693円</b>	<b>1,954円</b>	<b>2,273円</b>	<b>2,583円</b>

※大規模型（所要時間＝6時間以上7時間未満）

3割：基本サービス費（通所リハビリテーション利用料）

介護区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	675	802	926	1,077	1,224
基本料金	7,121円	8,461円	9,769円	11,362円	12,913円
(保険負担)	4,984円	5,922円	6,838円	7,953円	9,039円
<b>自己負担金</b>	<b>2,137円</b>	<b>2,539円</b>	<b>2,931円</b>	<b>3,409円</b>	<b>3,874円</b>

※大規模型（所要時間＝6時間以上7時間未満）

②リハビリテーション提供体制加算（24単位／回）

利用者25名ごとに理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の合計数が1名以上配置されている場合は加算料金を頂戴致します。

1日につき253円（1割：自己負担金 26円）  
 （2割：自己負担金 51円）  
 （3割：自己負担金 76円）

③入浴介助加算（I）40単位／日

入浴中に利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声掛け等の利用者の観察を含む介助を行った場合は加算料金を頂戴致します。

1日につき422円（1割：自己負担金 43円）  
 （2割：自己負担金 85円）  
 （3割：自己負担金 127円）

④入浴介助加算（II）60単位／日

居宅において、自身でまたは家族等の介助によって入浴ができるようになることを目的とし、医師等又は介護職員が、当該利用者居宅を訪問し自宅の状況を踏まえた上で入浴介助を行った場合は加算料金を頂戴致します。

1日につき633円 (1割:自己負担金 64円)  
(2割:自己負担金127円)  
(3割:自己負担金190円)

⑤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が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理し、通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価して必要に応じて見直している場合には、以下の加算料金を頂戴致します。

イ リハビリテーション会議を開催し、計画を見直すとともにリハ計画書についてリハ専門職が説明を行った場合

6ヵ月以内:560単位/月=1ヶ月につき5,908円 (1割:自己負担金 591円)  
(2割:自己負担金1,182円)  
(3割:自己負担金1,773円)

6ヵ月越え:240単位/月=1ヶ月につき 2,532円 (1割:自己負担金 254円)  
(2割:自己負担金 507円)  
(3割:自己負担金 760円)

ロ 上記イの要件に加え、通所リハビリテーション計画等の内容等の情報を厚生労働省へ提出しフィードバックを行った場合

6ヵ月以内:593単位/月=1ヶ月につき6,256円 (1割:自己負担金 626円)  
(2割:自己負担金1,252円)  
(3割:自己負担金1,877円)

6ヵ月越え:273単位/月=1ヶ月につき2,880円 (1割:自己負担金 288円)  
(2割:自己負担金 576円)  
(3割:自己負担金 864円)

ハ 上記ロの要件を満たしていることに加え、管理栄養士を配置し他職種が共同してリハビリ、栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行い、情報を一体的に共有している場合

6ヵ月以内:793単位/月=1ヶ月につき8,366円 (1割:自己負担金 837円)  
(2割:自己負担金1,674円)  
(3割:自己負担金2,510円)

6ヵ月越え:473単位/月=1ヶ月につき4,990円 (1割:自己負担金 499円)  
(2割:自己負担金 998円)  
(3割:自己負担金1,497円)

※医師が利用者・家族に説明し、同意を得た場合は上記に加え270単位を頂戴致します。

(1割:自己負担金 285円)  
(2割:自己負担金 570円)  
(3割:自己負担金 855円)

⑥退院時共同指導加算 (600単位/回)

医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し共同指導を行った場合、加算料金を頂戴致します。

1回につき6,330円 (1割:自己負担金 633円)  
(2割:自己負担金1,266円)  
(3割:自己負担金1,899円)

⑦短期集中個別リハビリテーション加算 (110単位/日) ※退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以内  
早期に在宅における日常生活動作の自立性を向上させるため、短期集中的に、リハビリテーションを実施した場合は、加算料金を頂戴致します。

1日につき1, 160円 (1割:自己負担金116円)  
(2割:自己負担金232円)  
(3割:自己負担金348円)

⑧認知症短期集中個別リハビリテーション加算 ※退院(所)日又は通所開始日から起算して3ヶ月以内  
認知症であり、かつ、リハビリテーションによって生活機能の改善を促す目的で、集中的なリハビリテーション  
を実施した場合、以下の加算料金を頂戴致します

(I) 1週間に2日を限度として20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合

(240単位/日) 1日につき2, 532円 (1割:自己負担金 254円)  
(2割:自己負担金 507円)  
(3割:自己負担金 760円)

(II) 1月に4回以上リハビリテーションを実施し、リハビリテーションマネジメント加算を算定している場合

(1, 920単位/月) 1日につき 20, 256円 (1割:自己負担金2, 026円)  
(2割:自己負担金4, 052円)  
(3割:自己負担金6, 077円)

⑨生活行為向上リハビリテーション実施加算

生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士等を配置し、リハビリテー  
ションを計画・実施した場合は加算料金を頂戴致します。

・1, 250単位/月

=1ヶ月につき13, 187円 (1割:自己負担金1, 319円)  
(2割:自己負担金2, 638円)  
(3割:自己負担金3, 957円)

⑩中重度者ケア体制加算 (20単位/日)

中等度の要介護者を積極的に受け入れ、在宅サービスの継続に資するサービスを提供するため、介護職員又は看  
護職員を配置している場合は加算料金を頂戴致します。

1日につき211円 (1割:自己負担金22円)  
(2割:自己負担金43円)  
(3割:自己負担金64円)

⑪栄養改善加算 (200単位/回) ※月2回を限度

低栄養状態にある者又はそのおそれのある利用者に対し、低栄養状態の改善等を目的として個別的に実施される  
栄養改善サービスを実施した場合は加算料金を頂戴致します。

1月につき2, 110円 (1割:自己負担金 211円)  
(2割:自己負担金 422円)  
(3割:自己負担金 633円)

⑫栄養アセスメント加算 (50単位/月)

利用者の状態に応じ「栄養ケア計画」を作成し、これに従い栄養管理を行うとともに、利用者の栄養状態を定期  
的に記録しているため加算料金を頂戴致します。

1月につき527円 (1割:自己負担金 53円)  
(2割:自己負担金106円)  
(3割:自己負担金159円)

⑬口腔機能向上加算 (I) (150単位/回) ※月2回を限度

利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔  
機能を定期的に記録し評価を実施した場合は加算料金を頂戴致します。

1回につき1, 582円 (1割:自己負担金159円)  
(2割:自己負担金317円)  
(3割:自己負担金475円)

⑭口腔機能向上加算 (II) (160単位/回) ※月2回を限度

口腔機能向上加算 (I) の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出 (L  
I F F 活用) し、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用 (PCDAサイクルの運用) した場合は加算料  
金を頂戴致します。

1回につき1, 688円 (1割:自己負担金169円)  
(2割:自己負担金338円)  
(3割:自己負担金507円)

⑮送迎減算 (▲47単位/片道)

利用者が自ら事業所に通う場合 (家族等が送迎を実施する場合)

片道につき▲495円 (1割:自己負担金 ▲50円)  
(2割:自己負担金 ▲99円)  
(3割:自己負担金▲149円)

⑯サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) (18単位/回)

職員総数のうち、介護福祉士が50%以上配置されている場合は加算料金を頂戴致します。

1回につき189円 (1割:自己負担金 19円)  
(2割:自己負担金 38円)  
(3割:自己負担金 57円)

⑰科学的介護推進体制加算 (40単位/月)

利用者ごとのADL値や機能状況や心身の状況などに係る基本的な情報を少なくとも「3ヶ月に1回」厚生労働省に提出し、必要に応じて通所リハビリテーション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は加算料金を頂戴いたします。

1月につき422円 (1割:自己負担金 43円)  
(2割:自己負担金 85円)  
(3割:自己負担金127円)

⑱介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)

基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とした所定単位数に8.6%を乗じた単位数を算定させて頂き加算料金を頂戴致します。

⑲その他

介護保険法に定められた料金を頂戴致します。

(2) 食費 (別紙参照)

(3) その他 (別紙参照)

- ①日常生活品費/日額 150円
- ②教養娯楽費/日額 200円
- ③おむつ代 (別紙参照)
- ④行事費 (別紙参照)
- ⑤送迎費 (別紙参照)
- ⑥その他の費用 (別紙参照)

(4) キャンセル料

お客様の御都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用の24時間前までにご連絡いただいた時	無料
②ご利用の12時間前までにご連絡いただいた時	介護保険に定められた当該基本料金の25%
③ご利用の12時間前までにご連絡がなかった時	介護保険に定められた当該基本料金の50%

(5) 支払方法

毎月中旬までに前月分の御請求をさせていただきますので、当月中にお支払下さい。お支払頂きますと、領収書を発行致します。お支払方法は、口座振替となっております。手続きが間に合わない場合は銀行振込、現金窓口支払 (日曜を除く平日・土曜・祝祭日の9:00~17:30) でお支払い下さい。

## 5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当事業所職員がお伺い致します。

通所リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始致します。

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下さい。

(2) サービス利用契約の終了

- ①お客様のご都合でサービス利用契約を終了する場合  
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下さい。
- ②当事業所の都合でサービスを終了する場合  
人員不足等やむを得ない事情により、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ヶ月前までに文書で通知致します。
- ③自動終了  
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了致します。
- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合。
  - ・ご利用者様の要介護認定区分が、要支援もしくは非該当（自立）と認定された場合。
  - ・ご利用者様がお亡くなりになった場合。
- ④その他
- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様やご家族様などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当社が破産した場合。
  - ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、1週間以内に支払われない場合。
  - ・ご利用者様が、入院又は病気等により3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。
  - ・ご利用者様やご家族様などが当事業所や従業者等に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
  - ・ご利用者様、またはご家族様による従業者へのハラスメント等（サービスの範囲を超える過度な要求、暴力、乱暴な言動、個人の尊厳や人格を傷つける言動、性的な嫌がらせ等その他の迷惑行為）により、健全な信頼関係を築くことができない場合。

## 6 当事業所のサービスの特徴等

### (1) 運営の方針

- ①当施設では、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努めます。
- ②施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- ③当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- ④当施設では、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- ⑤サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- ⑥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（サービス担当者会議等に用いる際）については、この重要事項説明書への利用者またはその代理人の了解を得ることによって同意を得たことと致します。

### (2) サービス利用のために

事項	有無	備考
男性従業員の有無	○	介護職員の約20%は男性職員です。
従業員への研修の実施	○	年12回、内部研修を開催しています。適宜、外部研修に出席・参加しています。
サービスマニュアルの作成	○	各サービスに関して業務マニュアルを作成しています。
各種委員会	○	感染症対策委員会、事故防止委員会、安全衛生委員会、身体拘束廃止委員会、栄養管理委員会、褥瘡対策委員会、苦情対応委員会、広報委員会、災害対策委員会

### (3) 事業所利用にあたっての留意事項

- ・施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事を摂取して頂きます。食費は利用料として規定されるものですが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、食事内容を管理・決定できる権限を委任して頂きます。
- ・サービス利用の際には介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示して下さい。
- ・施設内の設備や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、弁償して頂く場合があります。
- ・決められた場所以外での喫煙はご遠慮下さい。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
- ・所持金品は、自己の責任で管理して下さい。
- ・施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい
- ・災害時・悪天候時等において、当事業所が利用者の安全を考慮し混乱や危険を避けるためにやむを得ないと判断した場合は、営業時間短縮の措置を取ることがあります。
- ・万が一、離苑事故が発生した場合は、警察へ連絡し防災無線を利用しますので予めご了承下さい。

## 7 非常災害対策

- ・災害時の対応：被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当たります。
- ・災害設備：スプリンクラー、防火壁、消火器等、消防法に定められた諸整備が備えられています。
- ・防災訓練：年2回の訓練を実施しております。
- ・防火責任者：選任しており、定期的に諸設備の点検、職員への教育・訓練をしております。

## 8 サービス内容に関する相談・苦情

- ① 事業所ご利用者相談・苦情担当：苦情対応委員会委員長（TEL 048-932-0011 FAX 048-936-7135）  
1階事務所が苦情相談窓口となっております。

なお、皆様の忌憚のないご意見を参考とさせて頂きたく、1階公衆電話脇に“ご意見箱”を設置しておりますのでご投函下さい。

- ② その他

当事業所以外に、下記にても相談・苦情を受け付けております。

- ・埼玉県国民健康保険団体連合会苦情対応係／TEL 048-824-2568 FAX 048-824-2561
- ・草加市役所健康推進部、地域介護課／TEL 048-922-0151（代） FAX 048-922-3279

## 9 当法人の概要

名称・法人種別	医療法人 眞幸会	
代表者役職・氏名	理事長 松本 眞彦	
本部所在地・電話番号	〒340-0013 埼玉県草加市松江2-3-26 048-935-4838	
施設・拠点等	介護老人保健施設	1カ所
	短期入所療養介護	1カ所
	介護予防・短期入所療養介護	1カ所
	通所リハビリテーション	1カ所
	介護予防・通所リハビリテーション	1カ所
	通所介護	2カ所
	介護予防通所介護相当サービス	2カ所
	訪問リハビリテーション	1カ所
	介護予防・訪問リハビリテーション	1カ所
	居宅介護支援センター	2カ所
	地域包括支援センター	1カ所
	認知症対応型共同生活介護	1カ所
	介護予防・認知症対応型共同生活介護	1カ所
	認知症対応型通所介護	1カ所
介護予防・認知症対応型通所介護	1カ所	

## 別紙

(1) 食費：1日あたり 920円より（全額実費）

※利用者の希望（選定）による特別な食事（メニュー）等を提供した場合には実費相当分の料金を頂戴致します。

(2) その他

・日常生活品費／日額 150円

日常生活上、ご家庭でも必ずご使用になっておられる消耗品類の費用で、ハンドソープ・消毒液・洗剤（皿器・洗濯）・ハンドペーパー・おしぼりなどが含まれます。施設でご用意させて頂いたこれらの物品をご使用頂いた場合、その費用をお支払い頂きます。

・教養娯楽費／日額 200円

倶楽部やレクリエーションで使用する、折り紙・模造紙・半紙・のり・セロハンテープ・ガムテープ・絵の具・色鉛筆・クレヨン・粘土等の費用であり、施設で用意する物をご利用頂く場合にお支払い頂きます。

また、お誕生会、納涼会等季節行事についても実費を頂戴する場合があります。

・おむつ代

利用者の身体の状況により、おむつの利用が必要な場合に施設で用意する物をご利用頂く場合にお支払い頂きます。

種類	紙おむつ	尿取りパット	紙パンツ
金額	189円	42円	262円

・行事費／その都度実費を頂きます

特別な行事やサークル活動などに参加する場合にお支払い頂きます。

・理美容大1回につき 1,800円～2,200円（1回の利用人数により変動）

理美容をご利用の場合に依頼先にお支払い頂きます。

## 10 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡致します。

主治医	医療機関	医師名 ( )
	連絡先	
ご家族様	氏名	(続柄: )
	連絡先	

令和 年 月 日

通所リハビリテーションの提供開始にあたり、

利用者に対して契約及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

### 【事業所】

所在地：〒340-0002 埼玉県草加市青柳8-51-13

名称：通所リハビリテーション翔寿苑

説明者：所属

氏名

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

氏名

印

### 【代理人】

住所

氏名

印

(続柄: )