

介護老人保健施設 和光の園
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

介護老人保健施設 和光の園
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

当施設はご契約者に対して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）を提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 当法人の概要

法人種別 名称 医療法人社団 和光会
代表者役職 名称 理事長 渡邊 義行
本部所在地 神奈川県川崎市川崎区中島3-13-1
関連施設 総合川崎臨港病院
社会福祉法人 松風会 特別養護老人ホーム 花みずき

2. 介護老人保健施設 和光の園の概要

(1) 施設の名称・所在地

事業所番号	1351180029
設立年月日	平成28年7月1日
事業所名	介護老人保健施設 和光の園
所在地	東京都大田区大森西四丁目12番1号
代表番号	03-6410-8525

(2) 施設の職員体制 令和6年4月1日現在

	常勤	非常勤	計
施設長（医師）	1名		1名
副施設長	1名		1名
医師	1名		1名
薬剤師			
看護師			
介護職員		2名	2名
支援相談員			
理学療法士	1名	1名	2名
作業療法士		1名	1名
言語聴覚士		1名	1名
管理栄養士			
介護支援専門員			
その他			

(3) 施設の設備等の概要

構造規模	鉄骨造地上5階建【屋上部分一部6階】 うち老健居室は2階・3階				
定員	116名		リハビリ室	207.81m ²	
療養室（個室）	32室	1室13.51m ²	汚染処理室	2室	1室14.13m ²
療養室（2人室）	2室	1室25.99m ²	洗濯室	2室	1室 6.24m ²
療養室（4人室）	20室	1室40.32m ²	食堂	4室	1室77.05m ²
浴室	個浴室	8室	1室24.24m ²	診察室	10.76m ²
	機械浴室	2室	1室25.55m ²	事務所	33.96m ²

(4) 施設の目的

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）は、利用者に対し、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）計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

(5) 施設の方針

- ① 当事業所では、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）計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なリ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、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう在宅ケアの支援に勤めます。
- ② 当事業所では、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 当事業所では、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。
- ④ 当事業所では、介護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。
- ⑤ 当事業所では、明るく家庭的な雰囲気重視し、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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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解を得ることとします。
- ⑧ 通所リハビリテーション（介護予防提供するにあたっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。

3. サービス内容

①リハビリテーション ②送迎 ③介護 ④生活相談 ⑤健康管理 ⑥趣味活動 など

4. 利用料金及び支払い方法

(1) 利用料金 別紙料金表に基づく

(2) 支払方法

- ・当月末締め 翌月中旬に請求書を発送します。
- ・口座振替（自動振替）と振込み（別途手数料がかかります）での支払いとなります。窓口での現金やクレジットカードによる支払いはできません。
- ・口座振替の申込をされた方も、初月の利用料はお振込みでのお支払いとなります。
- ・口座振替は毎月27日（土日祝日の場合は翌営業日）に引き落としとなります。
- ・お振込みの場合は25日までにお願い致します。

取引先銀行：横浜銀行 川崎支店（810）	普通預金
口座名義：医療法人社団和光会	口座番号：6132805

(3) その他

- ・利用者が正当な理由なく、通所リハビリテーション等の利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、キャンセル料の支払いを求められることがあります。
- ・利用者が正当な理由なく、サービス料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、30日以上予告期間を定めて、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、お支払い頂けない場合は、契約の解除となります。

5. 施設利用のお約束

- ・利用者がリハビリ室を利用する場合は、職員立会いのもとで使用してください。
- ・設備、備品、器具の使用にあたっては本来の用法に従って使用してください。利用により破損した場合、賠償をして頂く場合がございます。
- ・サービスの利用にあたって、体調不良等によって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）に適さないと判断された場合には、サービスの提供を中止することがございます。
- ・飲酒・喫煙は、原則禁止です。
- ・宗教活動・政治的活動等は、原則禁止です。
- ・ペットの持ち込みは、原則禁止です。
- ・金銭（所持金）、貴重品（貴金属類）を持ち込む場合は、すべて自己管理となります。万が一紛失あるいは破損などが生じた場合、責任を負いかねます。
- ・着火物、刃物の持ち込みは、原則禁止です。
- ・他利用者及び職員に対するハラスメント行為（暴言・暴力行為、性的な言動等）は原則禁止です。
- ・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）利用時の他の医療機関での受診は認められません。利用時間外もしくは、利用日以外に受診してください。

6. 緊急時・事故発生時の対応

利用者の容態に変化などがあった場合、事故が発生した場合は、速やかに必要な措置をとらせていただきます。また直ちに、利用者の家族等に対して、ご連絡をいたします。

事故が発生した場合には、事故の状況及び事故に際して行った処置を記録いたします。

また、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償等の対応を取らせていただきます。

7. 身体の拘束等について

- (1) 当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。

8. 虐待の防止等について

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、担当者を設置し、以下に掲げる事項を実施します。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

9. 褥瘡対策等について

当施設は、利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

10. 非常災害対策について

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

- (1) 防火管理者には、事業所管理者とは別に定めます。
- (2) 火元責任者には、事業所職員を充てます。
- (3) 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼します。点検の際は、防火管理者が立ち会います。
- (4) 非常災害設備は、常に有効に保持するよう努めます。
- (5) 防火管理者は、当施設職員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
 - ① 防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難） 年2回以上
（うち1回は夜間を想定した訓練を行う）
 - ② 利用者を含めた総合避難訓練 年1回以上
 - ③ 非常災害用設備の使用方法の徹底 随時その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとる。

I 苦情解決責任者：副施設長 尾形 幸教（おかた ゆきのり）

II 苦情受付担当者：支援相談員 石川 弘子（いしかわ ひろこ）

(3) その他

当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

① 大田区地域包括支援センター大森

電話：03-5753-6331

② 東京都国保連合会苦情相談窓口

電話：03-6238-0177

通所リハビリテーション

		単位数	法定金額	1割負担	2割負担	3割負担	
介護区分	一日につき	要介護1	383	4,251	426	851	1,276
		要介護2	439	4,872	488	975	1,462
		要介護3	498	5,527	553	1,106	1,659
		要介護4	555	6,160	616	1,232	1,848
		要介護5	612	6,793	680	1,359	2,038
加算	一月につき	リハビリマネジメント加算イ6月以内	560	6,216	622	1,244	1,865
		リハビリマネジメント加算イ6月超	240	2,664	267	533	800
		リハビリマネジメント加算ロ6月以内	593	6,582	659	1,317	1,975
		リハビリマネジメント加算ロ6月超	273	3,030	303	606	909
		リハビリマネジメント加算ハ6月以内	793	8,802	881	1,761	2,641
		リハビリマネジメント加算ハ6月超	473	5,250	525	1,050	1,575
		リハマネ加算/事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明の同意を得た場合	270	2,997	300	600	900
	一日につき	短期集中個別リハ加算	110	1,221	123	245	367
		認知症短期集中リハ加算（Ⅰ）	240	2,664	267	533	800
	一月につき	認知症短期集中リハ加算（Ⅱ）	1,920	21,312	2,132	4,263	6,394
		生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250	13,875	1,388	2,775	4,163
		若年性認知症受入加算	60	666	67	134	200
		栄養アセスメント加算	50	555	56	111	167
	月2回	栄養改善加算	200	2,220	222	444	666
	一回につき	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	222	23	45	67
		口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	55	6	11	17
	月2回限度	口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	1,665	167	333	500
		口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155	1,720	172	344	516
		口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160	1,776	178	356	533
	一日につき	重度療養管理加算	100	1,110	111	222	333
		中重度者ケア体制加算	20	222	23	45	67
	一月	科学的介護推進体制加算	40	444	45	89	134
	一回	退院時共同指導加算	600	6,660	666	1,332	1,998
	一日	移行支援加算	12	133	14	27	40
	片道	送迎減算	(47)	(521)	(53)	(105)	(157)
	一月につき	介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の86/1000				
		介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の83/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅲ		所定単位数の66/1000					
介護職員処遇改善加算Ⅳ		所定単位数×53/1000					
介護職員処遇改善加算Ⅴ（1）		令和7年3月31日まで	所定単位数×76/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅴ（2）			所定単位数×73/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅴ（3）			所定単位数×73/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅴ（4）			所定単位数×70/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅴ（5）			所定単位数×63/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅴ（6）			所定単位数×60/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅴ（7）			所定単位数×58/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅴ（8）			所定単位数×56/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅴ（9）			所定単位数×55/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅴ（10）			所定単位数×48/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅴ（11）			所定単位数×43/1000				
介護職員処遇改善加算Ⅴ（12）	所定単位数×45/1000						
介護職員処遇改善加算Ⅴ（13）	所定単位数×38/1000						
介護職員処遇改善加算Ⅴ（14）	所定単位数×28/1000						

介護予防通所リハビリテーション

			単位数	法定金額	1割負担	2割負担	3割負担		
介護区分	一月につき	要支援1（12月以内）	2,268	25,174	2,518	5,035	7,553		
		要支援1（12月超）（要件を満たさない場合）	2,148	23,842	2,385	4,769	7,153		
		要支援2（12月以内）	4,228	46,930	4,693	9,386	14,079		
		要支援2（12月超）（要件を満たさない場合）	3,988	44,266	4,427	8,854	13,280		
加算	一月につき	生活行為向上リハビリテーション実施加算（6月以内）	562	6,238	624	1,248	1,872		
		栄養アセスメント加算	50	555	56	111	167		
	一回につき	退院時共同指導加算	600	6,660	666	1,332	1,998		
		栄養改善加算	200	2,220	222	444	666		
		口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6月に1回）	20	222	23	45	67		
		口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6月に1回）	5	55	6	11	17		
	一月につき	口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	1,665	167	333	500		
		口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	1,776	178	356	533		
		一体的サービス提供加算	480	5,328	533	1,066	1,599		
		科学的介護推進体制加算	40	444	45	89	134		
	一月につき	介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の86/1000						
		介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の83/1000						
		介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の66/1000						
		介護職員処遇改善加算Ⅳ	所定単位数×53/1000						
		介護職員処遇改善加算Ⅴ（1）	令和7年3月31日まで	所定単位数×76/1000					
		介護職員処遇改善加算Ⅴ（2）		所定単位数×73/1000					
介護職員処遇改善加算Ⅴ（3）		所定単位数×73/1000							
介護職員処遇改善加算Ⅴ（4）		所定単位数×70/1000							
介護職員処遇改善加算Ⅴ（5）		所定単位数×63/1000							
介護職員処遇改善加算Ⅴ（6）		所定単位数×60/1000							
介護職員処遇改善加算Ⅴ（7）		所定単位数×58/1000							
介護職員処遇改善加算Ⅴ（8）		所定単位数×56/1000							
介護職員処遇改善加算Ⅴ（9）		所定単位数×55/1000							
介護職員処遇改善加算Ⅴ（10）		所定単位数×48/1000							
介護職員処遇改善加算Ⅴ（11）	所定単位数×43/1000								
介護職員処遇改善加算Ⅴ（12）	所定単位数×45/1000								
介護職員処遇改善加算Ⅴ（13）	所定単位数×38/1000								
介護職員処遇改善加算Ⅴ（14）	所定単位数×28/1000								

年 月 日

介護老人保健施設 和光の園 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）利用にあたり、利用者に対して契約書並びに本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 東京都大田区大森西四丁目12番1号

施設名 介護老人保健施設 和光の園

事業所番号 1351180029

説明者 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人保健施設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