



# 重要事項説明書

---

(介護予防) 通所リハビリテーション

介護老人保健施設 ききょうの郷



# (介護予防) 通所リハビリテーション 重要事項説明書

<2026 年 6 月 1 日現在>

(介護予防) 通所リハビリテーションの提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

## 1 事業者（法人）の概要

|            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 医療法人財団 湖聖会                    |
| 主たる事務所の所在地 | 〒416-0946<br>静岡県富士市五貫島 175 番地 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 湖 山 泰 成                   |
| 設 立 年 月 日  | 平成 7 年 12 月 20 日              |
| 電 話 番 号    | 0545-67-1083                  |

## 2 事業所の概要

|               |                                    |
|---------------|------------------------------------|
| 事 業 所 の 名 称   | 介護老人保健施設ききょうの郷                     |
| 事 業 所 の 所 在 地 | 〒416-0946<br>静岡県富士市五貫島 175 番地      |
| 電 話 番 号       | 0545-65-2000                       |
| F A X 番 号     | 0545-65-2001                       |
| 管 理 者 氏 名     | 林 秀治                               |
| 指 定 年 月 日     | 平成 9 年 4 月 1 日                     |
| 事 業 所 番 号     | 2252380023                         |
| 利 用 定 員       | 平日 55 名・土 50 名                     |
| 通常の事業の実施地域    | 富士市（富士南地区・田子浦地区） 静岡市清水区（由比地区・蒲原地区） |
| 併 設 事 業 所     | 介護老人保健施設 短期入所療養介護 居宅介護支援事業所        |

## 3 運営の目的及び方針

### ■ 目的

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とその他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保険施設サービスを提供することで、利用者のその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように援助し、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します。また、利用者の方が居宅での生活を 1 日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や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ことを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では以下のような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下さい。

#### ■ 方針

- ① この施設を利用するすべての高齢者の心身の活性化と自立の支援
- ② 寝たきり高齢者の心を癒す手厚い看護と介護
- ③ 認知症高齢者の特性を重視した看護と介護
- ④ 自立心の高揚と生活支援を目指したリハビリテーション
- ⑤ 家庭的な療養環境の保持
- ⑥ 在宅保健福祉サービスとの積極的な支援
- ⑦ 退所者及びその家族との継続的な交流とサービスの提供
- ⑧ 地域交流センターとしての施設づくり
- ⑨ 行政・他施設・居宅介護支援事業所との広範な連携

## 4 施設及び設備の概要

|     |           |                         |
|-----|-----------|-------------------------|
| 敷 地 |           | 4,914.18 m <sup>2</sup> |
| 建 物 | 構 造       | 鉄筋コンクリート造               |
|     | 延 べ 床 面 積 | 5,429.89 m <sup>2</sup> |
|     | 利 用 定 員   | 月～金 55 名・土 50 名         |

### ① 主な設備

| 設備の種類       | 室 数  |
|-------------|------|
| 事務室         | 1 カ所 |
| 相談室         | 1 カ所 |
| リハビリスタジオ    | 1 カ所 |
| 浴 室         | 2 カ所 |
| トイレ         | 6 カ所 |
| 地域交流室       | 1 カ所 |
| レクリエーションルーム | 1 カ所 |

## 5 提供するサービスの内容

| サービスの種類         | 内 容                                                                                                |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事<br>(食事提供時間) | (食事時間) 昼食 12:00～ 夕食 18:00～<br>管理栄養士又は栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。<br>ご希望されない場合はお申し出下さい。 |
| 入 浴             | 入浴又は清拭を行います。寝たきり等で座位のとれない方の入浴も可能です。<br>入浴サービスの利用は任意です。                                             |

|                 |                                                              |
|-----------------|--------------------------------------------------------------|
| 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。                |
| 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。                                       |
| 機 能 訓 練         | 理学療法、作業療法、言語療法、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。<br>各種レクリエーションを実施します。                    |
| 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。                                           |

## 6 営業日時

|          |            |
|----------|------------|
| 営 業 日    | 月曜日～土曜日    |
| 営 業 時 間  | 8：30～20：00 |
| サービス提供時間 | 9：45～16：00 |

## 7 職員体制と勤務体制

### ① 職員の体制 (2026年6月1日現在)

| 職員の体制 | 員数    | 常勤   |      | 非常勤  |      | 備考       |
|-------|-------|------|------|------|------|----------|
|       |       | 専従   | 兼務   | 専従   | 兼務   |          |
| 管理者   | 1.00  |      | 1.00 |      |      | 医師 入所と兼務 |
| 医 師   | 1.50  |      | 1.00 |      | 0.50 | 入所と兼務    |
| 看護職員  | 1.75  | 1.75 |      | 0.75 |      |          |
| 介護職員  | 10.25 | 5.00 |      | 5.25 |      |          |
| 理学療法士 | 4.00  | 4.00 |      |      |      |          |
| 作業療法士 | 2.00  | 2.00 |      |      |      |          |
| 言語聴覚士 |       |      |      |      |      |          |

### ① 勤務の体制

|         |     |            |
|---------|-----|------------|
| 勤 務 形 態 | 早 番 | 7：15～16：15 |
|         | 日 勤 | 8：00～17：00 |

## 8-1 利用料等

- サービスを利用した場合の「基本利用料」及び「加算」等は厚生労働大臣、又は富士市長が告示で定める基準金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。

- 介護保険の適用がある場合、原則として料金表の利用料のうち、介護保険負担割合証記載の割合が利用者の負担額（1割・2割・3割）となります。
- 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。
- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、事業者へ直接介護給付が行われない場合があります。その場合は、支払方法が償還払いとなり、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。
- また、端数処理により実際の請求額と異なる場合があります。

< 料金表 > \* 富士市の地域区分として、10.17%に計算します。

① 介護保険給付対象サービス【区分：大規模通所リハビリテーション】

（1日につき）

○ 所要時間 1 時間以上 2 時間未満の場合

| 要介護度 | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 利用料  | 3,630 円 | 3,945 円 | 4,220 円 | 4,525 円 | 4,830 円 |

○ 所要時間 2 時間以上 3 時間未満の場合

| 要介護度 | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 利用料  | 3,783 円 | 4,342 円 | 4,901 円 | 5,451 円 | 6,010 円 |

○ 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

| 要介護度 | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 利用料  | 4,779 円 | 5,562 円 | 6,335 円 | 7,312 円 | 8,298 円 |

○ 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

| 要介護度 | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 利用料  | 5,339 円 | 6,213 円 | 7,078 円 | 8,186 円 | 9,275 円 |

○ 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

| 要介護度 | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5    |
|------|---------|---------|---------|---------|----------|
| 利用料  | 5,939 円 | 7,037 円 | 8,136 円 | 9,447 円 | 10,709 円 |

○ 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

| 要介護度 | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 利用料  | 6,864 円 | 8,156 円 | 9,417 円 | 10,953円 | 12,448円 |

○ 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

| 要介護度 | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 利用料  | 7,261 円 | 8,613 円 | 9,997 円 | 11,593円 | 13,221円 |

○ 加算

| 種 類                                                                                                                                                        | 利 用 料            |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止措置未実施減算<br>虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合                                                                                | 1 日につき           | 1%の減算                  |
| <input type="checkbox"/> 業務継続計画未策定減算<br>感染症や非常災害の発生時において、業務継続計画を策定しておらず必要な措置を講じられていない場合                                                                    | 1 日につき           | 1%の減算                  |
| <input type="checkbox"/> 入浴加算<br>(Ⅰ) 入浴サービスを提供した場合<br>(Ⅱ) ①医師等が居宅を訪問し浴室での動作を評価し、環境整備に係る助言を行っている場合<br>②個別入浴計画の作成がある場合<br>③上記計画書に基づき個浴その他居宅に近い環境で入浴介助が行われる場合 | 1 日につき           | (Ⅰ) 406 円<br>(Ⅱ) 610 円 |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算<br>理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数が規定数ある場合                                                                                 | 3 時間以上<br>4 時間未満 | 122 円                  |
|                                                                                                                                                            | 4 時間以上<br>5 時間未満 | 162 円                  |
|                                                                                                                                                            | 5 時間以上<br>6 時間未満 | 203 円                  |
|                                                                                                                                                            | 6 時間以上<br>7 時間未満 | 244 円                  |
|                                                                                                                                                            | 7 時間以上           | 284 円                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/>リハビリテーションマネジメント加算</p> <p>リハビリテーション計画の策定と活用等のプロセス管理を行った場合、利用開始後 1 ヶ月までの間に利用者の居宅を訪問し、居宅における利用者の日常生活の状況や家屋の環境を確認すること</p> <p>(イ) ①当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者等に説明し、同意を得て説明内容等を医師へ報告すること</p> <p>②リハビリテーション会議の実施</p> <p>(ロ) (イ)の要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他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</p> <p>(ハ) (ロ)の要件を満たしていること</p> <p>①事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を 1 名以上配置していること</p> <p>②利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っていること</p> <p>③利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っていること</p> <p>※ 医師が利用者等によりリハビリテーション計画の説明し同意を得た場合</p> <p>医師も含めたリハビリテーション会議の実施</p> | <p>1 月につき</p>               | <p><input type="checkbox"/> (イ)</p> <p>6 月以内<br/>5,695 円</p> <p>6 月以降<br/>2,440 円</p> <p><input type="checkbox"/> (ロ)</p> <p>6 月以内<br/>6,030 円</p> <p>6 月以降<br/>2,776 円</p> <p><input type="checkbox"/> (ハ)</p> <p>6 月以内<br/>8,064 円</p> <p>6 月以降<br/>4,810 円</p> <p>※上記に加えて<br/>2,745 円</p> |
| <p><input type="checkbox"/>短期集中個別リハビリテーション実施加算</p> <p>退院（所）日または認定日から起算して 3 月以内であって、医師または医師の指示を受けた理学療法士等が集中的な個別リハビリテーションを行った場合。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>1 日につき</p>               | <p>1,118 円</p>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><input type="checkbox"/>退院時共同指導加算</p> <p>病院に入院中の者が退院するに当たり、医師又はリハビリ職が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回の通所リハビリテーションを行った場合に、退院につき 1 回に限り算定</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>1 回につき</p>               | <p>6,102 円</p>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><input type="checkbox"/>認知症短期集中リハビリテーション実施加算</p> <p>退院(所)日または通所開始日から起算して 3 月以内であって、記憶の訓練、日常生活活動の訓練など、認知症利用者の生活機能の改善を目的としてリハビリを行った場合</p> <p>(Ⅰ) 1 週間に 2 回を限度として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こと</p> <p>(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こと</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>1 日につき</p> <p>1 月につき</p> | <p>(Ⅰ)</p> <p>2,440 円</p> <p>(Ⅱ)</p> <p>19,526 円</p>                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算<br>ADL・IADL・社会参加などの生活行為の向上に 焦点を<br>当てたリハビリテーションを実施した場合<br>リハビリテーションマネジメント加算を算定していること<br>※ 短期集中個別リハビリテーション実施加算・認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は算定しない                                                                          | 1 月につき             | 利用開始月から<br>6 月以内<br>12,712 円 |
| <input type="checkbox"/> 移行支援加算<br>ADL・IADL が向上し、社会参加を維持できる他サービスに移行できるなど、質の高い通所リハビリテーションを提供した場合、評価対象期間の次年度に限り算定する                                                                                                                                                       | 1 日につき             | 122 円                        |
| <input type="checkbox"/> 中重度者ケア体制加算<br>中重度者要介護者を積極的に受入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供した場合<br>※ 指定基準員数に加え、看護職員または介護職員を 1 以上確保し、要介護 3 以上の利用者が 30/100 以上。看護師を 1 以上確保                                                                                                                  | 1 日につき             | 203 円                        |
| <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算<br>①当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を 1 名以上配置していること<br>②利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること<br>③利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他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ていること | 1 日につき             | 508 円                        |
| <input type="checkbox"/> 栄養改善加算<br>利用者の栄養状態を把握し、多職種が共同して栄養ケア計画を作成し、その栄養計画に従い栄養管理を行い、定期的に評価を行う場合                                                                                                                                                                         | 月 2 回限度<br>(3 月以内) | 2,034 円                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <p>□口腔栄養スクリーニング加算</p> <p>(Ⅰ) 介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること<br/>(※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可)</p> <p>(Ⅱ) 利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること<br/>(※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算(Ⅰ)を算定できない場合にのみ算定可)</p> | <p>6 月に<br/>1 回を限度</p> | <p>(Ⅰ) 203 円<br/>(Ⅱ) 50 円</p>                                    |
| <p>□口腔機能向上加算</p> <p>(Ⅰ) 口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づくサービスの実施・評価と見直しが行われた場合</p> <p>(Ⅱ) イ (Ⅰ)に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の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ていること</p> <p>(Ⅱ) ロ (Ⅰ)に加え、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定していないこと</p>                                                                                           | <p>月 2 回限度</p>         | <p>(Ⅰ)<br/>1,525 円<br/>(Ⅱ)イ<br/>1,576 円<br/>(Ⅱ)ロ<br/>1,627 円</p> |
| <p>□重度療養管理加算</p> <p>要介護状態区分が要介護 3・要介護 4 または要介護 5 の者であって、計画的な医学的管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合</p>                                                                                                                                                                                                                                      | <p>1 日につき</p>          | <p>1,017 円</p>                                                   |
| <p>□科学的介護推進体制加算</p> <p>(Ⅰ) ①入所者・利用者ごとの、A D L 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基本的な情報を厚生労働省に提出する<br/>②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する</p>                                                                                                                                                         | <p>1 月につき</p>          | <p>406 円</p>                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算<br>(Ⅰ) ①介護職員の総数のうち介護福祉士 70%以上<br>②勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上<br>①・②のいずれかに該当<br>(Ⅱ) 介護職員の総数のうち介護福祉士 50%以上<br>(Ⅲ) ①介護職員の総数のうち介護福祉士 40%以上<br>②勤続 7 年以上 30%以上<br>①・②のいずれかに該当                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 日につき       | (Ⅰ) 223 円<br>(Ⅱ) 183 円<br>(Ⅲ) 61 円                                                     |
| <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算<br><input type="checkbox"/> (Ⅰ) イ 国の最高水準の基準に基づき、経験豊富な有資格者の配置や、計画的な研修を実施している。加えて、職員が将来の見通しを持って長く働けるようキャリアに応じた明確な昇給制度を整備し、質の高いケアの提供に努めている。<br><input type="checkbox"/> (Ⅰ) ロ 国の最高水準の基準に基づき、経験豊富な有資格者の配置や、キャリアに応じた昇給制度を整備している。加えて、最新のデジタル技術(ICT)の導入で負担を軽減し、職員がお客様と向き合う時間を増やしている。<br><input type="checkbox"/> (Ⅱ) イ 職員の能力や資格に応じた明確な昇給制度と、定期的な研修体制を整備している。加えて、働く環境と毎月の給与をしっかりと改善し、ゆとりを持った丁寧なサービス提供につなげている。<br><input type="checkbox"/> (Ⅱ) ロ 職員の能力や資格に応じた明確な昇給制度を導入し、毎月の給与改善をしている。加えて、介護機器やタブレット(ICT)を積極的に活用することで業務の効率化を図り、ケアに集中できる体制を作っている。<br><input type="checkbox"/> (Ⅲ) 計画的な研修の実施や、スキルに応じた給与の仕組みづくりを進め、職員の毎月の給与改善をしている。加えて、働きやすい職場環境づくりを推進し、安定したサービス提供に努めている。<br><input type="checkbox"/> (Ⅳ) 日々の研修を通じた職員の技術向上と、毎月の給与引上げ等の処遇改善をしている。職員が安心して働ける環境を整えることで、日々の確実なサポートにつなげている。 | 算定した<br>単位数の | (Ⅰ) イ 10. 3%<br>(Ⅰ) ロ 11. 1%<br>(Ⅱ) イ 10. 0%<br>(Ⅱ) ロ 10. 8%<br>(Ⅲ) 8. 3%<br>(Ⅳ) 7. 0% |

### ○ 介護予防通所リハビリテーション費（1 日につき）

|       |        |                        |
|-------|--------|------------------------|
| 要支援 1 | 1 月につき | 23,065 円<br>(-1,220 円) |
| 要支援 2 | 1 月につき | 42,998 円<br>(-2,440 円) |

※利用開始日の属する月から 12 月を超えて介護予防通所リハビリテーションを提供する場合は()内の通り減額となる

○ 加算

| 種 類                                                                                                                                                                                                                                                                     | 利 用 料              |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止措置未実施減算<br>虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合                                                                                                                                                                                             | 1 日につき             | 1%の減算                       |
| <input type="checkbox"/> 業務継続計画未策定減算<br>感染症や非常災害の発生時において、業務継続計画を策定しておらず必要な措置を講じられていない場合                                                                                                                                                                                 | 1 日につき             | 1%の減算                       |
| <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算<br>生活行為の内容の充実を図るための目標、計画、実施等を研修終了した理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が実施する                                                                                                                                                                | 1 月につき             | 利用開始月から<br>6 月以内<br>5,715 円 |
| <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算<br>①当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を 1 名以上配置していること<br>②利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること<br>③利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他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ていること | 1 日につき             | 508 円                       |
| <input type="checkbox"/> 栄養改善加算<br>利用者の栄養状態を把握し、多職種が共同して栄養ケア計画を作成し、その栄養計画に従い栄養管理を行い、定期的に評価を行う場合                                                                                                                                                                         | 月 2 回限度<br>(3 月以内) | 2,034 円                     |
| <input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算<br>病院に入院中の者が退院するに当たり、医師又はリハビリ職が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回の通所リハビリテーションを行った場合に、退院につき 1 回に限り算定                                                                                                                                     | 1 回につき             | 6,102 円                     |

|                                                                                                                                                                                                                |         |                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算<br>(Ⅰ) 口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づくサービスの実施・評価と見直しが行われた場合<br>(Ⅱ) (Ⅰ)に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の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ていること                    | 月 2 回限度 | (Ⅰ)<br>1,525 円<br>(Ⅱ)<br>1,627 円                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 一体的サービス提供加算<br>①栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。<br>②利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を 1 月につき 2 回以上設けていること。<br>③栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。 | 1 月につき  | (Ⅰ)<br>4,881 円                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算<br>(Ⅰ) ①入所者・利用者ごとの、A D L 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基本的な情報を厚生労働省に提出する<br>②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する                          | 1 月につき  | 406 円                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算<br>(Ⅰ) ①介護職員の総数のうち介護福祉士 70%以上<br>②勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上<br>①・②のいずれかに該当<br>(Ⅱ) 介護職員の総数のうち介護福祉士 50%以上<br>(Ⅲ) ①介護職員の総数のうち介護福祉士 40%以上<br>②勤続 7 年以上 30%以上<br>①・②のいずれかに該当       | 1 月につき  | (Ⅰ)(要支援 1)<br>894 円<br>(要支援 2)<br>1,789 円<br>(Ⅱ)(要支援 1)<br>732 円<br>(要支援 2)<br>1,464 円<br>(Ⅲ)(要支援 1)<br>244 円<br>(要支援 2)<br>488 円 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算<br><input type="checkbox"/> （Ⅰ）イ 国の最高水準の基準に基づき、経験豊富な有資格者の配置や、計画的な研修を実施している。加えて、職員が将来の見通しを持って長く働けるようキャリアに応じた明確な昇給制度を整備し、質の高いケアの提供に努めている。<br><input type="checkbox"/> （Ⅰ）ロ 国の最高水準の基準に基づき、経験豊富な有資格者の配置や、キャリアに応じた昇給制度を整備している。加えて、最新のデジタル技術(ICT)の導入で負担を軽減し、職員がお客様と向き合う時間を増やしている。<br><input type="checkbox"/> （Ⅱ）イ 職員の能力や資格に応じた明確な昇給制度と、定期的な研修体制を整備している。加えて、働く環境と毎月の給与をしっかりと改善し、ゆとりを持った丁寧なサービス提供につなげている。<br><input type="checkbox"/> （Ⅱ）ロ 職員の能力や資格に応じた明確な昇給制度を導入し、毎月の給与改善をしている。加えて、介護機器やタブレット(ICT)を積極的に活用することで業務の効率化を図り、ケアに集中できる体制を作っている。<br><input type="checkbox"/> （Ⅲ） 計画的な研修の実施や、スキルに応じた給与の仕組みづくりを進め、職員の毎月の給与改善をしている。加えて、働きやすい職場環境づくりを推進し、安定したサービス提供に努めている。<br><input type="checkbox"/> （Ⅳ） 日々の研修を通じた職員の技術向上と、毎月の給与引上げ等の処遇改善をしている。職員が安心して働ける環境を整えることで、日々の確実なサポートにつなげている。 | 算定した<br>単位数の | （Ⅰ）イ 10. 3%<br>（Ⅰ）ロ 11. 1%<br>（Ⅱ）イ 10. 0%<br>（Ⅱ）ロ 10. 8%<br>（Ⅲ） 8. 3%<br>（Ⅳ） 7. 0% |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|

## ② 介護保険給付対象外サービス（実費負担）

| 種 類              | 内 容                                               | 利 用 料                |       |
|------------------|---------------------------------------------------|----------------------|-------|
| 食 費              | 食材費および調理に係る費用<br>※ 急なお休みの場合、食費を請求させて頂く場合がございます。   | 昼食 850 円<br>夕食 550 円 |       |
| 日用消耗品費           | 内 容                                               | 利用料                  | 希望の有無 |
|                  | シャンプー                                             | 30 円                 |       |
|                  | リンス                                               | 30 円                 |       |
|                  | ボディソープ                                            | 30 円                 |       |
|                  | お手拭                                               | 10 円                 |       |
| 通常提供する時間を越えるサービス | ご希望により、通常提供する通所リハビリテーションサービスの提供時間を越えて、サービスを提供する場合 | 1 時間当たり<br>1,000 円   |       |

【通りハ】重要事項説明書

制定：18／04／01

改訂：26／06／01

|                 |                                          |                                                                                                                 |
|-----------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| おむつ代<br>(1 枚)   | 紙おむつ (パット)                               | 30 円                                                                                                            |
|                 | 紙おむつ (フラット)                              | 40 円                                                                                                            |
|                 | 紙パンツ                                     | 170 円                                                                                                           |
| 理容・美容           | 当施設には美容室を設けています。<br>営業日にサービスを利用頂けます。     | 実費をご負担<br>いただきます                                                                                                |
| レクリエーション行事      | 主なレクリエーション行事<br>・季節行事 等<br>参加されるか否かは任意です | 実費をご負担<br>いただきます                                                                                                |
| 実施地域外の送迎費       | 通常の送迎の実施地域以外の地域の<br>方もご希望により送迎いたします      | 要した費用の実費を<br>ご負担いただきます<br>通常の地域を越えてから<br>5 k m以上 10 k m未満<br>片道 200 円<br>10 k m以上の場合は<br>5 k m増すごとに<br>片道 100 円 |
| 領収書の再発行<br>(税別) | 発行させていただいた領収書を紛失等<br>により再発行する場合          | 1 ヶ月<br><br>500 円                                                                                               |

＊その他施設サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに関わる費用であって、利用者にご負担いただくことが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

## 8-2 支払方法

- 利用料金は 1 ヶ月ごと計算し請求いたします。原則として、毎月 10 日以降に前月分の利用請求書を郵送で利用者、利用者の身元引受人（後見人がいる場合は後見人。以下「身元引受人等」といいます）または利用者の連帯保証人にお送りいたします。
- お支払い方法は、ご指定の金融機関口座から口座自動引き落としにてお願いいたします。（口座自動引き落としは、前月分の請求額を当月 27 日に引き落とします。残高不足により引き落せなかった場合は、お振込みにてお支払いをお願いする場合がございます。）
- お支払い頂いた後、領収書を発行いたします。

## 9 サービスの利用に当たっての留意事項及びご遠慮頂いている事項

- 他の利用者ならびに職員に対する宗教活動、政治活動または物品の販売及び斡旋はご遠慮ください。
- ライター・マッチなどの火器類やナイフなどの危険物のお持ち込みはご遠慮ください。
- 金品・貴重品の持ち込みは原則お断りいたします。持ち込まれた金品は、自己及びご家族の責任で管理をしてください。また、利用者間での金銭、私物の貸し借りについても

ご遠慮いただくとともに、万が一金銭、私物の貸し借りが行われた場合は、自己及びご家族の責任となりますことをご理解ください。

- 様々な健康状態の方がご利用されていることをご理解いただき、飴やお煎餅など喉につまりやすい食べ物のお持ち込みや、利用者間での分け合いは、重大事故やトラブル防止のため、ご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為および危害を与える行為はご遠慮ください。
- 施設内の設備は本来の用法、職員の指示に従ってご利用ください。
- 健康状態に異常がある場合には、その旨を申し出てください。感染の恐れがある場合にはご利用をお断りすることがあります。

## 10 緊急時の対応

- 配置の医師及び看護職員が常に利用者の健康状態を注意し、必要に応じて適切な診療・指導を行うよう誠意をもって対応します。
- 利用者に病状の急変が生じた場合等により、自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、他の医師の診察を求める等診療について適切な対応を講じます。

## 11 事故発生時の対応

- サービス提供に当たって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の身元引受人等及び市町村に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。
- 事故により利用者に損害が生じた場合は、その損害を賠償いたします。但し、当事業所に故意又は過失がない場合はこの限りではありません。
- 当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

### < 事故発生対応手順 >

- ① 事故発見者は、利用者の安全を確認し看護師を呼ぶ。
- ② 看護師は次の事項を確認する。
  - ・ 外傷の有無    ・ 痛みの有無    ・ 部位の確認
  - ・ バイタルサインの確認    ・ 事故の状況観察
- ③ 外傷・骨折等の疑いのない場合は安静にし、経過観察を行う。相談員よりご家族等に状況及び対応を報告する。
- ④ 外傷・骨折等の疑いのある場合は、施設長（医師）に報告する。医師の指示を確認し、実施する。

## 12 損害賠償責任等

- 事業者は、サービスの提供に伴い、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負うものとします。但し、利用者およびその身元引受人等に故意又は過失が認められる場合、又は利用者に生じた損害の原因がサービスプランに

設定されていない場合はこの限りではありません。

- 事業者は、利用者およびその身元引受人等が第 9 条に定める事項に反した場合、若しくは故意又は重大な過失によって他の利用者又は事業所が損害を被った場合、利用者にその相当額の賠償を求め、その身元引受人等については、保証限度額を限度として、その賠償を求めることができるものとします。
- 利用者は、自己の責に帰すべき事由により事業所及び従業員に損害を与えた場合、その損害について賠償する責任を負います。
- 利用者が、正当な理由なく利用料金の支払いを 2 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にも関わらずこれを支払わない場合、契約を終了し、利用者にその相当額の賠償を求め、連帯保証人については、保証限度額を限度として、その賠償を求めることができるものとします。

### 13 苦情相談窓口

- サービスの提供について、当事業所の苦情相談窓口のほか、市や国民健康保険団体連合会の窓口にて苦情や相談を承ります。承った苦情や相談は、下記の手順にそって適切に対応します。なお、苦情の申し立てにより差別待遇を受けることは一切ありません。

#### < 苦情解決手順 >

- ① 苦情や相談があった場合は直ちに利用者側から事情を聞き、苦情や相談の内容を確認する。
- ② 受付担当者は苦情や相談の内容を記録し、解決責任者に報告する。
- ③ 解決責任者は受付担当者及び他の従業員を加え苦情や相談の処理に向けた検討の場を設ける。
- ④ 解決責任者は検討結果をまとめ、速やかに利用者側へ原因報告、解決策を提示する。
- ⑤ 苦情や相談の経過記録を書面にて保存のうえ職員に伝達する。

#### < 苦情相談窓口 >

|                 |           |                     |
|-----------------|-----------|---------------------|
| 当施設の<br>お客様相談窓口 | 受 付 担 当 者 | 支援相談課               |
|                 | 解 決 責 任 者 | 事務長                 |
|                 | 電 話       | 0545-65-2000        |
|                 | ご 利 用 時 間 | 8 : 30～17 : 30      |
| 富士市役所           | 担 当 窓 口   | 介護保険課               |
|                 | 住 所       | 富士市永田町 1 丁目 100 番地  |
|                 | 電 話       | 0545-55-2767        |
|                 | 担 当 窓 口   | 福祉総務課 福祉指導室         |
|                 | 電 話       | 0545-55-2863        |
|                 | ご 利 用 時 間 | (平日) 8 : 30～17 : 15 |

|                    |         |                       |
|--------------------|---------|-----------------------|
| 静岡県社会福祉協議会         | 担 当 窓 口 | 運営適正委員会事務局            |
|                    | 住 所     | 静岡市葵区駿府町 1-70         |
|                    | 電 話     | 054-653-0840          |
| 静岡県国民健康保険<br>団体連合会 | 担 当 窓 口 | 介護サービス苦情相談窓口          |
|                    | 住 所     | 静岡市葵区春日 2 丁目 4 番 34 号 |
|                    | 電 話     | 054-253-5590          |
| 静岡市役所<br>保健福祉局福祉部  | 担 当 窓 口 | 介護保険課                 |
|                    | 住 所     | 静岡市葵区追手町 5 番 1 号      |
|                    | 電 話     | 054-221-1377          |

## 14 非常災害対策

|        |                                                                                |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画、または防災マニュアル等に則り対応を行います。                                               |
| 防災訓練   | 日中、及び夜間を想定した避難・救出、その他必要な訓練を年 2 回以上行います。なお、訓練実施に当たっては利用者や地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。 |
| 防災設備   | スプリンクラー・消火器・自動火災報知設備・ガス漏れ火災警報設備・避難用非常階段・誘導灯あり。                                 |

## 15 協力医療機関

|                                                                                              |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 名 称：医療法人財団 湖聖会<br>湖山リハビリテーション病院<br>住 所：富士市大淵 405-25<br>電 話：0545-36-2000<br>診療科：内科・リハビリテーション科 | 名 称：一般財団法人恵愛会<br>聖隷富士病院<br>住 所：富士市南町 3 番 1 号<br>電 話：0545-52-0780<br>診療科：内科・整形外科 等 |
| 名 称：富士市立中央病院<br>住 所：富士市高島町 50 番地<br>電 話：0545-52-1131<br>診療科：内科・整形外科 等                        |                                                                                   |

## 16 その他連携機関

|                                                          |                                                             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 名称：百葉メディカルケアセンター<br>住所：静岡県富士市石坂 420-1<br>電話：0545-22-0800 | 名称：介護老人保健施設 鶴舞乃城<br>住所：静岡県静岡市清水区庵原町 3158<br>電話：054-361-1234 |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

## 17 サービスの終了

- 次の場合にサービスは終了となります。

### (1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 2 週間前までにお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が 2 週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

### (2) 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いただく場合があります。その場合は、4 週間前までに文書で通知します。

### (3) 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ① 利用者が医療機関、又は介護保険施設等へ入院又は入所した場合
- ② 利用者の要介護又は要支援状態区分が自立（非該当）となった場合  
(※地域包括支援センターにて基本チェックリストの実施結果によっては利用継続が可能な場合があります。)
- ③ 利用者が死亡した場合

### (4) その他

次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

- ① 事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ② 事業者が、守秘義務に反した場合
- ③ 事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ④ 事業者が、倒産した場合
- ⑤ 利用者が契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合

次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただきます。

- ① 利用者の利用料等の支払いが 2 ヶ月以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにもかかわらず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
- ② 利用者又はその家族が事業者や従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
- ③ 感染症により、他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認めた場合

## 18 秘密保持及び個人情報の保護

- 事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者その身元引受人および連帯保証人の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。

- 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- 事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者のケアプラン等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません。

## 19 虐待防止に関する事項

- 事業所は利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。
  - ①従業者に対する虐待を防止するための研修を実施します。
  - ②虐待防止を適切に実施するための担当者を置き対策検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催します。
  - ③利用者およびその身元引受人からの苦情処理体制を整備します。
  - ④その他の虐待防止のための必要な措置を講じます。
- 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、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。

## 20 身体拘束に関する事項

- 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、隔離、薬剤投与、その他により利用者の行動制限は行いません。また身体拘束等の適正化を図るために以下の措置を講じます。
  - ① 身体拘束、隔離、薬剤投与、その他の方法により利用者の行動を制限する場合事前に利用者又はその家族に対して行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し、その様態及び期間・利用者の心身状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録します。
  - ② 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
  - ③ 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3ヶ月に1回以上開催しその結果について介護職員その他従業者に周知徹底を図ります。
  - ④ 介護職員、その他の従業者に対し身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

## 21 感染症蔓延防止に関する事項、及び、災害発生時の業務継続の事項

- 感染症の発生又はそのまん延を防止するため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施を行います。
- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制

を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等に取り組んで参ります。

## **22 ハラスメント対策に関する事項**

- 介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。
- ハラスメント指針を整備し、窓口を明確化するとともに、職員に周知します。
- 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について定期的に研修などを実施します。また、職員との面談や会議等の場を定期的に設けハラスメント発生状況の把握に努めます。
- カスタマーハラスメントと判断された場合には、行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

## **23 介護現場における生産性の向上に資する取組事項**

- 介護現場における課題を抽出及び分析した上で、当事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置をいたします（令和 9 年 3 月までは経過措置期間となります）。

## **24 その他**

- ご不明な点、ご意見等ございましたらお気軽に職員までお申し出下さい。

以上の内容を証するため、甲および乙は署名のうえ、本重要事項説明書を2通作成し、甲・乙が1通ずつ保有します。

年 月 日

(利用者 甲)

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、本契約を申し込みます。

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| 住 所 |  |  |  |
| 氏 名 |  |  |  |

(後見人)

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、後見人の責任についても理解し同意しました。

|     |  |    |  |
|-----|--|----|--|
| 住 所 |  |    |  |
| 氏 名 |  | 続柄 |  |

(身元引受人)

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、身元引受人の責任についても理解し同意しました。

|     |  |    |  |
|-----|--|----|--|
| 住 所 |  |    |  |
| 氏 名 |  | 続柄 |  |

(事業者 乙)

当施設は、サービスの提供開始にあたり以上の重要事項について説明しました。

住 所 静岡県富士市五貫島 175  
事 業 者 医療法人財団 湖 聖 会  
代表者名 理事長 湖 山 泰 成  
事業所名 介護老人保健施設 ききょうの郷  
(事業所番号) (2252380023)

説 明 者 氏 名