

## 1. 事業所の概要

### (1) 事業所の名称等

- ・事業所名 : 羽村三慶病院 通所リハビリテーション 結
- ・開設年月日 : 令和3年8月1日
- ・所在地 : 東京都羽村市羽4207番地
- ・電話番号 : 042-570-2555
- ・FAX : 042-570-2556
- ・管理者名 : 藤野将義
- ・指定事業所番号 : 1315370028
- ・法人名 : 医療法人社団 三秀会
- ・代表者 : 理事長 三浦剛士

### (2) 通所リハビリテーションの目的

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション（以下「通所リハビリテーション等」という。）とは、在宅で生活を送る高齢者や障害を持つ方が病院や施設に通い、リハビリテーションを行う介護保険サービスです。

利用できるのは要介護1～5の認定を受けられた方で、要支援1・2の方は介護予防通所リハビリテーションの対象となります。

通所リハビリテーション等は、可能な限り自立した生活を送ることを目的としてリハビリテーションを行い、日常生活に関わる動作の維持・向上を目指します。医師の指示に基づいて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職がリハビリテーションを提供します。

### (3) 羽村三慶病院通所リハビリテーション結のテーマ・コンセプト

#### テーマ

「できる」を「自信」に！

みなさまの新たな生活づくりをサポートします

#### コンセプト

- ・「できる」能力を見つけ出し、日常生活へつなげていきます
- ・滞在時間すべてが目的を持った意味のある活動にしていきます
- ・地域への社会参加の第一歩として、利用者様の生活の拡大を支援していきます

当事業所では、上記テーマ・コンセプトに基づいてサービスを提供していきます。

みなさまの「できる」能力を見つけて、日常生活場面での役割が獲得できるようリハビリや環境面での支援を行います。滞在時間すべてが目的を持った意味のある活動になるよう、時間の管理や自主的なリハビリの参加、プログラムの自己決定など、主体的に過ごせる環境作りを行っていきます。

当事業所へ通い、職員や他利用者に関わることで交流が生まれ、生活リズムにアクセントが加わります。次第に通所リハビリから地域へと視野を広げ、旅行にでかけたり、趣味の幅を広げたりなど「社会参加」へと繋げられる手助けができるよう支援していきます。

(4) ご利用コースのご案内

当事業所では利用者様のニーズに合わせ、以下の3つのコースからサービス提供時間を選択できます。

●短時間コース（約1時間）

短時間コースは、リハビリだけを集中して行いたい方や要支援の方で介護予防を目的とする方に向いています。

<サービス内容>

- ・健康チェック
- ・個別リハビリ
- ・健康体操

●半日コース（約3時間）

半日コースは、リハビリの他にもいきいき活動に参加したい方やマシントレーニングを行いたい方に向いています。いきいき活動とは趣味活動やレクリエーション、自主練習など利用者様が自主的に行う活動のことを言います。

<サービス内容>

- ・健康チェック
- ・個別リハビリ
- ・健康体操
- ・いきいき活動
- ・マシントレーニング

●1日コース（約6時間）

1日コースは、食事や入浴サービスを利用したい方、ゆっくりリハビリを受けたい方に向いています。

<サービス内容>

- ・健康チェック
- ・個別リハビリ
- ・健康体操
- ・いきいき活動
- ・マシントレーニング
- ・入浴
- ・食事

(5) 当事業所の職員体制

	常勤専従	常勤兼任	非常勤	業務内容
医師		1	2	診療、リハビリの指示等
理学療法士	2			リハビリテーション業務、送迎等
作業療法士	3			〃
言語聴覚士		1		〃
看護職員			1	看護業務等
介護職員	5	1	3	介護業務、送迎等
相談員		1		相談業務、窓口業務など
その他			2	ドライバー、清掃員など
合計	10	4	8	

## (6) 設備等

・通所定員：32名 ※下表はあくまで目安の人数です

		短時間コース	半日コース	1日コース	1日延べ人数
月・水・金	午前	—	15名	10名	40名
	午後	—	15名		
火・木	午前	10名×2グループ	—	10名	45名
	午後	—	15名		
土	午前		9名	—	18名
	午後		9名	—	

・機能訓練室兼食堂床面積：1室 136.09㎡

・トイレ：3基（車いす対応トイレ2基、洋式トイレ1基）

・風呂：ユニットバス2基（うち1基は車いす対応リフト浴）

## (7) 営業時間・定休日

営業時間：午前8時30分～午後5時30分

定休日：日曜日、年末年始（12月30日～1月3日）、GW等の大型連休

## (8) サービス提供エリア

送迎エリア：羽村市全域、瑞穂町全域、青梅市（新町、末広町）

福生市（福生、本町、東町、加美平、武蔵野台、志茂）

※自己送迎の場合、上記送迎エリア外でも利用可能。

## 2. サービスの内容

### (1) 通所リハビリテーション等サービス計画の立案

ケアプラン、リハビリ面談を基に個別に通所リハビリテーション計画書を作成いたします。

### (2) リハビリテーション

個別リハビリテーションの実施時間は約20分とします（ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算対象者は40分となります）。

希望者には個別の自主練習メニューを作成し、配布いたします。

また、定期的なリハビリ面談を行い、リハビリ職員と利用者と一緒に目標を決めていきます。

### (3) 健康体操

当事業所で作成した体操のDVDを見ながら行う集団体操となります。体操の内容はテーマ毎に日替わりで提供いたします。

### (4) いきいき活動（半日コース、1日コースの利用者が対象）

リハビリや健康体操以外の時間は趣味活動、レクリエーション、読書、自主練習などお好きな活動を行って過ごしていただきます。

### (5) 医学的管理・看護

血圧、脈拍、体温、酸素飽和度、血糖値などを適宜測定し、利用者様の健康管理を行います。

### (6) 介護

入浴やトイレなど日常生活に関わる動作など、できないところを支援いたします。

(7) 食事（1日コースの利用者が対象）

塩分量等を調整した食事を提供いたします。腎臓病食、糖尿病食、透析食など治療食にも対応いたします。

(8) おやつ

15時に提供いたしますので、半日コース（午後）、1日コースご利用の方が対象となります。

※不要の場合はおやつ代を差し引かせていただきますのでお申し付けください。

(9) 入浴（1日コースの利用者が対象）

入浴はご自宅での浴槽に近い環境で実践できるようユニットバスをご用意しております。入浴動作が困難な方には、座ったままリフトで入浴できる福祉用具で対応させていただきます。ただし、身体の状態に応じてシャワー浴や清拭となる場合がございます。

(10) 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理

食事やおやつは塩分、カロリー等を調整して提供いたします。

コーヒー、紅茶などの砂糖・ミルク等は職員が管理いたします。

(11) 送迎

送迎が不要な方は、減算対応致しますのでご相談ください（要介護者のみ）。

(12) その他

日常生活等でお困りのことがございましたらご相談ください。

※これらのサービスの中には、利用者様から基本料金とは別に利用料金をいただくものもあります。

### 3. 利用料金等

別項「羽村三慶病院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）サービスについて」参照。

### 4. サービスの利用方法

(1) サービス利用までの流れ

①申し込み

担当のケアマネジャーにご相談ください。

②必要書類の準備

・当事業所所定の「診療情報提供書」をかかりつけ医に記入してもらいます（当院入院中の方は当院医師が記入いたします）。

※かかりつけ医から情報提供いただける場合は当院の外来受診は必要ありません。

※かかりつけ病院によっては診療情報提供書の書類代がかかる場合があります。

※診療情報提供書がない場合はリスク管理において責任を負いかねますことをご理解ください。

・ご本人またはご家族より「通所リハビリテーション利用申込書」の記入をお願いいたします。

③サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議にて、利用目的や利用頻度、利用コース等について話し合っ決めていきます。

④契約

契約書、重要事項説明書等を説明します。内容に同意いただければ契約となります。

⑤サービス利用開始

各種書類が整い次第、ご利用開始となります。送迎を利用される場合は事前に送迎時間をお知らせいたします。

⑥自宅訪問・家屋評価

自宅での生活状況を把握するために自宅訪問をさせていただき、家屋評価を行います。自宅内の

環境を把握することで、自宅内での注意点などリハビリ職員から助言させていただきます。

## (2) サービスの終了

### ①利用者様の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1週間前にまでにお申し出ください。

### ②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足などやむを得ない場合や事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文章で通達いたします。

## 5. リハビリテーション会議（以下「リハ会議」という）について

当事業所では、利用者の目標達成に向けたリハ会議を定期開催しております。サービス利用中にリハ会議を開催する場合、ご家族の参加をお願いする事があります（自由参加）。また、ご自宅内でリハ会議を開催する場合、当院医師とインターネットを介したオンラインでの会議を行います。個人情報等の取扱いについては別項「個人情報使用同意書」にて同意をいただきます。

リハ会議の開催日程につきましては、連絡帳を通してご家族にお伝えいたします。

## 6. 利用時リスク説明

当事業所では、なるべく利用者様の能力を活かした活動を提供したいと考えております。つまり、できることはなるべくご自身で行っていただくようにしております。その際、事故等の不測の事態が起こらないように安全には十分配慮いたしますが、利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、転倒、転落等による骨折・外傷等の恐れや、加齢や認知症の症状による誤嚥・誤飲・窒息の危険性が伴うことをご理解ください。また、このような危険性はご自宅でも起こりうる可能性があります。日常生活においても十分ご留意いただきますようお願いいたします。

## 7. 送迎時の取り決め

当事業所の送迎は、原則玄関までの送迎（集合住宅の方は1階の入り口まで）となります。

自宅内まで送迎をご希望の場合は、訪問介護によるヘルパーサービスをご利用ください。

万が一、やむを得ず自宅内まで送迎する場合や職員にご用立てを行う場合は、下記の事項についてご理解下さい。

- ① 利用者様の身体状況、家庭状況により自宅内まで送迎する際は、自宅内で発生した転倒事故などについて病院側は一切の責任を負いかねます。
- ② 送迎と関係のないご用立て（鍵の施錠、門扉の開閉、トイレやベッドへの移乗介助、ストーブや電気毛布、扇風機、エアコンなどの家電製品の電源操作など）に関して、用品の盗難・破損、動作時の転倒・転落、不始末による火災発生などの事故について病院側は一切の責任を負いかねます。

## 8. 確認事項

### (1) 食事・おやつ

①おやつの有無は契約時に確認させていただきます。なお、糖尿病等で糖分の管理が必要な方は、医師の指示により提供できない場合がありますので、ご了承ください。

②おやつが不要となった場合や、新たに申し込みをされる場合は、職員までお伝えください。月の途中でも変更を承っております。

③ 食事やおやつをお召し上がりになられる場合、原則として当日のキャンセルはできません。

キャンセルがあった場合は実費負担をお願いいたします。

## (2) 水分補給

水分補給は定時で職員が提供いたしますが、その他の時間はフリードリンク制となっております。お一人で取りに行けない方は職員までお声掛けください。なお、糖分過多にならないよう、砂糖・ミルク等は職員が管理いたしますので、必要な方はお申し付けください。糖尿病等で糖分の管理が必要な方は医師の判断のもと、提供いたします。

## (3) 送迎

- ①送迎は基本玄関までとさせていただきます。
- ②送迎時間は送迎表をお渡ししますのでご確認ください。時間の変更がある場合は随時ご連絡させていただきます新しい送迎表をお渡しします。また、当日に他利用者様のキャンセルに伴い、送迎時間が変更となる際は、お電話にてお伝えさせていただきます。
- ④ ご利用当日は、送迎時間に合わせて準備がすべてできた状態で玄関にて待機をお願いいたします。マンション等の集合住宅にお住まいの方は、1階の入り口で待機をお願いいたします。
- ④ 交通事情や他の利用者事情によりお迎えの時間が10分前後変わることがあります。大幅に遅れがある場合には電話連絡いたします。
- ⑤ マンション等の集合住宅にお住まいの方は、あらかじめ送迎車の駐車スペースの確保をお願いいたします（近隣の方より苦情が出る場合があります）。
- ⑥送迎はドライバー1名での対応となりますので、利用者様の身体状況や駐車スペース等を勘案し、ご家族にご協力を求めることがあります。

## (4) 体調確認

風邪症状などの体調不良や感染症疑いで下記に該当する場合はサービスの利用をお断りしております。

- ・直近1週間以内に37.0℃以上の発熱がある場合
- ・普段ある症状とは異なる風邪症状がある場合
- ・同居家族に上記の症状がある場合

体調管理は配布します「体調管理ノート」に当日の体温や体調の確認を記入してください。ご利用当日に確認をさせていただきます。

## (5) 体調不良などによるサービスの中止及び時間変更

- ① 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容の変更または中止となることがあります。
- ② ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対応いたします。また、必要に応じて速やかにかかりつけ医に連絡を取るなどの措置を講じます。
- ③ ご利用中に体調が悪くなり、サービスを中止し、ご帰宅された場合は、可能な範囲で速やかにかかりつけ医の診察を受けて下さい。その際、通所リハビリテーションサービスの利用が継続できるかどうか、かかりつけ医に確認し、当事業所まで結果をご連絡ください。
- ④ かかりつけ医の受診が困難な場合でも、通所リハビリテーションサービスの利用継続は可能ですが、同様の体調不良を繰り返す恐れがあります。当院では、持病が原因で起こる体調不良を診察することはできない為、急変された場合は救急搬送等必要な措置を講じます。

## (6) 入浴について

入浴の順番については、利用者の身体状況や勤務状況等に応じて事業所側で決定致します。利用者の都合で入浴の順番を指定することはできませんのでご了承ください。

医師から指示を受けた入浴基準を満たしていない場合（バイタルの異常など）は、当日の入浴をお断りさせていただく場合やシャワー浴に切り替える場合があります。職員の指示に従っていただきますようお願いいたします。

#### （7）要支援者の方について

- ①要支援1・要支援2の方は短時間コースまたは半日コースとなります。
- ②要支援1の方は週1回、要支援2の方は週2回を目安といたします。
- ③要支援者は原則1年契約となります。3ヶ月ごとに運動器機能の評価を行い、継続利用が望ましいと判断した際は、3か月ごとに延長を可としますが、最長で2年までとなります。

#### （8）ご利用についての注意事項

- ①施設内の設備や器具は、職員の指示に従ってご利用をお願いいたします。
- ②契約後、他のサービス追加や変更が望ましいと判断した場合には、ご提案させていただきます。当事業所では「卒業」を目的とした通所リハビリのご利用を勧めています。
- ③ご利用者様同士の金品・贈答品・食べ物等のやりとりはトラブルの元になる可能性がありますのでお控えください。
- ④貴重品は、紛失するなどトラブルになる恐れがあります。お持ちにならないようお願いいたします。
- ⑤職員への金品・贈答品の授受等は一切できませんのでお控えください。
- ⑥悪天候時（大雨・降雪・台風等）は、利用者様の安全確保のため、営業を中止することがあります。その場合は事前に電話でご連絡いたします。
- ⑥介護度の変更や法律の改正等により、契約時の料金に変更になりますことをご了承ください。
- ⑦ホームページ掲載や広報活動、職員の教育、業務改善のため、ご利用中の様子を撮影させていただくことがありますので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。また、撮影した写真等をホームページ掲載・市報等掲載や研修会・学会等で使用する場合には事前に書面にて同意をいただきます。
- ⑨集団での生活になりますので、他の利用者の迷惑になるような行動は控えていただきます（営利行為、宗教の勧誘、政治活動なども該当いたします）。
- ⑩重要事項説明書および契約書の内容を熟読し、十分にご理解されたうえで契約されますようお願いいたします。

#### 9. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによりかかりつけ医、家族、居宅介護支援事業所（地域包括支援センター）などへ連絡いたします。その際に、かかりつけ医や家族から直近の診察内容や服薬等について、情報を提供していただく事があります。緊急連絡先は必ずつながる状態の番号を記載してください。緊急時電話に出られない場合は、緊急対応が遅れる可能性もあることをご理解ください。

## 緊急連絡先

氏 名	
電 話 番 号	
続 柄	

## かかりつけ医

病 院 名	
医 師 氏 名	
電 話 番 号	

### 10. 個人情報の秘密保持

当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者またはその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、次の各号についての情報提供については、利用者およびその家族から予め同意を得ておきます。

①介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供

②介護保険サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例研究発表。なお、この場合でも、利用者個人が特定できるような仮名やイニシャル等を使用しないことを厳守します。

前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとなります。

### 11. 非常時災害対策

#### (1) 防災設備

消防法の基準に適合した設備になっています。

#### (2) 防災訓練

年2回、羽村三慶病院と合同で行います。

#### (3) 防災時の対応

羽村三慶病院と即時対応しています。

### 12. 要望及び苦情等の相談

事業所ご利用者相談・苦情担当

担当 : 羽村三慶病院 通所リハビリテーション 結 相談窓口

担当者 : 藤野 将義

電話 : 042-570-2555

羽村市：羽村市役所（福祉健康部高齢福祉介護課）

電話 : 042-555-1111

瑞穂町：瑞穂町役場（高齢課高齢係）

電話 : 042-557-7623

福生市：福生市役所（福祉健康部介護福祉課）

電話 : 042-551-1511

青梅市：青梅市役所（健康福祉部高齢介護課）

電話：0428-22-3508

東京都：東京都国民健康保険団体連合会

電話：03-6238-0177

### 13. 当院の概要

法人名：医療法人社団 三秀会

代表者：三浦 剛士

所在地：東京都羽村市羽4207番地

電話番号：042-570-1130（代表）

事業内容：羽村三慶病院

羽村三慶病院 訪問リハビリテーション

羽村三慶病院 通所リハビリテーション 結

認知症疾患医療センター（地域連携型）

青梅三慶病院（青梅市）

令和3年7月1日 施行

令和3年10月1日 改訂

令和4年3月4日 改訂

令和4年4月1日 改訂

令和5年1月4日 改訂

令和5年3月28日 改訂

令和5年5月22日 改訂

令和6年4月12日 改訂

令和6年5月31日 改訂

令和6年10月31日 改訂

令和8年4月1日 改訂

## 1. 介護保険証の確認

当事業所ご利用の申し込みにあたり、介護保険証又は介護負担割合証を確認させていただきます。

## 2. 診療情報提供書の提出

新規ご利用にあたり、病気や怪我の情報収集や、リハビリテーション時のリスク管理のために、かかりつけ医の診療情報提供書の提出をお願いしております（当院がかかりつけ医の場合、提出は不要です）。

## 3. 利用料金

## (1) 通所リハビリテーションの基本料金

介護保険制度では、要介護の程度及び利用時間によって利用料が異なります。

## ① 利用料金（基本サービス費）

## i) 1時間以上2時間未満（短時間コース）

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	381円/回	762円/回	1,143円/回
要介護2	411円/回	822円/回	1,233円/回
要介護3	443円/回	886円/回	1,329円/回
要介護4	473円/回	946円/回	1,419円/回
要介護5	507円/回	1,014円/回	1,521円/回

## ii) 3時間以上4時間未満（半日コース）

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	502円/回	1,004円/回	1,506円/回
要介護2	583円/回	1,166円/回	1,749円/回
要介護3	664円/回	1,328円/回	1,992円/回
要介護4	767円/回	1,532円/回	2,301円/回
要介護5	869円/回	1,738円/回	2,607円/回

## iii) 6時間以上7時間未満（1日コース）

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	738円/回	1,476円/回	2,214円/回
要介護2	878円/回	1,756円/回	2,634円/回
要介護3	1,013円/回	2,026円/回	3,039円/回
要介護4	1,174円/回	2,348円/回	3,522円/回
要介護5	1,332円/回	2,664円/回	3,996円/回

②加算利用料金

□ i) リハビリテーションマネジメント加算 (イ)

リハ会議を開催し、リハビリテーション実施計画書をリハビリ職員が説明して計画に従ってリハビリテーションを行った場合	1割負担	2割負担	3割負担
	578円 /月	1,156円 /月	1,735円 /月
同意日の属する月から6ヶ月以上の場合	247円 /月	495円 /月	743円 /月

□ リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)

リハ会議を開催し、リハビリテーション実施計画書をリハビリ職員が説明して同意を得るとともに国への情報提供、フィードバックを行った場合	1割負担	2割負担	3割負担
	612円 /月	1,225円 /月	1,837円 /月
同意日の属する月から6ヶ月以上の場合	282円 /月	564円 /月	846円 /月

□ リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ計画書の説明を行った場合

リハ会議を開催し、リハビリテーション実施計画書を事業所の医師が説明して同意を得た場合	1割負担	2割負担	3割負担
	278円 /月	556円 /月	834円 /月

□ ii) 入浴介助加算 (I)

入浴時に見守りを含む介助や援助を行った場合	1割負担	2割負担	3割負担
	41円/日	82円/日	123円/日

□ 入浴介助加算 (II)

自宅で入浴が行えるように入浴計画を作成し、個別入浴を実施した場合	1割負担	2割負担	3割負担
	61円/日	123円/日	185円/日

□ iii) 短期集中リハビリテーション実施加算

退院(所)又は認定日から起算して3ヶ月以内に短期集中してサービスを提供した場合	1割負担	2割負担	3割負担
	113円/日	227円/日	340円/日

□ iv) 口腔機能向上加算 (I) ※要介護者は月2回まで算定可能

口腔機能の低下している者やその恐れのある者を対象に口腔機能改善を目指したサービスを提供した場合	1割負担	2割負担	3割負担
	154円/回	308円/日	462円/日

□ 口腔機能向上加算 (II) ※要介護者は月2回まで算定可能

上記の口腔機能向上加算 (I) の情報を厚生労働省にデータ提出してフィードバックを受けた場合	1割負担	2割負担	3割負担
	165円/日	330円/日	495円/日

□ v) 理学療法士等体制強化加算

1~2時間の利用者を対象に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を常勤で2名以上配置	1割負担	2割負担	3割負担
	30円/日	61円/日	92円/日

□vi) リハビリテーション提供体制加算 1・4

リハビリ職員の配置による加算	1割負担	2割負担	3割負担
3時間以上4時間未満	12円/日	24円/日	37円/日
6時間以上7時間未満	24円/日	49円/日	74円/日

□vii) 送迎の減算

ご本人・ご家族が送迎を行った場合、 片道につき減算	1割負担	2割負担	3割負担
	-48円/片道	-97円/片道	-145円/片道

□viii) サービス提供体制強化加算 (I)

職員の資格・勤続年数等による加算	1割負担	2割負担	3割負担
介護福祉士が70%以上または勤続10年以上 の介護福祉士25%以上配置されている	22円/日	45円/日	68円/日

□ サービス提供体制強化加算 (II)

職員の資格・勤続年数等による加算	1割負担	2割負担	3割負担
介護福祉士が50%以上配置されている	18円/日	37円/日	55円/日

□ サービス提供体制強化加算 (III)

職員の資格・勤続年数等による加算	1割負担	2割負担	3割負担
介護福祉士が40%以上または勤続7年以上の 介護福祉士30%以上配置されている	6円/日	12円/日	18円/日

□ix) 移行支援加算

日常生活能力が向上し、指定通所介護等に移行する 体制がある	1割負担	2割負担	3割負担
	12円/日	24円/日	37円/日

□x) 退院時共同指導加算

リハビリ職員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場合、初回の通所リハで 算定する	1割負担	2割負担	3割負担
	619円 /1回のみ	1,239円 /1回のみ	1,859円 /1回のみ

□xi) 科学的介護推進体制加算

利用者の心身の状況などに係る情報を厚生労働 省に提出して情報を活用する	1割負担	2割負担	3割負担
	41円/月	82円/月	123円/月

- 合計額は、合計額×日数とは必ずしも一致いたしません。目安としてご確認ください。
- 当事業所では、介護職員処遇改善加算(II)の届出をしておりますので、介護保険の給付に係る金額(基本サービス費+加算)の総額の8.3パーセントの1割~3割(負担割合による)を算定させていただきます。

(2) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金

要支援認定による要支援の程度によって利用料が異なります。

① 利用料金

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,342円/月	4,685円/月	7,028円/月
要支援2	4,367円/月	8,735円/月	13,102円/月

② 加算利用料金

i) サービス提供体制強化加算 (I)

職員の資格・勤続年数等による加算		1割負担	2割負担	3割負担
介護福祉士が70%以上または勤続10年以上の介護福祉士25%以上配置されている	要支援1	90円 /月	181円 /月	272円 /月
	要支援2	181円 /月	363円 /月	545円 /月

サービス提供体制強化加算 (II)

職員の資格・勤続年数等による加算		1割負担	2割負担	3割負担
介護福祉士が50%以上配置されている	要支援1	74円 /月	148円 /月	223円 /月
	要支援2	148円 /月	297円 /月	446円 /月

サービス提供体制強化加算 (III)

職員の資格・勤続年数等による加算		1割負担	2割負担	3割負担
介護福祉士が40%以上または勤続7年以上の介護福祉士30%以上配置されている	要支援1	24円 /月	49円 /月	74円 /月
	要支援2	49円 /月	99円 /月	148円 /月

ii) 口腔機能向上加算 (I) ※要支援者は月1回まで算定可能

口腔機能の低下している者やその恐れのある者を対象に口腔機能改善を目指したサービスを提供した場合	1割負担	2割負担	3割負担
	154円/回	308円/日	462円/日

口腔機能向上加算 (II) ※要支援者は月1回まで算定可能

上記の口腔機能向上加算 (I) の情報を厚生労働省にデータ提出してフィードバックを受けた場合	1割負担	2割負担	3割負担
	165円/日	330円/日	495円/日

iii) 退院時共同指導加算

リハビリ職員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場合、初回の通所リハで算定する	1割負担	2割負担	3割負担
	619円 /1回のみ	1,239円 /1回のみ	1,859円 /1回のみ

□iv) 科学的介護推進体制加算

利用者の心身の状況などに係る情報を厚生労働省に提出して情報を活用する	1割負担	2割負担	3割負担
	41円/月	82円/月	123円/月

- 合計額は、合計額×日数とは必ずしも一致いたしません。目安としてご確認ください。
- 当事業所では、介護職員処遇改善加算（Ⅱ）の届出をしておりますので、介護保険の給付に係る金額（基本サービス費+加算）の総額の8.3パーセントの1割～3割（負担割合による）を算定させていただきます。

(3) その他の費用（1日あたり）

- ① 食費（1日コース利用者）：外部注文の配食弁当となります。  
昼食 850円
- ② おやつ（半日コース午後利用者、1日コース利用者）：100kcal未満のおやつを提供いたします。  
100円
- ③ 日常生活費（全コース利用者）：ドリンク代、施設利用料、活動費、消耗品費等。  
100円～250円
- ④ リハビリパンツ・おむつ・パット・ズボン

当事業所で用意したものを使用した場合にお支払いいただきます。

リハビリパンツ	Sサイズ：260円/枚	Lサイズ：225円/枚
	LLサイズ：234円/枚	3Lサイズ：352円/枚
テープ式おむつ	440円/枚	
尿取りパット	Sサイズ：153円/枚	Mサイズ：176円/枚
	Lサイズ：220円/枚	Wサイズ：262円/枚
ズボン（レンタル）	440円/枚	

上記リハビリパンツ・おむつ・パットの料金は汚物の処理代を含んだ金額となっています。  
ズボンを貸し出した際は、次回来所時に返却をお願いします。

<一覧表>

	短時間コース	半日コース	1日コース
食事	—	—	850円
おやつ	—	100円	100円
日常生活費	100円	250円	250円
合計	100円	350円	1,200円

※上記金額は1日当たりの利用料金となります。

※行事など別途費用がかかる場合には、その都度ご請求させていただく場合がございます。

※おやつを提供しない場合はおやつ代を差し引きます（当日キャンセル不可）。

#### ⑤ キャンセル料等

ご利用者様の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。

ご利用日前日の午後 5 時までにご連絡いただいた場合 . . . 無料

ご利用日前日の午後 5 時以降または当日にご連絡いただいた場合

- ・短時間コース利用者 . . . 無料
- ・半日コース利用者 . . . 250 円
- ・1 日コース利用者 . . . 1,000 円

※当日の体調不良によるキャンセル料はこの限りではありません。なお体調不良による当日キャンセルの場合、昼食代（850 円）のみ請求させていただきます。

※介護度 1～5 の利用者については、キャンセルした分を、同月内の別の日に来ていただくことが可能です。但し、事業所の職員数や送迎ルートのご都合を加味した上で、判断させていただきますので、希望日に応じることが難しい場合があることを予めご理解ください。

#### (4) 支払方法

請求締切日は、月末締めで、毎月 10 日以降に前月利用分の請求書をお渡しいたします。

お支払方法は、口座振替となっております。ご指定の金融機関の口座から月 1 回、毎月 26 日前後に引き落とします。ただし、初回は手続きに時間を要するため、振替が間に合わないことがあります。その際は、翌月分の請求と一緒に 2 ヶ月分の料金を振替させていただきます。

現金でのお支払いをご希望の方は、通所リハビリテーション職員までご相談ください。

#### (5) 配布書類について

毎月の請求書ならびに領収書は、準備ができた段階で連絡帳バッグの中に入れてさせていただきます。また、事業所からのお知らせ等の書類も同様に連絡帳バッグの中に入れてさせていただきますので、ご帰宅されましたら連絡帳バッグの中をご確認していただき、ご査収下さいますようお願いいたします。

原則として過去の領収書等の再発行は出来かねますので、書類の紛失等にご注意ください。

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  
同意書

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、前記により重要事項を説明しました。

(事業者) 事業者名 羽村三慶病院 通所リハビリテーション 結

説明者 \_\_\_\_\_

サービス契約の締結に当たり、前記のとおり説明を受けました。

(利用者)

氏 名 \_\_\_\_\_

(家族又は立会人)

氏 名 \_\_\_\_\_

令和3年7月1日 施行  
令和3年10月1日 改訂  
令和4年3月4日 改訂  
令和4年4月1日 改訂  
令和5年1月4日 改訂  
令和5年5月22日 改訂  
令和6年5月31日 改訂  
令和6年7月18日 改訂  
令和7年2月5日 改訂  
令和8年4月1日 改訂