

介護老人保健施設通所リハビリテーション利用契約書

(契約の目的)

第1条 介護老人保健施設赤塚園（以下「当施設」という。）は、要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅で、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に、介護老人保健施設通所リハビリテーションを提供し、一方、利用者又は利用者を扶養する保証人および連帯保証人（以下「保証人」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、この契約の目的とします。

(適用期間)

第2条 本契約は、利用者が介護老人保健施設通所リハビリテーション利用同意書（以下「同意書」という。）を当施設に提出したときから効力を有します。但し、保証人に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約、別紙1の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって繰り返し当施設の通所リハビリテーションを利用することができるものとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び保証人は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、本契約に基づく通所リハビリテーション利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び保証人は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由なく、通所リハビリテーション実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者及び保証人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく通所リハビリテーションサービスの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において要支援または自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な通所リハビリテーションサービスの提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者及び保証人が、本契約に定める利用料金を1か月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者又は扶養者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為等又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により利用させることができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び保証人は、連帯して、当施設に対し、本契約に基づく通所リハビリテーションサービスの対価として、別紙1の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

2 当施設は、利用者及び保証人が指定する者に対し、毎月1日から月末までのご利用料を翌月10日前後にまでに当該合計額の請求書及び明細書を提示します。利用者及び保証人は、連帯して、当施設に対し、1日から月末までの合計額を翌月末までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

- 3 当施設は、利用者又は保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び保証人が指定する者に対して、領収書を交付します。

(記録)

第6条 当施設は、利用者の通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間は保管します。

(身体の拘束等)

第7条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等やむを得ない場合は、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、やむを得なかった理由を介護記録に記載することとします。

(秘密の保持)

第8条 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は保証人若しく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。但し、次の各号についての情報提供については、利用者及び保証人から、予め同意を得た上で行うこととします。

- ① 介護保険サービスの利用のための区市町村、居宅介護支援事業者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等。なお、この場合でも、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとなります。

(緊急時の対応)

第9条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

2 前項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(ご要望等の申出)

第10条 利用者及び保証人からの、当施設の提供する介護保険施設サービスに対してのご要望等については、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備え付けの用紙、管理者宛の文書で一階に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第11条 通所リハビリテーションサービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2 利用者の責に帰すべき事由によって当施設が損害を被った場合、利用者及び保証人は、当施設に対し、連帯してその損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第12条 この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は保証人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

重要事項説明書（通所リハビリテーション）

（令和6年11月1日現在）

1. 施設の概要

（1）施設の名称等

- ・施設名 医療法人社団慈誠会 介護老人保健施設赤塚園
- ・開設年月日 平成17年2月1日
- ・所在地 東京都板橋区赤塚新町3丁目33番27号
- ・電話番号 03-3977-1500
- ・ファックス番号 03-5968-3600
- ・管理者名 藤田 徹
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（1357081334号）

（2）介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、医学的管理の下での看護、介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、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すること、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ください。

〔介護老人保健施設赤塚園の運営方針〕

1. 利用者、保証人に当施設の目的を十分に理解して頂けるように努めます。
2. 利用者の人格を尊重した処遇に努めます。
3. 利用者の残存能力の維持向上につながる処遇に努めます。
4. 職員は施設の目的・方針を理解し、自己研鑽と相互協力に努めます。
5. 地域から、信頼される施設となるよう努めます。

（3）施設の職員体制(令和6年6月1日現在)

| | 常勤換算 後の人員 | 入所・短期入所 | | | | 通所リハビリテーション | | | |
|---------|--------------|---------|----|-----|-----|-------------|----|-----|-----|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 施設長 | 1 | 1 | | | | 1 | | | |
| 医師 | 1.2以上 | 2 | | | | 2 | | | |
| 薬剤師 | 0.4以上 | | | 2 | | | | | |
| 看護職員 | 13以上 | 12以上 | | | | | | | 1以上 |
| 介護職員 | 30以上 | 29以上 | | | 2以上 | | | | |
| 理学療法士等 | 2以上 | 2以上 | | | | 1 | | | |
| 栄養士 | 3以上 | 3以上 | | | | 1 | | | |
| 介護支援専門員 | 1以上 | 1以上 | | | | | | | |
| 事務職員 | 2 | 2 | | | | | | | |
| 調理員 | 4 | 4以上 | | | | | | | |
| 総務 | 6.5以上 | 6以上 | | | | | | | |

（4）入所定員等 ・定員 120名

- ・療養室 個室 114室 2人室 3室

（5）通所定員 20名

2. サービス内容

- ① リハビリテーション計画の立案
- ② 食事 昼食 12時00分～
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション・個別リハビリテーション）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方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ので、具体的にご相談ください。

3. 利用料金（1日につき）

- (1) 施設利用料 保険給付の自己負担額（地域加算を含みます）。

以下の1～3割の表示は介護保険受給資格証明書に記載された利用者の負担割合を示します。

A. 通所リハビリテーション費

1割

| 所要時間 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|------|--------|--------|--------|--------|
| 1時間以上2時間未満 | 409円 | 441円 | 476円 | 508円 | 545円 |
| 2時間以上3時間未満 | 425円 | 487円 | 552円 | 616円 | 679円 |
| 3時間以上4時間未満 | 539円 | 627円 | 713円 | 824円 | 934円 |
| 4時間以上5時間未満 | 613円 | 712円 | 810円 | 936円 | 1,062円 |
| 5時間以上6時間未満 | 690円 | 819円 | 945円 | 1,095円 | 1,243円 |
| 6時間以上7時間未満 | 793円 | 943円 | 1,088円 | 1,262円 | 1,431円 |
| 7時間以上8時間未満 | 845円 | 1,002円 | 1,161円 | 1,348円 | 1,530円 |

2割

| 所要時間 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1時間以上2時間未満 | 819円 | 883円 | 952円 | 1,016円 | 1,090円 |
| 2時間以上3時間未満 | 850円 | 974円 | 1,105円 | 1,232円 | 1,358円 |
| 3時間以上4時間未満 | 1,078円 | 1,254円 | 1,427円 | 1,649円 | 1,869円 |
| 4時間以上5時間未満 | 1,227円 | 1,425円 | 1,620円 | 1,873円 | 2,124円 |
| 5時間以上6時間未満 | 1,380円 | 1,638円 | 1,891円 | 2,191円 | 2,486円 |
| 6時間以上7時間未満 | 1,587円 | 1,887円 | 2,177円 | 2,524円 | 2,863円 |
| 7時間以上8時間未満 | 1,691円 | 2,004円 | 2,322円 | 2,697円 | 3,061円 |

3割

| 所要時間 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1時間以上2時間未満 | 1,228円 | 1,325円 | 1,428円 | 1,524円 | 1,635円 |
| 2時間以上3時間未満 | 1,275円 | 1,461円 | 1,658円 | 1,848円 | 2,037円 |
| 3時間以上4時間未満 | 1,618円 | 1,881円 | 2,141円 | 2,474円 | 2,803円 |
| 4時間以上5時間未満 | 1,841円 | 2,137円 | 2,430円 | 2,810円 | 3,186円 |
| 5時間以上6時間未満 | 2,071円 | 2,457円 | 2,837円 | 3,286円 | 3,729円 |
| 6時間以上7時間未満 | 2,380円 | 2,830円 | 3,266円 | 3,786円 | 4,295円 |
| 7時間以上8時間未満 | 2,537円 | 3,006円 | 3,483円 | 4,045円 | 4,591円 |

B. 加算利用料

- * 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)～(IV)までのいずれかを算定しており、指定通所リハビリテーション事業所において、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以上である場合に加算されます。

| 所要時間 | 1割 | 2割 | 3割 |
|------------|-----|-----|-----|
| 3時間以上4時間未満 | 13円 | 26円 | 39円 |
| 4時間以上5時間未満 | 17円 | 34円 | 51円 |
| 5時間以上6時間未満 | 22円 | 44円 | 66円 |
| 6時間以上7時間未満 | 26円 | 52円 | 78円 |
| 7時間以上 | 31円 | 62円 | 93円 |

- * 理学療法士等体制強化加算：理学療法士等を配置基準を超えて専従かつ常勤で2名以上配置している場合加算されます。

| | | | | | |
|----|-----|----|-----|----|-----|
| 1割 | 33円 | 2割 | 66円 | 3割 | 99円 |
|----|-----|----|-----|----|-----|
- * 入浴介助加算（Ⅰ）：一般室・特別室（ドーム浴・チェアー浴）を利用された場合加算されます。

| | | | | | |
|----|-----|----|-----|----|------|
| 1割 | 44円 | 2割 | 88円 | 3割 | 132円 |
|----|-----|----|-----|----|------|
- * 入浴介助加算（Ⅱ）：医師等が利用者宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価していること、等

| | | | | | |
|----|-----|----|------|----|------|
| 1割 | 66円 | 2割 | 132円 | 3割 | 198円 |
|----|-----|----|------|----|------|
- * リハビリテーションマネジメント加算（イ）：・6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、変化に応じてリハビリテーション計画を見直すこと。・理学療法士等が居宅を訪問し、介護の工夫に関する指導及び、日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。・リハビリテーション計画については、計画作成に関与した理学療法士等が説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。・リハビリテーション計画の国への提出及びフィードバックなしの場合

| | | | | | | |
|----------------|----|------|----|--------|----|--------|
| 同意日の属する月から6月以内 | 1割 | 621円 | 2割 | 1,242円 | 3割 | 1,863円 |
| 同意日の属する月から6月超 | 1割 | 266円 | 2割 | 532円 | 3割 | 798円 |
- * リハビリテーションマネジメント加算（ロ）：・6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、変化に応じてリハビリテーション計画を見直すこと。・理学療法士等が居宅を訪問し、介護の工夫に関する指導及び、日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。・リハビリテーション計画については、計画作成に関与した理学療法士等が説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。・リハビリテーション計画の国への提出及びフィードバックありの場合

| | | | | | | |
|----------------|----|--------|----|----------|----|----------|
| 同意日の属する月から6月以内 | 1割 | 658円/月 | 2割 | 1,316円/月 | 3割 | 1,974円/月 |
| 同意日の属する月から6月超 | 1割 | 303円/月 | 2割 | 606円/月 | 3割 | 909円/月 |
- * リハビリテーションマネジメント加算（ハ）：上記（ロ）に加え
 - ・口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。
 - ・リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFEに提出した情報を活用していること。
 - ・共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

| | | | | | | |
|----------------|----|--------|----|----------|----|----------|
| 同意日の属する月から6月以内 | 1割 | 880円/月 | 2割 | 1,760円/月 | 3割 | 2,640円/月 |
| 同意日の属する月から6月超 | 1割 | 525円/月 | 2割 | 1,050円/月 | 3割 | 1,575円/月 |
- * 短期集中個別リハビリテーション実施加算：退院日から起算して3月以内に集中的な個別リハビリテーション実施した場合

| | | | | | |
|----|------|----|------|----|------|
| 1割 | 122円 | 2割 | 244円 | 3割 | 366円 |
|----|------|----|------|----|------|
- * 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）：認知症で改善の見込まれる方で退院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個別リハビリテーション実施した場合（1週に2日限度）

| | | | | | |
|----|------|----|------|----|------|
| 1割 | 266円 | 2割 | 532円 | 3割 | 798円 |
|----|------|----|------|----|------|
- * 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）：認知症で改善の見込まれる方に開始月から3月以内の期間に通所リハビリテーション計画を策定し生活機能向上リハビリテーション

- を月に4回以上実施した場合 1割 2,131円/月 2割 4,262円/月 3割 6,393円
- * 生活行為向上リハビリテーション実施加算：生活行為の充実を図るためのリハビリテーションをその実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、実施した場合（開始月から起算して6月以内） 1割 1,387円/月 2割 2,774円/月 3割 4,161円/月
 - * 若年性認知症利用者受入加算：若年性（40歳以上65歳未満）認知症利用者へ通所リハビリテーションを行った場合加算されます。 1割 66円 2割 132円 3割 198円
 - * 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を行った場合（1月あたり） 1割 55円 2割 110円 3割 165円
 - * 栄養改善加算：低栄養状態の改善のため栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行い定期的に評価を行った場合（月2回）
1割 222円/回 2割 444円/回 3割 666円
 - * 口腔・栄養スクリーニング加算（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、介護支援専門員に情報提供している場合（6月に1回限度） 1割 20円 2割 40円 3割 60円
 - * 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）：利用者が、口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、介護支援専門員に情報提供している場合※他条件あり（6月に1回限度）
1割 5円 2割 10円 3割 15円
 - * 口腔機能向上加算（Ⅰ）：利用者の口腔機能の向上等を目的として口腔機能改善管理指導計画を作成し、これに基づいて個別的に口腔機能向上サービスを実施し、定期的に評価を行った場合に加算されます。（月2回） 1割 167円/回 2割 333円/回 3割 500円
 - * 口腔機能向上加算（Ⅱ）（ロ）：（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ている場合 1割 177円 2割 354円 3割 531円
 - * 重度療養管理加算： 1割 111円 2割 222円 3割 333円
 - * 中重度者ケア体制加算：中重度の要介護者を受け入れる体制を構築した場合
1割 22円 2割 44円 3割 66円
 - * 移行支援加算：厚生労働大臣が定める基準に適合し、利用者の通所介護への移行を支援した場合 1割 13円 2割 26円 3割 39円
 - * 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・認知症の状態等の基本的な情報を厚生労働省に提出している場合に加算されます。
1割 44円 2割 88円 3割 132円
 - * 送迎減算：送迎を行わない場合は減算します。
片道につき 1割 52円 2割 104円 3割 156円
 - * サービス提供体制強化加算（Ⅰ）：介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が7割以上の場合 1割 24円 2割 48円 3割 72円
 - * サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が5割以上の場合 1割 19円 2割 38円 3割 57円
 - * サービス提供体制強化加算（Ⅲ）：介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が4割以上の場合 1割 6円 2割 12円 3割 18円

C. 介護職員等处遇改善加算

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都知事に届け出た上でサービスを行った場合にいずれかを算定します。

- * 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：所定単位数の8.6%が加算されます。

※上記の金額は実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じますのでご了承ください。

(2) 食材費/1日あたり 550円 (保険外)

(3) その他の日常生活費および特別なサービスの利用料（保険外）

① 日用品代／1日あたり 179円（消費税込み）

私用ハンドタオル、薬用液体歯磨き、薬用ハンドクリーム・ボディローション、BOXティッシュ、キューティクル保護剤、入れ歯洗浄剤、ペーパータオル、施設で用意するもので、ご利用を希望される場合にお支払いいただきます。

② 教養娯楽費／1日あたり 147円（消費税込み）

書道・手工芸・園芸等の材料費であり、施設で用意するもので、ご利用を希望される場合にお支払いいただきます。

③ 理美容代／1回 2,500円より（消費税込み）

理美容をご希望で利用の場合には直接、業者へお支払いいただきます。

申込み・受付は当施設窓口にて代行いたします。

④ おむつ代（その都度実費をいただきます。）

利用者の身体の状態により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

(4) 支払い方法

毎月1日から月末までのご利用料を翌月10日前後にご請求させていただきます。口座振替（引落日は27日、休日の場合は翌営業日）または現金・クレジットカードにてお支払いください。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

・ 協力医療機関

・ 名称 東武練馬中央病院

・ 住所 板橋区徳丸3丁目19番1号

・ 協力歯科医療機関

・ 医療法人社団幸誠会 たぼ歯科医院

・ 住所 埼玉県さいたま市浦和区東仲町11-5 ガーデンビル1F

5. 非常災害対策

5. 苦情申し立てとその処理について

利用者及び扶養者から、当施設の提供する介護保健施設サービスに対してのご要望等については、支援相談員を窓口としてその受付を行い、そのニーズに沿うよう改善に努めるものとします。施設に対しての苦情・ご要望は、大小に関わらず、その内容に真剣に対応していきます。

受付窓口 支援相談員

また、介護老人保健施設 赤塚園1階に意見箱を設置し、書面によるご要望、苦情などに関する事柄を受付けております。書式は問いませんので、備え付けの用紙やその他の用紙に記載の上、意見箱をご活用下さい。意見箱の管理につきましては、責任者により管理されております。

当園以外の公的機関の苦情・相談窓口

(1) 板橋区相談窓口

①名称 板橋区介護保険苦情相談室

所在 板橋区板橋2丁目66番1号 板橋区介護保険課

電話番号 03-3579-2079

②名称 板橋区保健福祉オンブズマン

所在 板橋区板橋2丁目66番1号 板橋区役所8F

電話番号 03-3579-2890

FAX番号 03-3579-2046

(2) 東京都国民健康保険団体連合会

①名称 介護保険部相談指導課相談窓口

所在 千代田区飯田橋3丁目5番1号 東京区政会館11階

電話番号 03-6238-0177

6. 事故発生時の対応

不測の事態として発生した事故に対しては、入所者様の安全確保、応急処置を行ない、速やかに所属長、医師に連絡して指示を受けます。

所属長は関係部署への連絡ならびに施設長に状況報告をします。

更に、区市町村および入所者様の家族への連絡と説明を行ないます。

7. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動通報装置、補助散水栓、誘導灯
- ・防災訓練 年3回

8. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

9. 施設利用に当たっての留意事項

| | |
|---------|--|
| 居室設備・備品 | 施設内の設備や備品等は本来の用法に従って、大切にご利用下さい。反したご利用で破損等が生じた場合、弁償して頂くことがあります。 |
| 禁煙 | 禁煙とします。 |
| 飲酒 | 禁止とします。 |
| 迷惑行為 | 騒音等他の他者の迷惑行為はご遠慮下さい。 |
| 所持品の管理 | 私物には全て名前を記載下さい。原則、ご本人管理とします。 |
| 現金等の管理 | 当施設ではお預かりできません。原則はご遠慮願います。 |
| 動物飼育 | 施設内へのペットの同行および飼育は禁止します。 |
| お支払い方法 | 口座振替または現金・クレジットカードでのお支払いとなります。（銀行振り込みはありません。） 月末の1回請求となります。 |
| 病院受診等 | 必ずご連絡下さい。 |
| 飲食の持ち込み | 原則、禁止します。食中毒防止や食生活の管理のためご協力下さい。 |
| 貴重品等 | 盗難や紛失の恐れがありますので、持ち込みはご遠慮下さい。 |
| 危険物等 | 刃物・火気類の危険物の持ち込みは禁止とします。 |
| 緊急連絡先 | 必ず、緊急時の連絡先を次項へご記載下さい。 |
| 連絡帳 | ご家庭と施設の情報を交換するノートです。 必ずご覧いただき、来園日にはコメントをお願いします。 |
| 営業日 | 日曜、祝日および年末年始（12月31日～1月3日）はお休みです。 |
| 休み・中止等 | キャンセル料は生じませんが、早めにお知らせ下さい。 |

10. その他施設の運営に関する重要事項

(1) 勤務体制の確保等

- ① ご利用者に対し、適切な指定介護医療施設サービスを提供できるよう、従業者

の勤務体制を定める。

② 従業者の資質向上のために、研修機会を確保する。

(2) 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止

① 居宅介護支援事業者またはその従業者に対し、要介護被保険者に当該施設を紹介することの代償として、金品その他の財産上の利益を供与しない。

② 居宅介護支援事業者またはその従業者から、退所者様を紹介することの代償として、金品その他財産上の利益を収受しない。

介護老人保健施設 介護予防通所リハビリテーション利用契約書

(契約の目的)

第1条 介護老人保健施設赤塚園（以下「当施設」という。）は、要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅で、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に、介護予防通所リハビリテーションサービスを提供し、一方、利用者又は利用者を扶養する保証人および連帯保証人（以下「保証人」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、この契約の目的とします。

(適用期間)

第2条 本契約は、利用者が介護老人保健施設 介護予防通所リハビリテーション利用同意書（以下「同意書」という。）を当施設に提出したときから効力を有します。但し、保証人に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約、別紙1の改定が行われないう限り、初回利用時の同意書提出をもって繰り返し当施設の介護予防通所リハビリテーションを利用することができるものとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び保証人は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、本契約に基づく介護予防通所リハビリテーション利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び保証人は、速やかに当施設及び利用者の地域支援包括センターに連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由なく、介護予防通所リハビリテーション実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者及び保証人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく介護予防通所リハビリテーションサービスの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が自立と認定された場合
- ② 利用者の介護予防サービス計画で定められた利用時間数・枠を超える場合
- ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護予防通所リハビリテーションサービスの提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者及び保証人が、本契約に定める利用料金を1か月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者又は扶養者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為等又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により利用させることができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び保証人は、連帯して、当施設に対し、本契約に基づく介護予防通所リハビリテーションサービスの対価として、別紙1の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

2 当施設は、利用者及び保証人が指定する者に対し、毎月1日から月末までのご利用料を翌月10日前後にまでに当該合計額の請求書及び明細書を提示します。利用者及び保証人は、連帯して、当施設に対し、1日から月末までの合計額を翌月末までに支払うものとします。なお、支

払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

- 3 当施設は、利用者又は保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び保証人が指定する者に対して、領収書を交付します。

(記録)

第6条 当施設は、利用者の介護予防通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間は保管します。

(身体の拘束等)

第7条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等やむを得ない場合は、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、やむを得なかった理由を介護記録に記載することとします。

(秘密の保持)

第8条 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は保証人若しく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。但し、次の各号についての情報提供については、利用者及び保証人から、予め同意を得た上で行うこととします。

- ① 介護保険サービスの利用のための区市町村、居宅介護支援事業者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等。なお、この場合でも、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとなります。

(緊急時の対応)

第9条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

2 前項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(ご要望等の申出)

第10条 利用者及び保証人からの、当施設の提供する介護保険施設サービスに対してのご要望等については、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備え付けの用紙、管理者宛の文書で一階に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第11条 介護予防通所リハビリテーションサービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2 利用者の責に帰すべき事由によって当施設が損害を被った場合、利用者及び保証人は、当施設に対し、連帯してその損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第12条 この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は保証人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

重要事項説明書（介護予防通所リハビリテーション）

（令和6年11月1日現在）

1. 施設の概要

（1）施設の名称等

- ・施設名 医療法人社団慈誠会 介護老人保健施設赤塚園
- ・開設年月日 平成17年2月1日
- ・所在地 東京都板橋区赤塚新町3丁目33番27号
- ・電話番号 03-3977-1500
- ・ファックス番号 03-5968-3600
- ・管理者名 藤田 徹
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（1357081334号）

（2）介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、医学的管理の下での看護、介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、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すること、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、介護予防通所リハビリテーション・介護予防短期入所療養介護及び、短期入所療養介護・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ください。

[介護老人保健施設赤塚園の運営方針]

1. 利用者、保証人に当施設の目的を十分に理解して頂けるように努めます。
2. 利用者の人格を尊重した処遇に努めます。
3. 利用者の残存能力の維持向上につながる処遇に努めます。
4. 職員は施設の目的・方針を理解し、自己研鑽と相互協力に努めます。
5. 地域から、信頼される施設となるよう努めます。

（3）施設の職員体制(令和6年6月1日現在)

| | 常勤換算後の人員 | 入所・短期入所 | | | | 通所リハビリテーション | | | |
|---------|----------|---------|----|-----|----|-------------|-----|-----|-----|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 施設長 | 1 | 1 | | | | | 1 | | |
| 医師 | 1.2以上 | | 1 | | 2 | | 1 | | 1 |
| 薬剤師 | 0.4以上 | | | | 2 | | | | |
| 看護職員 | 13以上 | 12以上 | | | | | | | 1以上 |
| 介護職員 | 30以上 | 29以上 | | | | | 2以上 | | |
| 支援相談員 | 2以上 | 2以上 | | | | | 1 | | |
| 理学療法士等 | 3以上 | 3以上 | | 1 | | | 1 | | |
| 管理栄養士 | 1以上 | 1以上 | | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 2以上 | 2以上 | | | | | 1 | | |
| 事務職員 | 5 | 5 | | | | | | | |
| 調理員 | 6.5以上 | 6以上 | | 1 | | | | | |
| 総務 | 3以上 | 3以上 | | | | | | | |

（4）入所定員等 ・定員 120名

- ・療養室 個室 114室 2人室 3室
- (5) 通所定員 20名

2. サービス内容

- ① 個別サービス計画の立案
- ② 食事 昼食 12時00分～
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ リハビリテーション（運動機能・口腔機能・生活支援）
- ⑥ 栄養改善指導
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方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ので、具体的にご相談ください。

3. 利用料金

(1) 保険給付の自己負担額

A. 介護予防通所リハビリテーション費

| 費目 | 単位 | | 要支援1 | 要支援2 |
|------------------|----|----|--------|---------|
| 介護予防通所リハビリテーション費 | 月 | 1割 | 2,517円 | 4,693円 |
| | | 2割 | 5,034円 | 9,386円 |
| | | 3割 | 7,552円 | 14,079円 |
| 利用開始日の属する月から12月超 | 月 | 1割 | 2,384円 | 4,426円 |
| | | 2割 | 4,768円 | 8,853円 |
| | | 3割 | 7,152円 | 13,279円 |

B. 加算利用料（1月につき）

| 費 目 | 金 額 | | 内容の説明 |
|---------------------------------------|-----|--------|---|
| | 割 | 円 | |
| 生活行為向上 リハビリテー ション実施加 算（6月以内） | 1割 | 623円 | 生活行為の充実を図るリハビリテーションの実施内容をリハビリテーション実施計画に定め、リハビリテーションを実施した場合（月1回以上居宅訪問） |
| | 2割 | 1,247円 | |
| | 3割 | 1,871円 | |
| 科学的介護推 進体制加算 | 1割 | 44円 | 利用者ごとのADL値・栄養状態・口腔機能・認知症の状態等の基本的な情報を厚生労働省に提出している場合（1月につき） |
| | 2割 | 88円 | |
| | 3割 | 133円 | |
| 口腔機能向上 加算（Ⅰ） | 1割 | 166円 | 月に2回を限度として、口腔機能が低下している利用者に対し口腔機能改善管理指導計画を作成し、これに基づき口腔機能サービスを行った場合 |
| | 2割 | 333円 | |
| | 3割 | 499円 | |
| 口腔機能向上 加算（Ⅱ）（口） | 1割 | 177円 | 月に2回を限度として、（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ている場合 |
| | 2割 | 355円 | |
| | 3割 | 532円 | |
| 口腔・栄養ス クリーニング 加算（Ⅰ） | 1割 | 22円 | 利用開始時及び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、その情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合 |
| | 2割 | 44円 | |
| | 3割 | 66円 | |
| 口腔・栄養ス クリーニング 加算（Ⅱ） | 1割 | 5円 | （Ⅰ）に加え、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 |
| | 2割 | 11円 | |
| | 3割 | 16円 | |
| 若年性認知症 利用者受入加 算 | 1割 | 266円 | 若年性（40歳以上65歳未満）認知症利用者へ通所リハビリテーションを行った場合 |
| | 2割 | 532円 | |
| | 3割 | 799円 | |
| 栄養アセスメ ント加算 | 1割 | 55円 | 管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行い、その結果を利用者又は家族に説明し、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出している場合（1月につき） |
| | 2割 | 111円 | |
| | 3割 | 166円 | |

| | | | |
|-------------------------|----|---------|--|
| 栄養改善加算 | 1割 | 2 2 2 円 | 管理栄養士等により栄養ケア計画を作成し、これに基づいて栄養改善サービスを行い、定期的に評価を行った場合（1月につき） |
| | 2割 | 4 4 4 円 | |
| | 3割 | 6 6 6 円 | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援1 | 1割 | 9 7 円 | 介護福祉士70%以上または勤続10年以上介護福祉士25%以上のいずれかに該当すること |
| | 2割 | 1 9 5 円 | |
| | 3割 | 2 9 2 円 | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援2 | 1割 | 1 9 5 円 | |
| | 2割 | 3 9 0 円 | |
| | 3割 | 5 8 5 円 | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 要支援1 | 1割 | 7 9 円 | 介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上の場合 |
| | 2割 | 1 5 9 円 | |
| | 3割 | 2 3 9 円 | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 要支援2 | 1割 | 1 5 9 円 | |
| | 2割 | 3 1 9 円 | |
| | 3割 | 4 7 9 円 | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 要支援1 | 1割 | 2 6 円 | 介護福祉士40%以上または勤続7年以上介護福祉士30%以上のいずれかに該当すること |
| | 2割 | 5 3 円 | |
| | 3割 | 7 9 円 | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 要支援2 | 1割 | 5 3 円 | |
| | 2割 | 1 0 6 円 | |
| | 3割 | 1 5 9 円 | |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | | | 所定単位数の8.6%が加算されます（支給限度額管理の対象外） |

(2) 食料費／1日あたり 5 5 0 円 （保険外）

(3) その他の日常生活費および特別なサービスの利用料（保険外）

① 日用品代／1日あたり 1 7 9 円 （消費税込み）

私用ハンドタオル、薬用液体歯磨き、薬用ハンドクリーム・ボディローション、BOXティッシュ、キューティクル保護剤、入れ歯洗浄剤、ペーパータオル、施設で用意するもので、ご利用を希望される場合にお支払いいただきます。

② 教養娯楽費／1日あたり 1 4 7 円 （消費税込み）

書道・手工芸・園芸等の材料費であり、施設で用意するもので、ご利用を希望される場合にお支払いいただきます。

③ 理美容代／1回 2,500円より （消費税込み）

理美容をご希望で利用の場合には直接、業者へお支払いいただきます。
申込み・受付は当施設窓口にて代行いたします。

④ おむつ代 （その都度実費をいただきます。）

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、施設で用意するものを

ご利用いただく場合にお支払いいただきます。

(4) 支払い方法

毎月1日から月末までのご利用料を翌月10日前後にご請求させていただきます。口座振替(引落日は27日、休日の場合は翌営業日)または現金・クレジットカードにてお支払いください。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

・ 協力医療機関

- ・ 名 称 東武練馬中央病院
- ・ 住 所 板橋区徳丸3丁目19番1号

協力歯科医療機関

- ・ 医療法人社団幸誠会 たぼ歯科医院
- ・ 住 所 埼玉県さいたま市浦和区東仲町11-5 ガーデンビル1F

5. 苦情申し立てとその処理について

利用者及び扶養者から、当施設の提供する介護保健施設サービスに対してのご要望等については、支援相談員を窓口としてその受付を行い、そのニーズに沿うよう改善に努めるものとします。施設に対しての苦情・ご要望は、大小に関わらず、その内容に真剣に対応していきます。

また、介護老人保健施設 赤塚園1階に意見箱を設置し、書面によるご要望、苦情などに関する事柄を受付けております。書式は問いませんので、備え付けの用紙やその他の用紙に記載の上、意見箱をご活用下さい。意見箱の管理につきましては、責任者により管理されております。

・ 当園の苦情・相談窓口

支援相談員

・ 当園以外の公的機関の苦情・相談窓口

(1) 板橋区相談窓口

- ①名称 板橋区介護保険苦情相談室
所在 板橋区板橋2丁目66番1号 介護保険課内
電話番号 03-3579-2079
- ②名称 板橋区保健福祉オンブズマン
所在 板橋区板橋2丁目66番1号 板橋区役所8F
電話番号 03-3579-2890
FAX 番号 03-3579-2891

(2) 東京都国民健康保険団体連合会

- ①名称 介護保険部相談指導課相談窓口
所在 千代田区飯田橋3丁目5番1号 東京区政会館11階
電話番号 03-6238-0177

6. 事故発生時の対応

不測の事態として発生した事故に対しては、入所者様の安全確保、応急処置を行ない、速やかに所属長、医師に連絡して指示を受けます。

所属長は関係部署への連絡ならびに施設長に状況報告をします。

更に、区市町村および入所者様の家族への連絡と説明を行ないます。

7. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動通報装置、補助散水栓、誘導灯
- ・防災訓練 年2回

8. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

9. 施設利用に当たっての留意事項

| | |
|---------|---|
| 居室設備・備品 | 施設内の設備や備品等は本来の用法に従って、大切にご利用下さい。反したご利用で破損等が生じた場合、弁償して頂くことがあります。 |
| 禁煙 | 禁煙とします。 |
| 飲酒 | 禁止とします。 |
| 迷惑行為 | 騒音等他の他者の迷惑行為はご遠慮下さい。 |
| 所持品の管理 | 私物には全て名前を記載下さい。原則、ご本人管理とします。 |
| 現金等の管理 | 当施設ではお預かりできません。原則はご遠慮願います。 |
| 動物飼育 | 施設内へのペットの同行および飼育は禁止します。 |
| お支払い方法 | 口座振替または現金・クレジットカードでのお支払いとなります。（銀行振り込みはありません。） 月末の1回請求となります。受付窓口にて現金にてお支払いください。 |
| 病院受診等 | 必ずご連絡下さい。 |
| 飲食の持ち込み | 原則、禁止します。食中毒防止や食生活の管理のためご協力下さい。 |
| 貴重品等 | 盗難や紛失の恐れがありますので、持ち込みはご遠慮下さい。 |
| 危険物等 | 刃物・火気類の危険物の持ち込みは禁止とします。 |
| 緊急連絡先 | 必ず、緊急時の連絡先を次項へご記載下さい。 |
| 連絡帳 | ご家庭と施設の情報を交換するノートです。 必ずご覧いただき、来園日にはコメントをお願いします。 |
| 営業日 | 土・日曜、祝日および年末年始（12月31日～1月3日）はお休みです。 |
| お休み・中止等 | キャンセル料は生じませんが、早めにお知らせ下さい。 |

10. その他施設の運営に関する重要事項

(1) 勤務体制の確保等

- ① ご利用者に対し、適切な指定介護医療施設サービスを提供できるよう、従業員の勤務体制を定める。
- ② 従業員の資質向上のために、研修機会を確保する。

(2) 地域包括支援センターに対する利益供与等の禁止

- ① 地域包括支援センターまたはその従業員に対し、要支援被保険者に当該施設を紹介することの代償として、金品その他の財産上の利益を供与しない。
- ② 地域包括支援センターまたはその従業員から、退所者様を紹介することの代償として、金品その他財産上の利益を受取しない。