

# 重要事項説明書

( 令和6年6月1日現在 )

## 1. 介護老人保健施設「埼玉ロイヤルケアセンター」の概要

### (1) 事業所の名称・所在地等

・事業所名	埼玉ロイヤルケアセンター
・開設年月日	平成7年8月28日
・所在地	埼玉県入間郡三芳町上富2181-5
・電話番号	049-258-6060
・ファックス番号	049-258-6083
・開設者	理事長 中村 哲也
・管理者	施設長 善平 朝俊
・介護保険事業者番号	1152480010

### (2) 当法人の概要

・法人名	医療法人財団 明理会
・代表者役職・氏名	理事長 中村 哲也
・法人所在地	東京都板橋区本町36-3
・法人本部電話番号	03(3965)5971
・定款の目的に定めた事業	1. 病院の経営 2. 診療所の経営 3. 介護老人保健施設の経営 4. その他これに付随する業務 (以下の経営) 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、 地域包括支援センター、その他
・事業所数	*病院・介護老人保健施設 26カ所 *診療所 5カ所

### (3) 介護老人保健施設の目的

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、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、利用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を目的とした施設です。さらに、家庭復帰の場合には療養環境の調整など退所時の支援も行っていますので、安心して退所いただけます。

### (4) 運営の方針

#### 1) 通所リハビリテーション運営の方針

- ① 利用者が可能な限りその居宅において、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、リハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとする。
- ② 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化防止、または、要介護状態となることの予防に資するよう、目標を設定し計画的にサービスを提供する。
- ③ サービスの提供にあたっては、質の評価を行い、常に改善を図るものとする。

## 2) 介護予防通所リハビリテーション運営の方針

- ① 事業者の従業者は、利用者の心身の状況を踏まえて、可能な限りその居宅において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、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、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。
- ② 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めるものとする。

## 2. 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の概要

### (1) 施設の職員体制 (基準数以上による)

	常 勤	非常勤	夜 間	業務内容
医 師	1	0.5		医学管理 (併設施設と兼務)
看護職員・介護職員	12	2.6		看護業務・介護業務
支 援 相 談 員	1			相談業務 (併設施設と兼務)
理 学 療 法 士 等	3			機能訓練業務
管 理 栄 養 士	2			栄養指導 (併設施設と兼務)
事 務 職 員	7			事務全般 (併設施設と兼務)

### (2) 施設の設備等の概要

定 員	49 人
デイルーム	1
浴 室	一般浴槽と特別浴槽
送 迎 車	8 台

### (3) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	有	
従業者への研修の実施	有	年1回以上の専門研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	有	
時間延長実施の有無	無	
感染症管理体制	有	感染症又は食中毒の予防及び蔓延防止のため指針を整備し、対策検討会議を月1回以上開催
介護事故に対する安全管理体制	有	施設内で発生した事故について毎月開催される身体検討委員会にて分析し改善策を検討
褥瘡防止対策の体制	有	褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を防止する体制を整備
介護サービス情報の公表	有	指定調査機関による調査 (年1回)・公表
そ の 他	有	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についてのご相談やご不明のことがありましたら、当事業所または担当の介護支援専門員、地域包括支援センターに、お問い合わせください。

(4) 営業日 営業時間

営業日	月曜日～土曜日、祝日
休業日	日曜日、指定日(12月31日～1月3日)
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時00分～16時00分

- \*サービス提供時間内訳
- 単位1 9時00分～16時00分
  - 単位2 10時00分～11時30分
  - 単位3 14時30分～16時00分
  - 単位4 10時00分～13時30分

(5) 送迎範囲 通常の事業の実施地域は、以下の地域とする。

三芳町全域、ふじみ野市全域、富士見市全域及び川越市一部地域(下松原、藤間、下赤坂)  
上記以外の地域居住の利用希望がある場合、定員を考慮し柔軟に対応するものとする。

### 3. サービス内容

- ①通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画の立案・見直し
- ②食事：昼食 12時00分 おやつ 15時00分
- ③入浴：利用者の身体の状態に応じて中止となる場合があります。
- ④健康管理：体温、脈拍、血圧の測定。服薬の管理、保健衛生上の指導、症状や心身の状況に応じた看護
- ⑤介護：食事、口腔ケア、着替え、排泄、おむつ交換、体位交換、離床、施設内の移動の付添い等の介助
- ⑥機能訓練：個別・集団等のリハビリテーションやレクリエーションを行ないます。
- ⑦レクリエーション：集団レクリエーション・合唱・散歩・誕生日会・季節行事等
- ⑧栄養管理：栄養状態の管理
- ⑨相談援助：生活相談、行政手続きの説明
- ⑩その他：利用者の能力に応じた日常生活を営めるよう各種の支援を行ないます。

\*単位2、単位3のサービスに食事は含まれません。

\*これらのサービスのなかには、利用者の方から、基本利用料とは別に利用料金を頂くものもありますので、個別にご相談ください。

#### 4. 利用料金

- (1) 通所リハビリテーション \*要介護認定による要介護度によって利用料が異なります  
\*平均利用延人数 750 人超 (大規模事業所 I)

##### 1) 基本利用料 単位 1 (9 時 00 分～16 時 00 分)

要介護度	料金	利用料金	介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1		7,385 円	739 円	1,477 円	2,216 円
要介護 2		8,780 円	878 円	1,756 円	2,634 円
要介護 3		10,133 円	1,014 円	2,027 円	3,040 円
要介護 4		11,745 円	1,175 円	2,349 円	3,524 円
要介護 5		13,325 円	1,333 円	2,665 円	3,998 円

##### 2) 基本利用料 単位 2 (10 時 00 分～11 時 30 分) 単位 3 (14 時 30 分～16 時 00 分)

要介護度	料金	利用料金	介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1		3,811 円	382 円	763 円	1,144 円
要介護 2		4,111 円	412 円	823 円	1,234 円
要介護 3		4,431 円	444 円	887 円	1,330 円
要介護 4		4,731 円	474 円	947 円	1,420 円
要介護 5		5,072 円	508 円	1,015 円	1,522 円

##### 3) 基本利用料 単位 4 (10 時 00 分～13 時 30 分)

要介護度	料金	利用料金	介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1		5,020 円	502 円	1,004 円	1,506 円
要介護 2		5,836 円	584 円	1,168 円	1,751 円
要介護 3		6,642 円	665 円	1,329 円	1,993 円
要介護 4		7,675 円	768 円	1,535 円	2,303 円
要介護 5		8,697 円	870 円	1,740 円	2,610 円

4) 加算項目

	内 容	利用料金	介護保険適用時の自己負担額		備 考			
①	リハビリテーションマネジメント加算	5,784 円 ※イ 開始月から6か月以内	1 割負担	579 円/月	リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等の情報を、医師、理学療法士、介護支援専門員等による会議の構成員その他関係者と共有し会議の内容を記録。 通所リハビリテーション計画について、計画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又はその家族に対して説明、同意を得るとともに、説明した内容を医師に報告する。 当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内は1月に1回以上、6月を超えた場合は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、状態の変化に応じ当該計画を見直している。 事業所の理学療法士等が介護支援専門員、指定訪問介護その他事業に関わる従業員と利用者宅を訪問し当該従業員、家族に介護の工夫に関する情報提供、指導及び留意点の助言を行なっている。 ※ロは、上記の要件に加え通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、厚生労働省に提出している場合に算定			
			2 割負担	1,157 円/月				
			3 割負担	1,736 円/月				
		2,479 円 ※イ 開始月から6か月超	1 割負担	248 円/月				
			2 割負担	496 円/月				
			3 割負担	744 円/月				
		6,125 円 ※ロ 開始月から6か月以内	1 割負担	613 円/月				
			2 割負担	1,225 円/月				
			3 割負担	1,838 円/月				
		2,820 円 ※ロ 開始月から6か月超	1 割負担	282 円/月				
			2 割負担	564 円/月				
			3 割負担	846 円/月				
②	リハビリテーションマネジメント加算	8,191 円 ※ハ 開始月から6か月以内	1 割負担	820 円/月	・リハビリテーションマネジメント加算(ロ)の要件を満たしていること。 ・事業所の従業員として、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。 ・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。 ・利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は介護職員がその他の職種のもので共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。 ・利用者ごとに関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。 ・共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供をしていること。			
			2 割負担	1,639 円/月				
			3 割負担	2,458 円/月				
		4,886 円 ※ハ 開始月から6か月超	1 割負担	489 円/月				
			2 割負担	978 円/月				
			3 割負担	1,466 円/月				
		③	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	2,789 円		1 割負担	279 円/月	
						2 割負担	558 円/月	
						3 割負担	837 円/月	
④	短期集中個別リハビリテーション実施加算	1,136 円	1 割負担	114 円/日	医師の指示により退院・退所後または認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行なった場合。			
			2 割負担	228 円/日				
			3 割負担	341 円/日				

⑤	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)	2,479 円	1 割負担	248 円/日	認知症の方に対し医師の指示により個別のリハビリを受けた場合に算定 (週 2 回を限度) リハビリテーションマネジメント加算算定の場合に限る。
			2 割負担	496 円/日	
			3 割負担	744 円/日	
⑥	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)	19,833 円	1 割負担	1,984 円/月	認知症の方に対し医師の指示により個別のリハビリを受けた場合に算定 (月 4 回以上) リハビリテーションマネジメント加算算定の場合に限る。
			2 割負担	3,967 円/月	
			3 割負担	5,950 円/月	
⑦	若年性認知症利用者受入加算	619 円	1 割負担	62 円/日	若年性認知症利用者を受け入れた場合に算定
			2 割負担	124 円/日	
			3 割負担	186 円/日	
⑧	生活行為向上リハビリテーション実施加算	12,912 円	1 割負担	1,292 円/月	生活行為の充実を図る為、訪問を 1 ヶ月に 1 回とリハビリテーションを計画的に行ない利用者の有する能力の向上を支援した場合。 リハビリテーションマネジメント加算算定の場合に限る。 ※開始月から 6 月以内
			2 割負担	2,583 円/月	
			3 割負担	3,874 円/月	
⑨	入浴介助加算 (I)	413 円	1 割負担	42 円/日	入浴介助を実施した場合に算定
			2 割負担	83 円/日	
			3 割負担	124 円/日	
⑩	入浴介助加算 (II)	619 円	1 割負担	62 円/日	利用者の居宅を訪問し動作及び浴室環境を評価して入浴計画を作成し、計画に基づき居宅の近い環境にて入浴介助を実施した場合に算定
			2 割負担	124 円/日	
			3 割負担	186 円/日	
⑪	口腔機能向上加算 (I)	1,549 円	1 割負担	155 円/月 2 回限度	口腔機能の低下している利用者に対して、歯科衛生士、言語聴覚士、看護師等が口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定
			2 割負担	310 円/月 2 回限度	
			3 割負担	465 円/月 2 回限度	
⑫	口腔機能向上加算 (II) イ	1,601 円	1 割負担	161 円/月 2 回限度	上記に加え、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容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当たって、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。 イ：リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) を算定している場合
			2 割負担	321 円/月 2 回限度	
			3 割負担	481 円/月 2 回限度	
⑬	口腔機能向上加算 (II) ロ	1,652 円	1 割負担	166 円/月 2 回限度	ロ：リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) を算定していない場合
			2 割負担	331 円/月 2 回限度	
			3 割負担	496 円/月 2 回限度	
⑭	栄養改善加算	2,066 円	1 割負担	207 円/月 2 回限度	低栄養状態にある方、またはそのおそれのある利用者に対して、管理栄養士が看護・介護職員等と共同し栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施と必要に応じて居宅を訪問し、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定
			2 割負担	414 円/月 2 回限度	
			3 割負担	620 円/月 2 回限度	

⑮	栄養アセスメント加算	516 円	1 割負担	52/月	利用者に対して、管理栄養士が看護・介護職員等と共同し栄養アセスメントを実施し利用者または家族にその結果を説明し相談等に必要に応じ対応した場合と栄養状態等の情報を厚生労働省に提出している場合に算定
			2 割負担	104/月	
			3 割負担	155/月	
⑯	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	227 円	1 割負担	23 円/回	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 70%以上配置又は勤続 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25%以上配置の場合に算定
			2 割負担	46 円/回	
			3 割負担	69 円/回	
⑰	中重度者ケア体制加算	206 円	1 割負担	21 円/日	看護職員を 1 名以上確保し前年度又は算定日が属する月の前 3 ヶ月間の利用者数総数のうち要介護 3 以上の利用者の割合が 30%以上である場合
			2 割負担	42 円/日	
			3 割負担	62 円/日	
⑱	重度療養管理加算	1,033 円	1 割負担	104 円/日	別表 2〔重度療養管理加算に関する同意書〕参照
			2 割負担	207 円/日	
			3 割負担	310 円/日	
⑲	リハビリテーション提供体制加算（6～7 時間）	247 円	1 割負担	25 円/日	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二十五又はその単数を増すごとに一以上であること。リハビリテーションマネジメント加算算定の場合に限る。
			2 割負担	50 円/日	
			3 割負担	75 円/日	
⑳	リハビリテーション提供体制加算（3～4 時間）	123 円	1 割負担	13 円/日	
			2 割負担	25 円/日	
			3 割負担	37 円/日	
㉑	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	206 円	1 割負担	21 円/回	当該事業所の従業者が、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、当該利用者の栄養状態に関する情報を、担当の介護支援専門員に提供している場合に算定
			2 割負担	42 円/回	
			3 割負担	62 円/回	
㉒	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	51 円	1 割負担	6 円/回	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、口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を、担当の介護支援専門員に提供している場合に算定 ※6 月に 1 回を限度
			2 割負担	11 円/回	
			3 割負担	16 円/回	
㉓	移行支援加算	123 円	1 割負担	13 円/日	評価期間内に通所リハビリを終了した者のうち、社会参加に資する取組を実施した者の占める割合が 100 分の 3 を超えている事、評価対象期間中に通所リハビリを終了した日から起算して 14 日以降 4 日以内に、リハビリテーション終了者に対して、電話等により通所介護等の実施状況を確認し記録している場合と移行するにあたり当該リハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供している場合に算定。12 を当該事業所の利用者数で除して得た数が 100 分の 27 以上であること。
			2 割負担	25 円/日	
			3 割負担	37 円/日	
㉔	科学的介護推進体制加算	413 円	1 割負担	42 円/月	利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況に係る基本的な情報を、少なくとも 3 月に 1 回厚生労働省に提出していること。 ・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必要な情報を活用していること。
			2 割負担	83 円/月	
			3 割負担	124 円/月	
㉕	送迎減算	485 円	1 割負担	49 円/回	利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合。 ※同一建物減算の対象となっている場合は、当該減算の対象とはならない。
			2 割負担	97 円/回	
			3 割負担	146 円/回	

②⑥	退院時共同指導加算	6,198 円	1 割負担	620 円/回	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、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、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき 1 回に限り、所定単位数を加算する。 ※利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅のリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることをいう。
			2 割負担	1,240 円/回	
			3 割負担	1,860 円/回	
②⑦	理学療法士等体制強化加算	309 円	1 割負担	31 円/日	1 時間以上 2 時間未満のサービスを実施し、理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で 2 名以上配置していること。
			2 割負担	62 円/日	
			3 割負担	93 円/日	
②⑧	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算	所定単位数の 3%を算定	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも 5%以上減少している場合に算定 ※利用者数が減少した月の翌々月から 3 月以内に限り算定可ただし特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から 3 月以内に限り、引き続き算定		

\*1 上記料金は、地域加算が含まれます。

\*2 料金には、介護職員処遇改善加算 I として、基本サービス費と各種加算項目の単位数の合計に対し、8.6%、が上乗せされるため、端数処理上自己負担の金額が変わります。

\*3 自己負担の金額は、端数処理をしてありますので、回数等により金額が変わる場合があります。

## (2) 介護予防通所リハビリテーション

### 1) 基本料金

要介護度	1月当たりの利用料金	介護保険適用時の 1月当たりの自己負担額	
		割負担	自己負担額
要支援1	23,428円	1割負担	2,343円
		2割負担	4,686円
		3割負担	7,029円
要支援2	43,675円	1割負担	4,368円
		2割負担	8,735円
		3割負担	13,103円

### 2) 加算項目

	内 容	1月あたりの 利用料金	介護保険適用時の 自己負担額		備 考
			割負担	自己負担額	
①	一体的サービス提供加算	4,958円	1割負担	496円/月	以下の要件を全て満たす場合、算定する。 ・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。 ・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。 ・栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。
			2割負担	992円/月	
			3割負担	1,488円/月	
②	栄養改善加算	2,066円	1割負担	207円/月 2回限度	低栄養状態にある方、またはそのおそれのある利用者に対して、管理栄養士が看護・介護職員等と共同し栄養計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施と必要に応じて居宅を訪問し、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定
			2割負担	414円/月 2回限度	
			3割負担	620円/月 2回限度	
③	栄養アセスメント加算	516円	1割負担	52/月	利用者に対して、管理栄養士が看護・介護職員等と共同し栄養アセスメントを実施し利用者または家族にその結果を説明し相談等に必要に応じ対応した場合と栄養状態等の情報を厚生労働省に提出している場合に算定
			2割負担	104/月	
			3割負担	155/月	
④	口腔機能向上加算（I）	1,549円	1割負担	155円/月 2回限度	口腔機能の低下している利用者に対して、歯科衛生士、言語聴覚士、看護師等が口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定
			2割負担	310円/月 2回限度	
			3割負担	465円/月 2回限度	

⑤	口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,652 円	1 割負担	166 円/月 2 回限度	口腔機能の低下している利用者に対して、歯科衛生士、言語聴覚士、看護師等が口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施し内容に関するデータを、厚生労働省に提出している場合に算定
			2 割負担	331 円/月 2 回限度	
			3 割負担	496 円/月 2 回限度	
⑥	科学的介護推進体制加算	413 円	1 割負担	42 円/月	利用者ごとのADL 値・栄養状態・口腔機能・認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を少なくとも 3 月に 1 回厚生労働省に提出している場合に算定
			2 割負担	83 円/月	
			3 割負担	124 円/月	
⑦	生活行為向上リハビリテーション実施加算	5,805 円	1 割負担	581 円/月	生活行為の充実を図る為、訪問を 1 ヶ月に 1 回とリハビリテーションを計画的に行ない 利用者の有する能力の向上を支援した場合。リハビリテーションマネジメント加算算定の場合に限る。 ※開始月から 6 月以内
			2 割負担	1,161 円/月	
			3 割負担	1,742 円/月	
⑧	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	206 円	1 割負担	21 円/回	当該事業所の従業者が、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、当該利用者の栄養状態に関する情報を、担当の介護支援専門員に提供している場合に算定
			2 割負担	42 円/回	
			3 割負担	62 円/回	
⑨	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	51 円	1 割負担	6 円/回	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、口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を、担当の介護支援専門員に提供している場合に算定 ※6 月に 1 回を限度
			2 割負担	11 円/月	
			3 割負担	16 円/月	
⑩	若年性認知症利用者受入加算	2,479 円	1 割負担	248 円/月	若年性認知症利用者を受け入れた場合に算定
			2 割負担	496 円/月	
			3 割負担	744 円/月	
⑪	退院時共同指導加算	6,198 円	1 割負担	620 円/回	病院又は診療所へ入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、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、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき 1 回に限り、所定単位数を加算する。 ※利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅のリハビリテーションに必要な指導を共同で行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることをいう。
			2 割負担	1,240 円/回	
			3 割負担	1,860 円/回	
⑫	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援 1 909 円	1 割負担	要支援 1 91 円/月	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 70%以上配置又は勤続 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25%以上配置の場合に算定
				要支援 2 182 円/月	
		要支援 2 1,818 円	2 割負担	要支援 1 182 円/月	
				要支援 2 364 円/月	
		3 割負担	要支援 1 273 円/月		
			要支援 2 546 円/月		

⑬	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合	要支援1	所定単位数から 1月につき120単位を減算	指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に指定予防通所リハビリテーションを行う場合に算定
		要支援2	所定単位数から 1月につき240単位を減算	

- \* 上記料金は、地域加算が含まれます。
- \* 料金には、介護職員処遇改善加算Ⅰとして、基本サービス費と各種加算項目の単位数の合計に8.6%が、上乗せされるため、端数処理上自己負担の金額が変わります。

(3) その他の費用 単位1 単位4 ※おやつ代は単位1の方のみ

	項 目	料 金	内 容
①	食材費	昼食代 630 円 おやつ代 150 円	昼食・おやつを施設で召し上がった場合。(キャンセルの規定により、お休みや早退時に食材費を徴収する場合があります)
②	日常生活品費	300 円	日用品として、個人的に使用していただくペーパー類、洗面用品、タオル類、おしぼり等、施設で用意するものをご利用いただく場合

(4) キャンセル規程

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合、単位1及び単位4の方のみ下記のキャンセル料が発生します。

①ご利用の当日午前8時までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用日の当日8時までにご連絡がなかった場合	食事代の100%

\*償還払いの場合には、一度1日当たりの介護報酬全額をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供書の後日、当該市区町村の窓口に提出しますと差額の払い戻しを受けることができます。

(5) 支払い方法

毎月10日前後に前月分の請求書を郵送いたします。毎月27日(27日が土・日・祝日になった場合は翌日)に口座引落をさせていただきます。

5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、ご利用者の容態に変化等あった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターに連絡をいたします。

6. 事故発生時の対応について

施設サービス提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに家族や保険者に連絡すると共に、必要な措置を講じます。事故内容については状況等を記録し、再発防止に努めます。事故が故意過失による場合は損害賠償します。故意過失によらない場合や、通所者に重過失がある場合はこの限りではありません。

7. 非常災害対策

- ・災害時の対応 消防計画規定により、生命の安全を最優先に避難します。
- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、防火戸、排煙設備、自動火災報知設備、非常警報設備、誘導灯、粉末消火設備等
- ・防災訓練 年2回以上(内1回は、夜間を想定した訓練を行ないます)
- ・防火管理者 事務長

## 8. サービス利用にあたっての留意事項

- ・送迎時間の連絡 利用開始にあたり概ねの時間をご連絡します。変更の際には事前にご連絡します。
- ・体調確認 当日、ご利用の際に、血圧測定などの健康チェックをします。
- ・体調不良によるサービスの中止・変更 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて、速やかに主治医または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

◇緊急時の連絡先 緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先にご連絡します

- ・飲酒・喫煙 原則不可となっております。
- ・食事のキャンセル 利用日当日、利用者の皆様のご都合による食事のキャンセルの際は、食材費をいただきます。尚、事前のキャンセルの際は食材費をいただきません。
- ・時間の変更 (通所リハビリテーション)  
利用者の皆様のご都合による利用時間の変更があった場合も規定の利用料金をいただきます。継続的に利用時間を変更される場合は、居宅サービス計画の変更が必要となります。事前に当事業所または担当の介護支援専門員にご相談ください。(介護予防通所リハビリテーション)  
原則、介護予防計画書に位置付けられた時間での対応となります。
- ・設備、器具の利用 当事業所の設備、器具の利用の際は、当事業所の従業者の指示に従ってください。
- ・機能訓練の内容 作業療法士、理学療法士が利用者の状態に応じた計画を立て個別訓練と集団訓練を行います。
- ・レクリエーション 季節の行事、小グループでの趣味の活動、誕生会などを行います。
- ・その他 ご不明なことは担当職員にお問い合わせください。

## 9. 要望および苦情等の相談

### (1) 当事業所の相談・苦情の受付窓口

電話 049-258-6060 (受付時間 8:30~17:30)

FAX 049-258-6083 (24時間受付)

\* 要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応致します。

また、備え付けのご意見箱のご利用により、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

(担当職員) 支援相談員

### (2) その他 役場、国保連の介護保険の窓口でもご相談いただけます。

主な窓口

◇三芳町役場 健康増進課 TEL 049-258-0019

◇ふじみ野市役所 高齢福祉課 TEL 049-261-2611

◇富士見市役所 高齢者福祉課 TEL 049-251-2711

◇川越市役所 介護保険課 TEL 049-224-8811

◇埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 TEL 048-824-2537

# その他の利用料希望確認表

(通所リハビリテーション単位1・単位4)

項目	料金	内容	希望確認
日常生活品費	300 円/日	日用品として、個人的に使用していただくペーパー類、洗面用品、タオル類、おしぼり等、施設で用意するものをご利用頂く場合	希望する・希望しない

介護老人保健施設埼玉ロイヤルケアセンター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利用にあたり、利用者に対して、本書面に基づいて以下の項目を説明し、同意を得て交付いたしました。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

事業者 事業者名 埼玉ロイヤルケアセンター  
住 所 埼玉県入間郡三芳町上富2181-5  
代表者名 中村 哲也 印  
説明者 \_\_\_\_\_ 印

- 重要事項説明書  
 その他の利用料希望確認表

介護老人保健施設埼玉ロイヤルケアセンター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利用にあたり、本書面に基づいて上記の項目について説明を受け、同意をし、交付を受けました。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

極 度 額 \_\_\_\_\_ 万円

※ 極度額とは、入所費用やその他諸費用について、申込者が支払いをしなかった場合に連帯保証人が引き受ける上限金額の事です。

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が代理人（身元引受人）として判断・対応します。  
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。)

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

# 通所リハビリテーション契約書

## 介護予防通所リハビリテーション契約書

( 令和5年7月1日現在 )

\_\_\_\_\_  
様(以下、「利用者」といいます)と介護老人保健施設埼玉ロイヤルケアセンター(以下、「事業者」といいます)は、事業者が利用者に対して行う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について、次のとおり契約します。

連帯保証人\_\_\_\_\_は、利用者の契約内容において一切の責任を負います。契約が更新された場合及び本契約第2条第2項の場合も同様とします。なお本契約第7条の料金および重要事項説明書(その他の利用希望確認表)の料金についての連帯保証債務については、署名捺印欄記載の極度額を上限とします。

### (契約の目的)

第1条 事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、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を提供します。

利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払うことを本契約の目的とします。

### (契約の期間)

第2条 本契約の有効期間は、令和6年4月12日から利用者の要介護認定または要支援認定の有効期間満了日までとします。但し、連帯保証人等に変更が合った場合は、新たに契約を行うことで利用継続とします。

2 契約満了日及び介護予防計画の終了の10日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

### (通所リハビリテーション計画)

第3条 事業者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って、「通所リハビリテーション計画」を作成します。事業者は、この「通所リハビリテーション計画」の内容を利用者及びその家族に説明します。

2 事業者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「介護予防計画」に沿って、「介護予防通所リハビリテーション計画」を作成します。事業者は、この「介護予防通所リハビリテーション計画」の内容を利用者及びその家族に説明します。

### (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の内容)

第4条 各サービスの内容については各項によります。

第1項 通所リハビリテーションの提供場所は、埼玉ロイヤルケアセンターです。

所在地、設備の概要及びサービスの内容は【重要事項説明書】に記載の通りです。

2 事業者は、「通所リハビリテーション計画」が作成されている場合には、当該計画に沿ってサービスを提供します。事業者は、通所リハビリテーションの提供にあたり、その内容について利用者に説明します。

3 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合は、事業者に申し出ることができます。その場合、担当の介護支援専門員と協議して、可能な限り利用者の希望に沿うようにします。

第2項 介護予防通所リハビリテーションの提供場所は、埼玉ロイヤルケアセンターです。

所在地、設備の概要及びサービスの内容は【重要事項説明書】に記載の通りです。

2 事業者は、「介護予防通所リハビリテーション計画」が作成されている場合には、当該計画に沿ってサービスを提供します。事業者は、介護予防通所リハビリテーションの提供にあたり、その内容について利用者に説明します。

3 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合は、事業者に申し出ることができます。その場合、担当の地域包括支援センター等と協議をして、可能な限り利用者の希望に沿うようにします。

#### (要介護認定の申請に係る援助)

第5条 事業者は、利用者が要介護認定の更新申請を円滑に行えるよう援助します。

2 事業者は、利用者が希望する場合、要介護認定の申請を利用者に代わって行います。

#### (サービス提供の記録)

第6条 事業者は、サービス提供記録を作成することとし、この契約の終了後2年間保管をします。

2 利用者は、事業者の営業時間内に、当該利用者に関する前項のサービス提供記録を閲覧できます。

#### (施設外持ち出し禁止)

3 利用者は、当該利用者に関する前項のサービス提供記録の写しの交付を有料にて受けることができます。ただし、連帯保証人、その他の者(代理人を含みます)から申し出が合った場合には、利用者の承諾、その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

#### (料金)

第7条 利用者又は連帯保証人は、サービスの対価として【重要事項説明書】に定める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を支払います。

2 事業者は、当月の利用料金について請求書に明細書を付して、翌月10日前後に利用者又は連帯保証人の指定する送付先に請求いたします。

3 利用者又は連帯保証人は、当月の料金の合計額を翌月27日に口座引落の方法で支払います。

4 事業者は、利用者又は連帯保証人から料金の支払いを受けたときは、利用者又は連帯保証人が指定する送付先に対して領収書を送付します。

#### (利用開始前のサービスの中止)

第8条 利用者は、事業者に対して、利用開始予定日の前日午後5時までに通知をすることにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。

2 利用者が利用開始予定日の前日午後5時までに通知することなく、サービスの中止を申出た場合は、事業者は、利用者に対して〔重要事項説明書〕に定める計算方法により、1日分の利用料の全部又は一部を請求することができます。この場合、事業者は、明細を付した請求書を利用者に交付し、利用者は請求書の交付を受けてから14日間以内に支払うものとします。

#### (サービスの中止)

第9条 利用者は、事業者に対して、サービス提供日の当日午前8時までに通知をすることにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。

2 事業者は、利用者の体調不良等の理由により、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の実施が困難と判断した場合、サービスを中止することができます。この場合の取り扱いについては〔重要事項説明書〕に記載したとおりとします。

3 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において、利用者がサービス提供日の当日午前8時までに通知することなく、サービスの中止を申し出た場合は、事業者は、利用者に対して〔重要事項説明〕に定める計算方法により、料金の一部を請求することができます。この場合の料金は、第7条のほかの料金の支払いと合わせて請求します。

#### (契約の終了)

第10条 利用者は、事業者に対して文書で通知することにより、14日間の予告期間において、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病状の変化、急な入院などやむを得ない事情がある場合、予告期間が14日以内の通知でもこの契約を解約することができます。

2 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1ヶ月の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。尚、④⑤については即時利用中止とし、この契約を解約することができます。

- ① 利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合
  - ② 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、当該施設を利用いただくことができない場合
  - ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当該施設での適切な通所リハビリテーションセッション及び介護予防通所リハビリテーションの提供範囲を越えると判断された場合
  - ④ 利用者が、事業者やサービス従業者また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（暴力・セクハラ・窃盗・器物破損等）を行った場合
  - ⑤ 利用者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に影響を及ぼす恐れがあり、又は、利用者が自傷行為を起こすなどこの契約を継続しがたい事情が生じた場合
- 3 次の事由に該当した場合、この契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ② 利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- ③ 利用者が死亡した場合若しくは被保険者資格を喪失した場合

#### (連携)

第11条 事業者は、通所リハビリテーションセッション及び介護予防通所リハビリテーションの提供にあたり、介護予防事業者及び介護支援専門員、保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。

#### (秘密保持)

第12条 事業者とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は身元保証人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙1の通り定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡
  - ② 介護保険サービスの利用のための市区町村、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、その他の介護保険事業者等への情報提供
  - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
  - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の医療機関への連絡等
  - ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否情報を行政に提供する場合等）
  - ⑥ 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究等。尚、この場合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します。

#### (緊急時の対応)

第13条 事業者は、利用者に対し、医師の医学的な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 事業者は、利用者に対し、当該施設における介護保険施設サービスでの対応が困難な状態、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門医療機関を紹介します。

3 前2項のほか、サービス利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、事業者は、利用者及び連帯保証人が指定する者に対し、緊急に連絡をします。

(事故発生時の対応)

第14条 事業者は、介護保健施設サービス提供等により事故が発生した場合、利用者に対し、必要な措置を講じます。

2 医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的医療機関での診療を依頼します。

3 事業者は、速やかに連帯保証人及び家族に連絡をするとともに、保険者又は保険者の指定する行政機関に対して連絡をします。

(賠償責任)

第15条 事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責に帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

2 利用者の責に帰すべき事由によって、事業者が損害を被った場合、利用者及び家族等は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(相談・苦情対応)

第16条 事業者は、利用者からの相談、苦情に対応する窓口を設置し、施設の設備又はサービスに関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。

担当者	支援相談員
電話	049-258-6060 (8:30~17:30)
FAX	049-258-6083 (24時間対応)

公的機関においても苦情の申し出ができます。

三芳町役場健康増進課介護保険係	埼玉県国民健康保険団体連合会
電話：049-258-0019	電話：048-824-2568
	FAX：048-824-2561

(本契約に定めのない事項)

第17条 利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところに従い双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

(利用者代理人)

第18条 利用者は、連帯保証人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

(裁判所管轄)

第19条 この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は、利用者の住所を管轄する裁判所を第1審管轄裁判所とすることを予め合意します。

# 個人情報の利用目的

## (令和元年10月1日現在)

介護老人保健施設埼玉ロイヤルケアセンターでは、利用者の尊厳を守り、安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

### 【利用者への介護サービスの提供に係る利用目的】

#### [介護老人保健施設内部での利用目的]

- ・ 当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・ 介護保険事務
- ・ 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
  - －入退所等の管理
  - －会計・経理
  - －事故等の報告
  - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

#### [他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- ・ 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
  - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - －利用者の診療にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - －検体検査業務の委託その他の業務委託
  - －家族への心身の状態説明
- ・ 介護保険事務のうち
  - －保険事務の委託
  - －審査支払い機関へのレセプトの提出
  - －審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

### 【上記以外の利用目的】

#### [当施設の内部での利用に係る利用目的]

- ・ 当施設の管理運営業務のうち
  - －医療・介護サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料
  - －当施設において行われる学生の実習への協力
  - －当施設において行われる事例研究

#### [他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- ・ 当施設の管理運営業務のうち
  - －外部監査機関への情報提供

# 利用者負担説明書

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険（及び介護予防）の給付にかかる通常1割の自己負担分もしくは2割または3割の自己負担分と保険給付対象外の費用（食費、居住費、利用者の選択に基づく特別な療養室料及び特別な食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、クラブ活動等で使用する材料費、診断書等の文書作成費等）を利用料としてお支払いいただく2種類があります。

なお、介護保険（及び介護予防）の保険給付の対象となっているサービスは、利用を希望されるサービス（入所、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）通所リハビリテーション）毎に異なります。

また、利用者負担は全国統一料金ではありません。介護保険（介護予防）給付の自己負担額は、施設の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数、また、認知症専門の施設（認知症専門棟加算）で異なりますし、利用料も各施設ごとの設定となっております。介護保険には、大きくわけて、入所をして介護保険を利用する施設サービスと在宅にいて種々のサービスを受ける居宅サービス（及び介護予防のサービス）がありますが、それぞれ利用方法が異なります。

施設サービスを希望される場合は、直接施設にお申し込みいただけますが、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）通所リハビリテーションは、原則的に利用に際しては、居宅支援サービス（介護予防サービス）計画（ケアプラン）を作成したあとでなければ、保険給付を受けることができませんので注意が必要です。また、加算対象のサービスも、居宅支援サービス（介護予防サービス）計画に記載がないと保険給付を受けられませんので、利用を希望される場合は、居宅支援サービス（介護予防サービス）計画に記載されているか、いないかをご確認ください。

各サービス計画は、居宅介護支援事業所（介護予防支援事業者〔地域包括支援センター〕）に作成依頼することもできます。詳しくは、介護老人保健施設の担当者にご相談ください。

介護老人保健施設埼玉ロイヤルケアセンター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利用にあたり、本契約を証するため、利用者、事業者は署名又は記名押印のうえ、本契約書を2通作成し、利用者、事業者が各1通ずつ保有します。

契約締結日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

契約者名

事業者	事業者名	埼玉ロイヤルケアセンター	
	住所	埼玉県入間郡三芳町上富2181-5	
	代表者名	中村 哲也	印
	説明者	_____	印

- 通所リハビリテーション契約書・介護予防通所リハビリテーション契約書
- 個人情報の利用目的
- 利用者負担説明書

私は、介護老人保健施設埼玉ロイヤルケアセンター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利用にあたり、本書面に基づいて上記の項目について説明を受け、十分に理解し、了承しました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

極度額 \_\_\_\_\_ 万円

※ 極度額とは、入所費用やその他諸費用について、申込者が支払いをしなかった場合に連帯保証人が引き受ける上限金額の事です。

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が代理人（身元引受人）として判断・対応します。（契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

【本契約書第7条2項の請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏 名	(続柄 )
住 所	
電話番号	

【本契約書第13条3項緊急時及び第14条3項事故発生時の連絡先】

緊急連絡先①

氏 名	(続柄 )
住 所	
電話番号	

緊急連絡先②

氏 名	(続柄 )
住 所	
電話番号	

## 【通所時リスク説明書】

ご利用者： \_\_\_\_\_ 様 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別： \_\_\_\_\_

説明者 \_\_\_\_\_

当施設ではご利用者様が快適に通所リハビリを受けられますように、安全な環境作りに努めておりますが、ご利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状により、下記のことが予想されることを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》（ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。）

- 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折することがあります。また介護保険サービス事業所は、原則的に拘束を行わないことからベッドや車椅子からの転落等による骨折、外傷、頭蓋内損傷等のおそれがあります。
- 高齢者の皮膚は薄くなっており、少しの摩擦で表皮剥離ができやすく、また血管はもろく、軽度の打撲あっても、皮下出血ができやすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性があります。
- 高齢者は、脳や心肺等の疾患により、急に变化されることがあります。また、本人の全身状態が急に变化された場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

上記のことは、ご自宅でも起こりうることでありますので、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、介護老人保健施設 埼玉ロイヤルケアセンター通所リハビリの

担当者： \_\_\_\_\_ より、利用者の通所リハビリ利用時のリスクについて

説明を受け、十分に理解しました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご家族様氏名 \_\_\_\_\_ (印) (続柄 \_\_\_\_\_ )

# 重度療養管理加算に関する同意書

下記に該当する状態にある方（要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者に限る）に対して、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に、重度療養管理加算として、1日につき100単位（介護保険適用時の自己負担分：105円/日）を所定単位数に加算致します。

## 記

1. 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
2. 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
3. 中心静脈注射を実施している状態
4. 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
5. 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつストーマの処理を実施している状態
6. 経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態
7. 褥瘡に関する治療を実施している状態
8. 気管切開が行われている状態

以上

## 加算同意書

私は、上記項目の\_\_\_\_に該当する為、重度療養管理加算に同意致します。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

利用者 氏名\_\_\_\_\_ 印

連帯保証人 氏名\_\_\_\_\_ 印

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が代理人（身元引受人）として判断・対応します。  
（契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。）

住 所\_\_\_\_\_

氏 名\_\_\_\_\_ 印