

# 重要事項説明書

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、  
当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1. 事業者の概要

事業者の名称	一般財団法人 多摩緑成会
主たる事業所の所在地	東京都小平市小川西町2丁目35-1
法人種別	一般財団法人
代表者の氏名	理事長 武久 敬洋
電話番号	(042) 341-3011

## 2. ご利用事業所

事業所の名称	緑成会病院
所在地	東京都小平市小川西町2丁目35-1
介護保険事業所番号	1314314209
管理者の氏名	管理者 中澤 直
電話番号	(042) 341-3011
ファクシミリ番号	(042) 341-3077
営業日	月～土曜日（年末年始は除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時
利用定員	25名

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護の認定を受けられている方に対し通所リハビリテーションを提供することにより、利用者の心身の機能の維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
運営の方針	要介護者の自立を目的として、入浴、排泄、食事等の日常生活上の支援及び機能訓練を重視した運営を行う。

## 4. 利用対象者

介護保険にて要介護・要支援と認定された方

## 5. 通常の事業実施地域

小平市 東大和市 東村山市 国分寺市 東久留米市（下里、滝山まで）  
立川市（柏町、高松町まで）

## 6. 職務及びサービス内容

### ①管理者

管理者は理事長の命を受け職員を指揮監督して業務を統括し、運営管理に万全を期する。

### ②医師

- (1) 利用者の病状把握及び診療業務に関すること。
- (2) 事業所療養全般に関すること。

### ③介護職員

- (1) 利用者の保健衛生に関すること。
- (2) 利用者の日常生活介護に関すること。

### ④理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

機能訓練及び日常動作訓練に関すること。

上記の職員は下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

・勤務時間帯 8:30 ~ 17:00

(夜間窓口 緑成会病院 電話番号042-341-3011)

## 7. 苦情・相談等申出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、  
当施設相談窓口までお気軽にご相談お申出下さい。

○受付窓口 (担当者) 氏名 丸山 靖生 ・ 池田 友記

電話番号 042-341-3011

受付時間 毎週月曜日 ~ 土曜日 8:30 ~ 17:00

また、ご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用ください。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

## 8. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	年 月
		評価機関名称	日
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

○その他の相談窓口

- ・東京都国民健康保険団体連合会

電話番号： 03-6238-0177 平日9時～17時

- ・小平市健康福祉部高齢者支援課 地域支援担当

電話番号： 042-346-9539 平日8時30分～17時

- ・東村山市健康福祉部 介護保険課

電話番号： 042-393-5111 (代) 平日8時30分～17時

- ・東大和市福祉部高齢介護課

電話番号： 042-563-2111 (代) 平日8時30分～17時15分

- ・国分寺市福祉部高齢福祉課 介護保険係

電話番号： 042-321-1301 平日8時30分～17時

- ・立川市福祉保健部介護保険課 介護給付係

電話番号： 042-528-4370 平日8時30分～17時

- ・東久留米市福祉保健部介護福祉課 介護サービス係

電話番号： 042-470-7750 平日8時30分～17時

## 9. 利用料

介護度に応じて定められた支給限度基準額の範囲内で利用できます。

負担割合は負担割合証に準ずる額とします。下記表は1割負担を記載しております。(市から交付される負担割合証をご確認ください)

また、支給限度額を超えると10割負担となります。

食事代は1食につき、600円いただきます。オムツ代は、別料金になります。

<通所リハビリテーション利用料表>

【 通所リハビリテーション費 】	単位数	単価
1時間以上2時間未満利用		
通所リハ I 111	369 単位/日	400 円/日
通所リハ I 112	398 単位/日	431 円/日
通所リハ I 113	429 単位/日	465 円/日
通所リハ I 114	458 単位/日	496 円/日
通所リハビリ I 115	491 単位/日	532 円/日
2時間以上3時間未満利用		
通所リハ I 121	383 単位/日	415 円/日
通所リハ I 122	439 単位/日	476 円/日
通所リハ I 123	498 単位/日	540 円/日
通所リハ I 124	555 単位/日	601 円/日
通所リハビリ I 125	612 単位/日	663 円/日
3時間以上4時間未満利用		
通所リハ I 131	486 単位/日	527 円/日
通所リハ I 132	565 単位/日	612 円/日
通所リハ I 133	643 単位/日	697 円/日
通所リハ I 134	743 単位/日	805 円/日
通所リハ I 135	842 単位/日	912 円/日
4時間以上5時間未満利用		
通所リハ I 141	553 単位/日	599 円/日
通所リハ I 142	642 単位/日	696 円/日
通所リハ I 143	730 単位/日	791 円/日
通所リハ I 144	844 単位/日	914 円/日
通所リハ I 145	957 単位/日	1,037 円/日
5時間以上6時間未満利用		
通所リハ I 151	622 単位/日	674 円/日
通所リハ I 152	738 単位/日	800 円/日
通所リハ I 153	852 単位/日	923 円/日
通所リハ I 154	987 単位/日	1,069 円/日
通所リハ I 155	1,120 単位/日	1,213 円/日
6時間以上7時間未満利用		
通所リハ I 161	715 単位/日	775 円/日
通所リハ I 162	850 単位/日	921 円/日
通所リハ I 163	981 単位/日	1,063 円/日
通所リハ I 164	1,137 単位/日	1,232 円/日
通所リハ I 165	1,290 単位/日	1,397 円/日

※定員超過の場合、上記単位数×70%で算定

※利用時間が体調不良等、やむを得ない理由で受診、早退となった場合、短縮した時間の単位数で算定

【 加算 】	単位数	単価
通所リハ提供体制加算 1(3-4H)	12 単位/日	13 円/日
通所リハ提供体制加算 2(4-5H)	16 単位/日	18 円/日
通所リハ提供体制加算 3(5-6H)	20 単位/日	22 円/日
通所リハ提供体制加算 4(6-7H)	24 単位/日	26 円/日
通所リハ入浴介助加算 I	40 単位/日	44 円/日
通所リハ入浴介助加算 II	60 単位/日	65 円/日
通所リハマネジメント加算 11 (イ ※6 月以内)	560 単位/月	607 円/日
通所リハマネジメント加算 12 (イ ※6 月超)	240 単位/月	260 円/日
通所リハマネジメント加算 21 (ロ ※6 月以内)	593 単位/月	643 円/日
通所リハマネジメント加算 22 (ロ ※6 月超)	273 単位/月	296 円/日
通所リハマネジメント加算 31 (ハ ※6 月以内)	830 単位/月	899 円/日
通所リハマネジメント加算 32 (ハ ※6 月超)	510 単位/月	553 円/日
通所リハマネジメント加算 4 (医師が説明し利用者の同意を得た場合)	270 単位/月	293 円/日
通所リハ短期集中個別リハ加算	110 単位/日	120 円/日
通所リハ栄養アセスメント加算	50 単位/月	55 円/日
通所リハ栄養改善加算	200 単位/月 2 回限度	217 円/日
通所リハ口腔栄養スクリーニング加算 I	20 単位/6 月 1 回限度	22 円/日
通所リハ口腔栄養スクリーニング加算 II	5 単位/6 月 1 回限度	6 円/日
通所リハ口腔機能向上加算 I	150 単位：月 2 回限度	163 円/日
通所リハ口腔機能向上加算 II 1 イ	155 単位：月 2 回限度	168 円/日
通所リハ口腔機能向上加算 II 2 ロ	160 単位：月 2 回限度	174 円/日
通所リハ退院時共同指導加算	600 単位/1 回限度	650 円/日
通所リハ科学的介護推進体制加算	40 単位/月	44 円/日
通所リハ送迎減算	△47 単位/片道	△51 円/日
通所リハ移行支援加算	12 単位/日	13 円/日
通所リハサービス提供体制加算 I	22 単位/日	24 円/日
通所リハ処遇改善加算 III	総単位数に 6.6% 上乘せ	

※ 各単位に全て地域区分上乘せ割合 10.83%が上乘せされます。(小平市 3 級地)

<介護予防通所リハビリテーション利用料表>

【 介護予防通所リハビリテーション費 】	単位数	単価
要支援 1		
予防通所リハビリ 11	2,268 単位/月	2,457 円/月
予防通所リハ 12 月超減算 11	△120 単位/月	△130 円/月
予防通所リハビリ 11・日割	75 単位/日	82 円/日
要支援 2		
予防通所リハビリ 12	4,228 単位/月	4,579 円/月
予防通所リハ 12 月超減算 12	△240 単位/月	△260 円/月
予防通所リハビリ 12・日割	139 単位/日	151 円/日

【 加算 】	単位数	単価
予通リハ一体的サービス提供加算	480 単位/月	520 円/月
予防通所リハ栄養アセスメント加算	50 単位/月	55 円/月
予防通所リハ栄養改善加算	200 単位/月 2 回限度	217 円

予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位/6 月 1 回限度	22 円
予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位/6 月 1 回限度	6 円
予防通所リハ口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位：月 2 回限度	163 円
予防通所リハ口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位：月 2 回限度	174 円
予防通所リハ退院時共同指導加算	600 単位/1 回限度	650 円
予防通所リハ科学的介護推進体制加算	40 単位/月	44 円/月
予防通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 1	88 単位/月	96 円/月
予防通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2	176 単位/月	191 円/月
予防通所リハ処遇改善加算Ⅲ	総単位数に 6.6% 上乘せ	

※ 各単位に全て地域区分上乘せ割合 10.83%が上乘せされます。（小平市 3 級地）

#### 10. 事故発生時の対応

サービス提供中に怪我等があった場合は、すみやかに家族、保険関係者に連絡をとり必要且つ適切な措置を行います。

また、ヒヤリハット、事故報告書等を用い職員間で話し合う機会を作り原因究明、再発防止を検討します。（別紙参照）

#### 11. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他医療機関に連絡をとり対応します。（別紙参照）

#### 12. 虐待防止について

利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者：虐待防止委員会委員長

(2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備します。

(3) 成年後見制度の利用を支援します。

(4) 苦情解決体制を整備します。

(5) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

(6) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

#### 13. 衛生管理について

事業所は、職員等の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。また、事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

(1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

(2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

(3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 4. 災害発生時の対応

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成し、防水管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年 1 回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。また、1 年に 2 回防災訓練を実施する。災害時マニュアルに従い、利用者の安全確保に努めます。

1 5. 業務継続計画

業務継続計画（BCP）の策定等に当たって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続してサービス提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施するものとします。

1 6. 身体抑制等について

事業所は、当該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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 社会福祉士 氏名 関口風吹）から、上記サービス内容と重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

（利用者）

住 所 東京都東村山市廻田町 4-10-9

氏 名 印

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

住 所

氏 名 印

署名代行の理由

（利用者の家族等）

住 所

氏 名 印