

## 介護老人保健施設 友々苑 重要事項説明書

### 【(介護予防) 通所リハビリテーション】

利用者及び身元引受人等に対する通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、  
当事業者が説明すべき事項は次のとおりです。

#### 1. 法人概要

説明 □

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| 事業者名称      | 社会福祉法人 友々苑                  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒601-1123 京都市左京区静市市原町 447-1 |
| 法人種別       | 社会福祉法人                      |
| 代表者氏名      | 理事長 岸野亮淳                    |
| 設立年月日      | 平成 9 (1997) 年 7 月 24 日      |
| 電話番号       | 075-741-5236                |

#### 2. 施設概要

□

|            |   |
|------------|---|
| 施設の名称      | 介護老人保健施設 友々苑【(介護予防) 通所リハビリテーション】                                  |
| 指定番号       | 2650680040  |
| 所在地        | 〒601-1123 京都市左京区静市市原町 447-1                                       |
| 施設種別       | 介護老人保健施設  |
| 管理者氏名      | 施設長 医師 美甘克明   |
| 開設年月日      | 平成 12 年 4 月 1 日   |
| 電話番号       | 075-741-5236  |
| ホームページアドレス | <a href="http://www.yuyuen.or.jp">http://www.yuyuen.or.jp</a>     |
| サービス提供地域   | 京都市左京区（花背・広河原・久多・大原・八瀬及び北大路通より南下を除く） 京都市北区（中川・杉坂・小野・真弓・大森・雲が畑を除く） |
| 建物の構造      | 鉄筋コンクリート造 3 階建て   |
| 延床面積       | 3,801 m <sup>2</sup>  |
| 敷地面積       | 5,134 m <sup>2</sup>  |

#### 3. ご利用施設であわせて実施する事業

□

| 事業の種類              | 都道府県知事の指定         |            | 利用定員      |
|--------------------|-------------------|------------|-----------|
|                    | 指定年月日             | 指定番号       |           |
| 介護老人保健施設<br>友々苑    | 平成 12 年 4 月 1 日   | 2650680040 | 100 名     |
| (介護予防)<br>短期入所療養介護 | 平成 12 年 4 月 1 日   | 2650680040 | 施設入所の空床利用 |
| 居宅介護支援事業所          | 平成 29 年 10 月 13 日 | 2670601265 | 80 名      |

#### 4. 事業の目的と運営方針

通所リハビリテーションは医学的管理の下、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、その他必要なリハビリテーション及び生活介護を行うことにより、ご利用者の心身機能の維持・回復を図ります。ご利用者が居宅での生活を1日でも長く快適に過ごせるよう、又ご家族などの介護負担が軽減できるようサービスを提供致します。

#### 5. ご利用事業所の職員体制

| ご利用事業所従業者の職種         | 員 数              | 勤務体制  |
|----------------------|------------------|---|
| 医師                   | 常 勤 1名<br>非常勤 1名 | 兼務 日勤 9時00分～17時30分                            |
| 理学療法士 作業療法士<br>言語聴覚士 | 常 勤 2名           | 専任・兼務 日勤 9時00分～17時30分<br>兼務 日勤 10時00分～17時00分  |
| 看護師                  | 常 勤 1名           | 兼務 日勤 9時00分～17時00分                            |
| 介護職員                 | 常 勤 7名           | 専任 日勤 8時30分～17時00分                            |
| 管理栄養士                | 常 勤 1名           | 兼務 日勤 9時00分～17時30分                            |
| 支援相談員                | 常 勤 1名           | 兼務 日勤 8時30分～17時00分                            |
| 送迎運転職員               | 常 勤 0.6名         | 兼務 日勤 8時30分～17時00分<br>専任 8時30分～10時 15時30分～17時 |

#### 6. 営業日・営業時間及び利用定員

|          |   |
|----------|---|
| 営業日      | 月曜日から土曜日 祝日／年末年始（30日～3日）除く  |
| 営業受付時間   | 8時30分～17時00分迄<br>ご利用欠席の連絡は、前日の17時迄に願い致します。17時以降に申出があった場合は、食事代・おやつ代をお支払い頂きます。      |
| サービス提供時間 | 9時30分～16時00分（6時間以上7時間未満）<br>9時30分～12時00分（3時間以上4時間未満）<br>13時30分～15時30分（2時間以上3時間未満） |
| 利用定員     | 30名   |

#### 7. 提供するサービス内容

|  |
|--|
| ① 通所リハビリテーション計画の立案                                   |
| ② 食事の提供（昼食 11時45分～12時45分）                            |
| 普通食・療養食に区分します。形態として、普通食・粗きざみ食・きざみ食・ソフト食・ミキサー食に分類します。 |
| ※ご利用者が希望する特別な食事の提供：通常メニュー以外に特別な食事を提供した場              |

は別途料金が発生致します。

- ③ 医学的管理ケア・看護ケア
- ④ 生活介護（食事・入浴・排泄などの支援（関係機関等との情報共有））
- ⑤ 機能訓練 リハビリテーションマネジメント・短期集中個別リハビリテーション・生活行為向上リハビリテーション等を実施致します。
- ⑥ 相談援助サービス
- ⑦ 栄養管理・栄養アセスメント等を希望に応じて実施致します。
- ⑧ 理美容サービス（原則、月2回予約制で実施致します。）
- ⑨ その他（サービスの内容により基本料金に別途「利用料金」としてお支払い頂く場合があります。その都度、ご相談下さい。）

#### 8. 介護保健施設サービスについて □

|          |  |
|----------|--|
| 介護保険証の確認 | お申込時に、ご利用者の介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・後期高齢者医療受給者証を確認致します。   |
| 介護保険サービス | 医療／看護／リハビリ／介護／栄養<br>友々苑でのサービスは、サービス計画書に基づき提供致します。<br>この計画は、ご利用者、ご家族、又は身元引受人の希望を充分に取り入れ、ご利用者に関わる職種（上記5参照）の協議により作成致します。<br>立案した計画の内容については、説明後に同意を得て交付致します。 |

#### 9. 利用料金【加算・単位数】 □

##### （1）介護保険の適用を受けるサービス

| i 介護予防通所リハビリテーション負担金及びご利用料 |                                  |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 要支援別                       | 要支援 1                            | 要支援 2                            |
| 月額単位数                      | 2,268 単位                         | 4,228 単位                         |
| 一割負担額（月額）                  | <input type="checkbox"/> 2,393 円 | <input type="checkbox"/> 4,461 円 |

介護予防通所リハビリ計画に基づき下記項目については別途料金が発生致します。 □

| 項目                                  | 単位数                | 金額   | 基準             |
|-------------------------------------|--------------------|--|----------------|
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算                 | 562 単位             | <input type="checkbox"/> 593 円                                   | 1月             |
| 若年性認知症利用者受入加算                       | 240 単位             | <input type="checkbox"/> 254 円                                   |                |
| 利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合 | 減算なし<br>-20<br>-40 | <input type="checkbox"/> -22 円<br><input type="checkbox"/> -43 円 | 要支援 1<br>要支援 2 |
| 退院時共同指導加算                           | 600 単位             | <input type="checkbox"/> 633 円                                   | 1回             |
| 栄養アセスメント加算                          | 50 単位              | <input type="checkbox"/> 53 円                                    | 1月             |

|                      |                    |                                |                   |
|----------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------|
| 栄養改善加算               | 200 単位             | <input type="checkbox"/> 211 円 | 1 月 2 回 (低栄養の方のみ) |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(I)    | 20 単位              | <input type="checkbox"/> 22 円  | 6 月 1 回限度         |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(II)   | 5 単位               | <input type="checkbox"/> 6 円   |                   |
| 口腔機能向上加算 I           | 150 単位             | <input type="checkbox"/> 159 円 | 月 2 回を限度          |
| 口腔機能向上加算 II          | 160 単位             | <input type="checkbox"/> 169 円 |                   |
| 一体的サービス提供加算          | 480 単位             | <input type="checkbox"/> 507 円 | 1 月               |
| 科学的介護推進体制加算          | 40 単位              | <input type="checkbox"/> 43 円  | 1 月               |
| サービス提供体制強化加算 I 要支援 1 | 88 単位              | <input type="checkbox"/> 93 円  | 1 月               |
| サービス提供体制強化加算 I 要支援 2 | 176 単位             | <input type="checkbox"/> 186 円 | 1 月               |
| 介護職員処遇改善加算(III)      | 所定単位数に 6.6%を乗じた単位数 |                                | 1 月               |

※月額制となりますが、要介護度が月の途中で変更になった場合等は日割り計算を行います。

介護保険負担割合が 2 割もしくは 3 割負担の方は、上記 1 割負担額 × 2 もしくは × 3 となります。

| ii 通所リハビリテーション負担金及びご利用料 |                                |                                |                                  |                                  |                                  |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 要介護度別                   | 要介護 1                          | 要介護 2                          | 要介護 3                            | 要介護 4                            | 要介護 5                            |
| 2~3 時間単位数               | 383 単位                         | 439 単位                         | 498 単位                           | 555 単位                           | 612 単位                           |
| 一割負担額 (日額)              | <input type="checkbox"/> 404 円 | <input type="checkbox"/> 464 円 | <input type="checkbox"/> 526 円   | <input type="checkbox"/> 586 円   | <input type="checkbox"/> 646 円   |
| 3~4 時間単位数               | 486 単位                         | 565 単位                         | 643 単位                           | 743 単位                           | 842 単位                           |
| 一割負担額 (日額)              | <input type="checkbox"/> 513 円 | <input type="checkbox"/> 596 円 | <input type="checkbox"/> 679 円   | <input type="checkbox"/> 784 円   | <input type="checkbox"/> 889 円   |
| 6~7 時間単位数               | 715 単位                         | 850 単位                         | 981 単位                           | 1,137 単位                         | 1,290 単位                         |
| 一割負担額 (日額)              | <input type="checkbox"/> 755 円 | <input type="checkbox"/> 897 円 | <input type="checkbox"/> 1,035 円 | <input type="checkbox"/> 1,200 円 | <input type="checkbox"/> 1,361 円 |

サービス提供時間に満たないご利用の場合(途中帰宅等)は、料金(単位数)が変更となるため、ご相談下さい。

通所リハビリテーション計画に基づき下記項目に該当する場合は別途料金が発生致します。

| 項 目                 | 単位数    | 金 額                            | 基 準             |
|---------------------|--------|--------------------------------|-----------------|
| リハビリテーション提供体制加算     | 12 単位  | <input type="checkbox"/> 13 円  | 3 時間以上 4 時間未満/回 |
|                     | 16 単位  | <input type="checkbox"/> 17 円  | 4 時間以上 5 時間未満/回 |
|                     | 20 単位  | <input type="checkbox"/> 22 円  | 5 時間以上 6 時間未満/回 |
|                     | 24 単位  | <input type="checkbox"/> 26 円  | 6 時間以上 7 時間未満/回 |
|                     | 28 単位  | <input type="checkbox"/> 30 円  | 7 時間以上の場合/回     |
| 入浴介助加算 I            | 40 単位  | <input type="checkbox"/> 43 円  | 1 回             |
| 入浴介助加算 II           | 60 単位  | <input type="checkbox"/> 64 円  | 1 回             |
| リハビリテーションマネジメント加算 イ | 560 単位 | <input type="checkbox"/> 591 円 | 開始日から 6 月以内／月   |
|                     | 240 単位 | <input type="checkbox"/> 254 円 | 開始日から 6 月超え／内   |
| リハビリテーションマネジメント加算 ロ | 593 単位 | <input type="checkbox"/> 626 円 | 開始日から 6 月以内／月   |
|                     | 273 単位 | <input type="checkbox"/> 288 円 | 開始日から 6 月超え／月   |

|                                  |                     |                                  |                    |
|----------------------------------|---------------------|----------------------------------|--------------------|
| リハビリテーションマネジメント加算 ハ              | 793 単位              | <input type="checkbox"/> 837 円   | 開始日から 6 月以内／月      |
|                                  | 473 単位              | <input type="checkbox"/> 499 円   | 開始日から 6 月超え／月      |
| 事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合 | 270 単位              | <input type="checkbox"/> 285 円   | 1 月                |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算              | 110 単位              | <input type="checkbox"/> 116 円   | 退院日等から 3 月以内／日     |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I           | 240 単位              | <input type="checkbox"/> 254 円   | 開始日から 3 月以内／日      |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 II          | 1,920 単位            | <input type="checkbox"/> 2,026 円 | 開始日の属する月から 3 月以内／月 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算              | 1,250 単位            | <input type="checkbox"/> 1,319 円 | 開始月から 3 月超 6 月以内／月 |
| 若年性認知症利用者受入れ加算                   | 60 単位               | <input type="checkbox"/> 64 円    | 1 日                |
| 栄養アセスメント加算                       | 50 単位               | <input type="checkbox"/> 53 円    |                    |
| 栄養改善加算                           | 200 単位              | <input type="checkbox"/> 211 円   | 1 月 2 回（低栄養の方のみ）   |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 I                 | 20 単位               | <input type="checkbox"/> 22 円    | 6 月に 1 回限度         |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 II                | 5 単位                | <input type="checkbox"/> 6 円     | 6 月に 1 回限度         |
| 口腔機能向上加算 I                       | 150 単位              | <input type="checkbox"/> 159 円   | 月 2 回を限度           |
| 口腔機能向上加算（II）イ                    | 155 単位              | <input type="checkbox"/> 164 円   | 月 2 回を限度           |
| 口腔機能向上加算 II                      | 160 単位              | <input type="checkbox"/> 169 円   | 月 2 回を限度           |
| 重度療養管理加算                         | 100 単位              | <input type="checkbox"/> 106 円   | 1 日                |
| 中重度者ケア体制加算                       | 20 単位               | <input type="checkbox"/> 22 円    | 1 日                |
| 科学的介護推進加算                        | 40 単位               | <input type="checkbox"/> 43 円    | 1 月                |
| 事業所が送迎を行わない場合                    | -47 単位              | <input type="checkbox"/> -50 円   | 片道                 |
| 退院時共同指導加算                        | 600 単位              | <input type="checkbox"/> 633 円   | 1 回                |
| 移行支援加算                           | 12 単位               | <input type="checkbox"/> 13 円    | 1 日                |
| サービス提供体制強化（I）                    | 22 単位               | <input type="checkbox"/> 24 円    | 1 日                |
| 介護職員等待遇改善加算（III）                 | 所定単位数に 6.6% を乗じた単位数 |                                  |                    |

介護保険負担割合が 2 割もしくは 3 割負担の方は、上記 1 割負担額×2 もしくは×3 となります。

## （2）介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担分）

| 項目         | 金額                             | 基準     |
|------------|--------------------------------|--------|
| 食材料費       | <input type="checkbox"/> 750 円 | 1 日    |
| 希望によるおやつ代  | <input type="checkbox"/> 150 円 | 1 日 課税 |
| 特別なドリンク代   | <input type="checkbox"/> 80 円  | 1 杯    |
| 日用生活品費     | <input type="checkbox"/> 120 円 | 1 日    |
| 教養娯楽費      | <input type="checkbox"/> 50 円  | 1 日    |
| 足湯         | <input type="checkbox"/> 160 円 | 1 回    |
| 足湯（炭酸）     | <input type="checkbox"/> 220 円 | 1 回    |
| オムツ代：尿パット  | <input type="checkbox"/> 45 円  | 1 枚 課税 |
| オムツ代：はくパンツ | <input type="checkbox"/> 250 円 | 1 枚 課税 |

|                 |                               |               |
|-----------------|-------------------------------|---------------|
| 理美容代            | <input type="checkbox"/> 実費   | 月2回 理美容日があります |
| 健康管理費（予防接種等）    | <input type="checkbox"/> 実費   | その都度 ご案内      |
| 希望による物品費（作品素材等） | <input type="checkbox"/> 実費   | その都度 ご案内      |
| その他（証明書・文書料等）   | <input type="checkbox"/> 実費   | その都度 ご案内      |
| 口座振替手数料（中信）     | <input type="checkbox"/> 110円 | 1月            |
| 口座振替手数料（他行）     | <input type="checkbox"/> 165円 | 1月            |

### （3）お支払い方法

- 利用料の請求は月末で確定し、通常翌月15日に請求書を発行し、専用アプリにて送信いたします。スマートフォン・タブレットにアプリのダウンロードをお願い致します。
  - お支払い方法は、銀行振込・口座振替の2方法がございます。
  - お支払いは、利用翌月の末日までにお願い致します。
- ※手数料は、ご利用者様負担でお願い致します。

注意事項：正当な理由なく利用料を2ヶ月間以上滞納された場合は、翌月以降のサービス提供について、一時中止となります。

### 10. 協力医療機関

|               |   |                   |
|---------------|---|-------------------|
| 医療機関名称<br>所在地 | 独立行政法人 地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター<br>京都市北区小山下総町27番地 | 電話番号 075-441-6101 |
| 医療機関名称<br>所在地 | 社会福祉法人京都社会事業財団 西陣病院<br>京都市上京区今出川七本松上る           | 電話番号 075-461-8800 |
| 医療機関名称<br>所在地 | 医療法人寿尚会 洛陽病院<br>京都市左京区岩倉上蔵町143                  | 電話番号 075-781-7151 |

### 11. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

|              |   |
|--------------|---|
| 食 事          | ご利用中の食事は、施設の提供する食事をお召し上り頂きます。食費は、保険給付以外の利用料と位置付けられていますが、同時に事業所はご利用者の心身の状態に影響を与える栄養面及び衛生面での管理をサービス内容に含めています。 |
| 設備・備品の利用     | 施設内の設備、備品を無断で持ち出したり、位置・形状を変える事は禁止しています。故意による破損等が生じた場合は賠償して頂くことがあります。  |
| 喫煙・飲酒        | 事業所内での飲酒・喫煙は、禁止しています。ご利用者の火気（ライター等）はお預かりさせて頂きます。  |
| 所持品・備品等の持ち込み | 通所サービスに必要と認められる物以外の持ち込みは、ご遠慮下さい。  |
| 金銭・貴重品の管理    | 高価・高額な金品の持ち込みは、ご遠慮下さい。<br>持参された場合は、自己責任でお願い致します。  |

|                   |  |
|-------------------|--|
| 宗教活動・政治活動・賭博・営利活動 | これらの行為は、禁止しています。                           |
| ペットの持ち込み          | 事業所内へのペットの持ち込みは、お断り致します。                   |
| 緊急時の連絡先           | 緊急の場合にはご記入頂いた連絡先に連絡致します。<br>変更があれば申し出て下さい。 |
| その他               | 職員に対しての金品の差し入れ等は、固くご辞退致します。                |

## 12. 非常災害時の対策



| 災害時の対応 | 「介護老人保健施設友々苑消防計画」に則り対応を致します。<br>「友々苑災害時ガイドライン」に則り対応を致します |       |           |
|--------|--|-------|-----------|
| 平常時の訓練 | 「介護老人保健施設友々苑消防計画」に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施致します。           |       |           |
| 防災設備   | 設備名称   | 設置の有無 | 設備名称      |
|        | スプリンクラー  | 有     | 防火扉・シャッター |
|        | 避難階段   | 有     | 屋内消火栓     |
|        | 自動火災報知機  | 有     | 非常通報装置    |
|        | 誘導灯  | 有     | 漏電火災報知機   |
|        | ガス漏れ報知機  | 有     | 非常用電源     |
| 消防計画等  | 左京消防署への届出日 令和元年10月3日<br>防火管理者 平岡隼一                       |       |           |

## 13. 事故発生時の対応



|   |
|---|
| サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者・市町村等の各関係機関に連絡を行うとともに、適切及び必要な措置を講じます。又、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかにご利用者の損害を賠償いたします。 |
| 但し、事業者に故意的な過失が認められない場合は、この限りではありません。  |
| 発生した事故の内容にご利用者の過失が認められる場合には、損害賠償の過失割合を減じる事が出来ます。  |

## 14. 苦情申立窓口



|             |   |
|-------------|---|
| 当事業所の相談苦情窓口 | 電話番号 075-741-5236<br>ファックス番号 075-741-3739<br>責任者：中澤陽子 担当窓口：浮橋祐子 |
|-------------|---|

|                              |  |
|------------------------------|--|
|                              | 対応時間：8時30分から17時まで<br>また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用下さい。責任をもって調査・改善させて頂きます。 |
| 京都市左京区役所保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課 | 電話番号 075-702-1071 ファックス番号 075-702-13135・6                            |
| 京都市北区役所保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課  | 電話番号 075-432-1366 ファックス番号 075-432-1590                               |
| ※ その他、各所轄の区役所でご相談いただけます。     |  |
| 京都府国民健康保険団体連合会               | 電話番号 075-354-9090 ファックス番号 075-354-9055                               |
| 京都府福祉サービス運営適正化委員会            | 電話番号 075-252-2152 ファックス番号 075-212-2450                               |

## 15. 損害賠償保険への加入

□

| 会社名                | 保険の内容   |
|--------------------|---|
| 株式会社 全老健共済会        | 賠償事故補償制度・利用者障害見舞制度・見舞客・ボランティア障害見舞金制度・業務災害補償制度・感染症補償制度 |
| あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 | 車両保険・対人賠償保険・対物賠償保険・障害保険                               |

## 16. 個人情報の取扱いについて

□

友々苑とその職員は、当法人の個人情報保護法に基づき、業務上知り得た利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報を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いたします。

- (ア) サービス提供困難時の事業者間の連絡・紹介等
- (イ) 居宅介護支援事業所等との連携
- (ウ) 利用者が偽りその他不正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
- (エ) 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- (オ) 生命・身体保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いと致します。

- サービスの内容について、本書面を交付し、重要事項を説明致しました。

令和 年 月 日

【事業所】 社会福祉法人 友々苑  
友々苑（介護予防）通所リハビリテーション

説明者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

- (介護予防) 通所リハビリテーションサービスの開始にあたり、契約書及び重要事項説明書を受領のうえ、事業者から説明を受けその内容に同意致しました。  
また、本書 16 に規定する個人情報の取扱いについては、サービス担当者会議等において私及び家族の情報を用いる事に同意致します。

令和 年 月 日  
【利用者】 住所 〒

\_\_\_\_\_ 氏名 (印)

【利用者の身元引受人】 住所 〒

\_\_\_\_\_ 氏名 (印)