介護老人保健施設　橘苑　重要事項説明書(通所リハビリテーション)

令和８年６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　育陽会　介護老人保健施設　橘苑
開設年月日	平成 23 年 4 月 1 日
所　在　地	東京都練馬区北町 3 丁目 7 番 22 号
電話番号	03-5921-3722
ファックス番号	03-3935-0555
管理者名	三橋　將人
事業所番号	1352080038

（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支援などの介護保険施設サービスを提供することにより、入所者が能力に応じた日常生活を営むことができるように援助し、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、又、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などのサービスを提供し、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おります。
ご理解と同意をいただいた上で、ご利用下さいますようお願い致します。

介護老人保健施設　橘苑　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. 利用者の残存機能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に努めます。

（3）施設職員の基準人員定数（通所部門）

職　　種	定　数	業　務　内　容
医　　師	1	医学管理
看護・介護職員	1.8	通所者のケア
理学療法士・作業療法士 言語聴覚士	0.2	各種機能訓練

（4）入所定員等　　定　員　**53　名**
療養室　　2 人室×2、3 人室×3、 4 人室×10　計 15 部屋

（5）通所定員　　1 日定員　**20　名**

２．通所リハビリテーションサービス内容

（1）リハビリテーション計画の立案
（2）食　事
昼食　11 時 45 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お願いします。
但し、利用者の心身状態に応じて、清拭となる場合があります。
（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)
（7）相談援助
（8）その他
＊これらのサービスの中には、基本料金とは別に利用料金をいただくものもございますので、具体的な内容や詳細についてはご相談下さい。

３．基本利用料（保険給付／1 日あたり）

費　　目			1 割	2 割	3 割
通常規模リハビリテーション費	1 時間以上 2 時間未満	要介護 1	410 円	820 円	1,229 円
		要介護 2	442 円	884 円	1,326 円
		要介護 3	477 円	953 円	1,429 円
		要介護 4	509 円	1,017 円	1,526 円
		要介護 5	546 円	1,091 円	1,636 円
	2 時間以上 3 時間未満	要介護 1	426 円	851 円	1,276 円
		要介護 2	488 円	975 円	1,462 円
		要介護 3	553 円	1,106 円	1,659 円
		要介護 4	617 円	1,233 円	1,849 円
		要介護 5	680 円	1,359 円	2,038 円
	3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	540 円	1,079 円	1,619 円
		要介護 2	628 円	1,255 円	1,882 円
		要介護 3	714 円	1,428 円	2,142 円
		要介護 4	825 円	1,650 円	2,475 円
		要介護 5	935 円	1,870 円	2,804 円
	4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	614 円	1,228 円	1,842 円
		要介護 2	713 円	1,426 円	2,138 円
		要介護 3	811 円	1,621 円	2,431 円
		要介護 4	937 円	1,874 円	2,811 円
		要介護 5	1,063 円	2,125 円	3,187 円
	5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	691 円	1,381 円	2,072 円
		要介護 2	820 円	1,639 円	2,458 円
		要介護 3	946 円	1,892 円	2,838 円
		要介護 4	1,096 円	2,192 円	3,287 円
		要介護 5	1,244 円	2,487 円	3,730 円
	6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	794 円	1,588 円	2,381 円
		要介護 2	944 円	1,887 円	2,831 円
		要介護 3	1,089 円	2,178 円	3,267 円
		要介護 4	1,263 円	2,525 円	3,787 円
		要介護 5	1,432 円	2,864 円	4,296 円

加算利用料（保険給付）

加算の種類	要件	利用者負担額			
		1 割	2 割	3 割	
科学的介護推進体制加算	入所者の心身状況等に係る基本的な情報や疾病の状況や服薬情報を厚生労働省に提出している。	45	89	134	円 / 回
入浴介助加算(Ⅰ)	入浴介助が適切に行える人員、および設備を有して入浴介助を行っている。	45	89	134	円 / 回
入浴介助加算(Ⅱ)	医師等が利用者の居宅を訪問し動作及び浴室の環境を評価している、居宅の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成している場合に算定する。	67	134	200	円 / 回
リハビリテーションマネジメント加算イ	多職種が共同して継続的にリハビリの質の管理、実施。 同意日から 6 か月以内	622	1,244	1,865	円 / 月
	多職種が共同して継続的にリハビリの質の管理、実施。 同意日から 6 か月超	267	533	800	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為向上リハビリテーション実施計画書を作成し、それに基づくリハビリを実施している場合に加算する。利用開始日から 6 か月以内	1,388	2,775	4,163	円 / 月
栄養アセスメント加算	管理栄養士、その他職種の者が共同して栄養アセスメントを実施しその結果を家族に説明し、相談等を必要に応じて対応している。厚生労働省に栄養状態等を提出している。	56	111	167	円 / 月

加算の種類	要件	利用者負担額			
		１割	２割	３割	
栄養改善加算	栄養改善サービスの提供にあたって、必要に応じ居宅を訪問している。	222	444	666	円/回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	利用開始時及び６か月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態を確認し担当の介護支援専門員に情報を提供している。	6	12	17	円/回
若年性認知症利用者受入加算	脳血管疾患、アルツハイマー病、その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態。（40 才以上～65 才未満であること）	67	134	200	円/日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員や常勤職員等を一定割以上配置された場合加算する。	25	49	74	円/回
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員や常勤職員等を一定割以上配置された場合加算する。	20	40	60	円/回
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	介護職員や常勤職員等を一定割以上配置された場合加算する。	7	14	20	円/回
短期集中個別リハビリテーション実施加算	身体機能回復の為集中的なリハビリテーションを個別に行う。退院日、又は認定日から起算し３カ月以内の場合に算定する。	123	245	367	円/回

加算の種類	要件	利用者負担額			
		１割	２割	３割	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ）	厚生労働大臣が定める基準に適合しており、介護職員等の賃金の改善を実施している場合に加算する。	所定単位数に10.3％を乗じた単位数			円／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）		所定単位数に11.1％を乗じた単位数			円／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅱイ）		所定単位数に10.0％を乗じた単位数			円／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ）		所定単位数に10.8％を乗じた単位数			円／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）		所定単位数に8.3％を乗じた単位数			円／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）		所定単位数に7.0％を乗じた単位数			円／月
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+3/100					

その他のサービス利用料

費　　目	金　　額	内　容　の　説　明
食　　費	650 円	昼食代。（おやつ含む）
日 用 品 費	220 円（入浴有）	利用者が個人として使用するタオル、入浴セット、おしぼり等必要な物を算定します
	110 円（入浴無）	
教養娯楽費	150　円	活動内容によりご請求致します。
リハビリパンツ(M)	140　円	使用枚数によりご請求させていただきます。
リハビリパンツ(L)	150　円	使用枚数によりご請求させていただきます。
尿 取 り パ ッ ド	50　円	使用枚数によりご請求させていただきます。

※実際の清算時、上記料金は端数処理により、若干、金額の違いが生じる事があります。

(1)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頂きます。請求書が到着後、月末までに現金にてお支払い下さい。支払方法は、双方合意による方法とします。また、お支払いの際には領収書を発行致します。

４．協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力を頂いております。

また、原則として、保証人等の付き添いによる受診となります。

＜ 協 力 医 療 機 関 ＞　名　　称　練馬さくら病院

住　　所　東京都練馬区北町 3-7-19

電 話 番 号　03-3931-1101

ＦＡＸ 番 号　03-3931-1135

５．苦情申請申し立てとその処理について

利用者及び保証人から、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、相談室・支援相談員がその窓口として受付を行い、ニーズに沿うよう改善に努めます。施設に対しての苦情・ご要望は大小に関わらず、真摯に対応致します。
また、介護老人保健施設　橘苑１階に『意見箱』を設置し、書面によるご要望・苦情等をお受けしています。書式は問いませんので、備え付けの用紙又は、お手持ちの用紙に記載の上、意見箱に投函して下さい。
意見箱は定期的に確認し、管理させていただきます。

橘　苑

担当窓口　　相談室　　星野　雅子

管 理 者　　事務長　　塩澤　元成

≪当苑以外の公的機関の苦情・相談窓口≫

①光が丘高齢者相談センター（地域包括センター）
〒179-0072　練馬区光が丘 2-9-6　　TEL　03-5997-7716
②練馬区役所　福祉部介護保険課
〒176-0012　練馬区豊玉北 6-12-1　　TEL　03-3933-1111（代表）
③練馬区保健福祉サービス苦情調整委員事務局
〒176-0012　練馬区豊玉北 6-12-1　　TEL　03-3993-1344
④東京都国民健康保険団体連合会　介護相談指導課
〒102-0072　千代田区飯田橋 3-5-1　　TEL　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、利用者の安全確保、救急処置を行い、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並びに施設長に近状報告をし、更に区市町村及び利用者家族への連絡と説明を行います。

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、誘導灯
◎防災訓練…消火・通報訓練　年２回
避難訓練　年２回（うち１回は夜間想定訓練）

８．禁止事項

当施設では、多くの方に安心してサービス利用をして頂くために、
利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」などは禁止致します。

9．施設利用にあたっての留意事項

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ください。 これに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	全館禁煙とします。
飲酒	禁止とします
迷惑行為	騒音等、他の者への迷惑行為はご遠慮ください
所持品の管理	私物にはすべ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。 売店等もありませんので、電話代程度、自己管理にてお願い致します。
宗教・政治活動	施設内での活動は禁止します
お支払い方法	受付窓口に現金にてお支払いください
病院受診等	服薬変更や、体調変化など、ご報告下さい。
飲食の持ち込み	原則、禁止とします。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、持ち込みはご遠慮ください。 また、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、緊急時の連絡先をお伝えください　※別紙
休業日	日曜、及び年末年始（12 月 31 日～ 1 月 3 日）
連絡帳	ご家族と施設の情報を交換するノートです。 必ずご覧頂き、来苑日にはコメントをお願いします。
キャンセル	キャンセルのご連絡は月～土通所営業時間内にてお願いいたします。

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利用者に対し適切な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又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又はその従業者から、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。

１１．処方薬について

状態変化などで医療機関等へ受診し、処方薬が変更になった場合には、
お薬手帳などの薬剤情報提供書（主治医による処方内容の分かるもの）のコピーを持参していただき、その旨を職員にお知らせ下さい。
また、お持ちになるお薬は、分包にてご持参ください。

介護老人保健施設橘苑　と利用者及び保証人、連帯保証人は、利用者が当施設を利用するに当り、介護老人保健施設　橘苑　通所リハビリテーション重要事項説明書（別紙１）を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で、同意致しました。

これを証明するため、本書２通を作成し、当施設と利用者及び保証人が記名押印の上、当施設及び利用者は各々1 部ずつ保有するものとします。

令和　　年　　月　　日

＜利用者＞

住　　所　：

氏　　名　：　　印

＜連帯保証人＞

住　　所　：

氏　　名　：　　印

＜連帯保証人＞

住　　所　：

氏　　名　：　　印

＜担当説明者＞

氏　　名　：　　印

＜ 当　施　設 ＞

東京都練馬区北町 3 丁目 7 番 22 号

医療法人社団　育陽会　介護老人保健施設　橘苑

理　事　長　　中田　賢一郎　　印