

医療法人社団善仁会

南池袋介護老人保健施設アバンセ

## 重要事項説明書

【 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） 】



# 南池袋介護老人保健施設アバンセ

## 重要事項説明書

( 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 )

【 令和 7 年 4 月 1 日改定 】

### 1. 南池袋介護老人保健施設アバンセの概要

#### (1) 施設の名称等

事業者名	医療法人社団善仁会
事業所名	南池袋介護老人保健施設アバンセ
開設年月日	平成 29 年 9 月 1 日
所在地	東京都豊島区南池袋 4-6-1
電話番号	03 (5955) 7370
ファックス	03 (5955) 7371
指定事業所番号	1351680010

#### (2) 介護老人保健施設の目的

介護老人保健施設とは、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら生活の維持向上を目指し、総合的に援助する施設です。また、1 日でも早く在宅に帰ることができ、居宅での生活が継続出来るよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーション等のサービス提供をし、在宅生活支援を目的とした施設です。

利用者の意志を尊重し、望ましい在宅、または施設生活を過ごせるよう支援計画、必要な医療、看護や介護、リハビリテーションを提供します。

#### (3) 当施設の運営方針

医療法人社団善仁会の信条は、

- ・信頼「高齢者への尊厳」
- ・安全「安全・安心・快適な生活の確保」
- ・貢献「地域に根ざした施設」

であり、皆さまに安心して利用していただけるよう努めています。

利用者一人一人が、身体的機能、精神的機能に合わせて、その人らしく快適にらせるよう潜在能力を引き出し、生活が再編できる喜びと、誇りから生きがいを実感し、安定した生活が実現できるよう支援します。

また、人と人との出会いと営みが重要であり、「一個人としての尊厳」を重視し、その人らしい生活が継続できるよう、利用者の希望や身体的・精神的状態を評価したケアプランに沿ったサービスの実践を目標としています。

**(4) 職員体制**

	資 格	定 員
施設長(管理者)	医師	1 名
リハビリテーション 職 員	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	2 名以上
看護職員	看護師 准看護師	6 名以上
介護職員	介護福祉士 介護職員初任者研修以上	

※その他、管理栄養士、支援相談員、事務員等を配置しております。

**(5) 当施設の設備概要**

デイルーム／機能訓練室／相談室／浴室（一般浴室及び特殊機械浴室）／送迎車 6 台

**(6) その他の提供できるサービス**

- ・施設入所サービス
- ・短期入所療養介護（介護予防）
- ・訪問リハビリテーション

**2. サービスの内容****(1) 利用時間**

【 月曜日 ～ 土曜日 9：30 ～ 16：10 】

**(2) 介 護**

排泄介助、おむつ交換、施設内の移動の付き添い、着替え介助（入浴時）等、ご希望や状態に応じて適切な介護サービスを提供いたします。なお、同性介護は必ずしも行えるものではありませんが、十分配慮いたします。

**(3) 衛生管理**

当施設では感染症・食中毒の予防、蔓延防止のための指針を定め、必要な措置をとるための体制を整備しています（感染予防対策委員会を月 1 回開催）。

**(4) 健康管理**

当施設では施設長（医師）管理のもと、毎来所時に、血圧、脈拍、体温を測定し、健康状態を確認しています。また、利用者の健康相談サービス等を実施しています。

**(5) 機能訓練**

当施設ではリハビリテーション職員による個別のリハビリテーション、短期集中リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーション等を実施しています。各階の機能訓練室など本人の状態に適した場所にて機能回復訓練を行います。

**(6) 食 事**

- ・昼 食      12:00 ～ 13:00
- ・おやつ     15:00 ～ 15:20

**(7) 入 浴**

入浴サービスをご利用頂けます。特殊機械浴室もありますので、車椅子の方でも安心してご利用いただけます。

**(8) レクリエーション**

当施設では毎月行事を開催いたします。内容によっては別途参加費がかかるものがあります。詳しくは職員にお問い合わせ下さい。

**(9) 栄養管理**

当施設では管理栄養士による個別の栄養ケア・マネジメントを実施しております。

**(10) その他、特記事項等**

### 3. 利用方法

**(1) お申込み**

まずは電話等でお申込み下さい。利用日等決定後、契約を締結いたします。居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）とご相談下さい。

**(2) サービス利用契約の終了**

**① 利用者が契約を解約する場合**

文書でのお申し出によりいつでも解約できます。事前に担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）とご相談下さい。

**② 事業者が契約を解約する場合**

以下の場合は、今後のサービス利用契約を終了します。

- A. 利用者や家族が契約締結時に、その心身の状況及び病歴等の申告事項に関して故意に告げず、虚偽の告知を行った場合
- B. 利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合
- C. 利用者や家族が、以下のような行為を行った場合

- I. 他の利用者や職員に対して身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）、精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つける行為）を働いた場合
- II. 他の利用者や職員に対してセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為をした場合
- III. 家族の協力が得られない場合
- IV. 施設の看護・介護方針と合わず、施設との信頼関係が築けない場合  
（例：当施設の医療ケアと生活サービスに関して、利用者や家族との考え方が著しく異なり、医師（施設長）及び職員との信頼関係が全く築けない場合など）
- D. やむを得ない事情により当施設を閉鎖もしくは縮小する場合（契約終了30日前までに文書で通知致します）。この場合、その後の予約は無効となります。

### ③ 自動終了の場合

以下の場合には双方の通知がなくても、自動的に利用契約を終了します。

- A. 利用者が他の介護保険施設等に入所した場合
- B. 利用者がお亡くなりになった場合
- C. 利用者が要介護認定の更新で非該当（自立）と認定された場合

## 4. 支払方法

当月の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）の請求書を、翌月15日までに発行いたしますので、末日迄にお支払い下さい。請求書は、連絡帳袋にお入れするか、郵送いたします。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。お支払方法は下記の通りとなりますので、契約時にお選び下さい。

### （1）窓口でのお支払い

窓口にて現金でのお支払いとなります。

・受付時間 【 毎日 午前9：00 ～ 午後5：00 】

※上記時間外にお支払いを希望される方は、事前にご相談下さい。

### （2）指定口座へのお振込み

三菱UFJ銀行、もしくは城北信用金庫へのお振込みとなります。振込手数料は、お客様のご負担とさせていただきます。

### （3）口座引き落とし

三菱UFJファクター(料金振替代行システム)の口座振替依頼書をお渡し致します。口座振替日は、毎月27日となります。

## 5. 通所リハビリテーション時のリスクについて

当サービスでは、利用者が快適な生活を送れるよう、安全なサービス提供に努めていますが、利用者の心身の状況や病気による様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分

にご理解ください。

- ① 歩行時の転倒、車椅子からの転落による骨折、外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ② 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ③ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離が出来やすい状態にあります。
- ④ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲や少しの圧迫があっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- ⑤ 高齢者であることから、脳や心臓の疾患により、急変、急死される場合もあります。
- ⑥ 全身状態が急に悪化した場合、直ちに家族または担当ケアマネージャーへ連絡するか、状況により救急搬送を行うことがあります。

## 6. 利用に当たっての留意事項

### (1) お客様都合によるサービス利用の中止

- ① お客様のご都合で予定されていたサービス利用を中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

利用日前日午後5時迄にご連絡いただいた場合	なし
利用日前日午後5時迄にご連絡がなかった場合	920円（昼食代相当）

### (1) 健康上の理由によるサービス提供の中止

- ② 風邪、病気等、健康上の理由によりサービスの提供をお断りすることがあります。
- ③ 当日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合、または利用中に体調が悪くなった場合は、サービスの内容変更、もしくはサービスを中止してお帰りいただくことがあります。その場合は、家族に連絡の上、適切に対応いたします。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の必要な措置を講じます。
- ④ サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている場合、振り替えはできませんのでご了承下さい。

### (2) 悪天候及び地震などの自然災害による営業の中止、時間の短縮

- ① 台風や積雪など、当日の天候によっては営業を中止する場合があります。その場合は、前日もしくは当日の朝8時30分までに、利用者または家族へ連絡致します。
- ② 悪天候や地震などの自然災害の発生によって、営業を中止または時間を短縮する場合があります。その場合は、ご家族に連絡の上、適切に対応致します。
- ③ 営業を中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている場合、振り替えはできませんのでご了承下さい。

### (3) 喫煙・飲酒

当施設内は禁煙となっております。また、施設内での飲酒に関しては、行事等、特別な場合を除きご遠慮願います。

**(4) 設備・器具の利用**

当施設の設備、器具等は相談の上、ご利用いただけます。

**(5) 所持品のお持ち込み**

所持品の管理は出来かねますので、各自管理をお願いいたします。

**(6) 宗教活動**

憲法に定められているところの宗教の自由を尊重します。ただし、集団生活における秩序を著しく逸脱した勧誘・集会等の実施についてはご遠慮願います。

**(7) ペット**

当施設においては、環境衛生上ペットの持ち込みはご遠慮願います。

**7. 緊急時・事故発生時の対応**

体調の変化等、緊急の場合や事故発生時は下記の定める緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先	第1候補	第2候補
氏 名		
住 所		
電 話		
続 柄		

**主 治 医**

病院／診療所名	第1候補	第2候補
医 師 名		
住 所		
電 話		

診察券番号 \_\_\_\_\_



## 8. 非常災害対策

当施設規定の『防災マニュアル』に基づき、防災管理者を設置し非常災害対策を行います。

防災設備	スプリンクラー／自動火災報知緊急装置／消火器 等
防災訓練	年2回以上実施

## 9. サービス内容に関する相談・苦情

当施設のサービスに関する相談、苦情等は、看護介護責任者、または相談室までお申し出下さい。また、館内に設置している「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

その他 当施設以外に、区市町村の相談、苦情窓口でも受け付けています。

- ① ふくろうの杜高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）  
東京都豊島区南池袋3－7－8 オリナスふくろうの杜1階  
電話 03（5958）1208
- ② 豊島区保健福祉部介護保険課 相談グループ  
東京都豊島区南池袋2－45－1  
電話 03（3981）1318
- ③ 東京都国民健康保険団体連合会 介護相談窓口担当  
東京都千代田区飯田橋3－5－1  
電話 03（6238）0177

以下余白

## ご利用料金

【 令和 7 年 4 月 1 日改定 】

### 1. 通所リハビリテーションサービス費（1日あたりの介護点数）

該当 (○)	要介護 状態区分	所要時間	基本単位	負担額 上段1割 中段2割 下段3割	食 費	1日の 基本料金
	要介護1	6時間以上7時間未満 <u>大規模型</u>	675単位	750円 1,499円 2,248円	920円	1,670円 2,419円 3,168円
	要介護2		802単位	891円 1,781円 2,671円	920円	1,811円 2,701円 3,591円
	要介護3		926単位	1,028円 2,056円 3,084円	920円	1,948円 2,976円 4,004円
	要介護4		1,077単位	1,196円 2,391円 3,587円	920円	2,116円 3,311円 4,507円
	要介護5		1,224単位	1,359円 2,718円 4,076円	920円	2,279円 3,638円 4,996円

※食費にはおやつ代も含まれます。

※季節の行事食やお楽しみ膳等を提供した場合、200円／回を別途請求させていただきます。

※送迎に関する料金は、上記通所リハビリテーション基本サービス単位に含まれます。

### 2. 各種加算報酬（通所リハビリテーション）

#### （1）サービス提供強化加算（いずれか1つを算定）

加算項目	加算要件（内容）	加算単位		負担額 上段1割 中段2割 下段3割
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	介護福祉士を70％以上、又は勤続10 年以上の介護福祉士を25％以上配置 【アバンセ該当項目】	1回につき	22単位	25円 49円 74円
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）	介護福祉士を50％以上配置	1回につき	18単位	20円 40円 60円
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）	介護福祉士を40％以上配置、又は勤続 7年以上の職員を30％以上配置	1回につき	6単位	7円 14円 20円

## (2) リハビリテーション加算

加算項目	加算要件（内容）	加算単位		負担額 上段1割 中段2割 下段3割
リハビリテーション 提供体制加算	基準以上のリハビリテーション専門職 を配置	1回につき	24単位	27円 54円 80円
リハビリテーション マネジメント加算 イ	リハビリテーション会議を開催し、個別 のリハビリテーション実施計画書を多職 種共同で作成し、その計画書に関して理 学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が 家族に説明し同意を得た場合	1月につき (6ヶ月以内)	560単位	622円 1,244円 1,865円
		1月につき (6ヶ月以降)	240単位	267円 533円 800円
リハビリテーション マネジメント加算 ロ	リハビリテーションマネジメント加算イ に加え、利用者ごとのリハビリテーショ ン計画書の内容等を厚生労働省に提出し た場合	1月につき (6ヶ月以内)	593単位	659円 1,317円 1,975円
		1月につき (6ヶ月以降)	273単位	303円 606円 909円
リハビリテーション マネジメント加算 ハ	利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学 療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護 職員、介護職員その他の職種の者が共同 して栄養アセスメント（低栄養状態のリ スクと解決すべき課題の把握）を実施 し、当該利用者・家族に説明し、同意を 得た場合	1月につき (6ヶ月以内)	793単位	881円 1,761円 2,641円
		1月につき (6ヶ月以降)	473単位	525円 1,050円 1,575円
リハビリテーション マネジメント加算 4	イロハに加え、利用者ごとのリハビリテ ーション計画書の内容等を医師が説明し た場合	1月につき	270単位	300円 600円 900円
短期集中個別 リハビリテーション 加算	退院日又は認定日から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っ た場合	1日につき	110単位	123円 245円 367円
認知症短期集中 リハビリテーション 加算（Ⅰ）	退院日又は通所開始日（認知症短期集中 リハビリ加算（Ⅱ）の場合は通所開始 月）から起算して3月以内の期間に、認 知症と診断された利用者に対して、個別 のリハビリテーションを実施した場合	週2日限度 1日につき	240単位	267円 533円 800円
認知症短期集中 リハビリテーション 加算（Ⅱ）		月4回以上 1月につき	1,920単位	2,132円 4,263円 6,394円
生活行為向上 リハビリテーション 加算	生活行為の内容の充実を図るための目標 を踏まえたリハビリテーションを実施し た場合、開始月から起算して6月以内	1月につき	1,250単位	1,388円 2,775円 4,163円
移行支援加算	利用者に対する適時・適切なリハビリテ ーションを行うことによって、当該利用 者の社会参加等を支援した場合	1日につき	12単位	14円 27円 40円

## (3) その他加算

加算項目	加算用件（内容）	加算単位		負担額 上段1割 中段2割 下段3割
入浴介助加算 （Ⅰ）	入浴を行った場合	1日につき	40単位	45円 89円 134円
入浴介助加算 （Ⅱ）	居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成し、それに基づいた入浴を行った場合	1日につき	60単位	67円 134円 200円
栄養 アセスメント 加算	利用者ごとに栄養アセスメントを実施し、その結果等を利用者・家族に説明し、かつ当該情報を厚生労働省に提出した場合	1月につき	50単位	56円 111円 167円
栄養改善加算	個別の栄養ケア計画に基づき、管理栄養士と介護・看護職員の共同による栄養改善指導や食事サービス等を行った場合	月2回限度 1回につき	200単位	222円 444円 666円
口腔・栄養 スクリーニング 加算（Ⅰ）	利用開始時及び6月毎に利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について担当する居宅の介護支援専門員に情報提供した場合	6月に1回限度 1回につき	20単位	23円 45円 67円
口腔・栄養 スクリーニング 加算（Ⅱ）	栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合	6月に1回限度 1回につき	5単位	6円 12円 17円
口腔機能向上 加算（Ⅰ）	個別の口腔機能改善計画に基づき、言語聴覚士等が口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導、実施を行った場合	月2回限度 1回につき	150単位	167円 333円 500円
口腔機能向上 加算（Ⅱ）イ	口腔機能向上加算（Ⅰ）に加え、口腔機能改善管理指導計画等を厚生労働省に提出した場合、ただしリハビリテーションマネジメント加算を算定している場合	月2回限度 1回につき	155単位	172円 345円 517円
口腔機能向上 加算（Ⅱ）ロ	口腔機能向上加算（Ⅰ）に加え、口腔機能改善管理指導計画等を厚生労働省に提出した場合、ただしリハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合	月2回限度 1回につき	160単位	178円 356円 533円
退院時共同 指導加算	病院等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、言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、当該利用者の状況等に関する情報を退院後初回のリハビリテーションに反映させた場合	1回に限り	600単位	666円 1,332円 1,998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、心身の状況に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出した場合	1月につき	40単位	45円 89円 134円
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者の受入れを行った場合	1日につき	60単位	67円 134円 200円
中重度者ケア 体制加算	中重度者（要介護3、4、5）の利用者の占める割合が30%を超える場合	1日につき	20単位	23円 45円 67円
重度療養管理 加算	要介護3、4、5で特定の状態にある利用者に対し、計画的な医学的管理のもと、通所リハビリテーションを実施した場合	1日につき	100単位	111円 222円 333円
介護職員等 処遇改善加算 (I)	介護職員の処遇改善等のための加算 合計単位数（基本単位＋各種加算）× 8.6%	1月につき	×8.6%	介護度・加 算項目等に より異なる

※その他、日用品費、教養娯楽費（レクリエーションで使用する材料費）、行事費、オムツ等にかかる費用は実費負担となります。

### 3. 介護予防通所リハビリテーション費（1月あたりの介護点数）

該当 (○)	要介護状態区分	基本単位（定額制）	1ヶ月の負担額 上段1割 中段2割 下段3割	食費（1日につき）
	要支援1	2,268単位	2,518円 5,035円 7,553円	920円
	要支援2	4,228単位	4,693円 9,387円 14,080円	920円

※食費にはおやつ代も含まれます。

※季節の行事食やお楽しみ膳等を提供した場合、200円／回を別途請求させていただきます。

※送迎に関する料金は、上記介護予防通所リハビリテーション基本サービス単位に含まれます。

### 4. 各種加算報酬（介護予防通所リハビリテーション）

#### （1）サービス提供強化加算（いずれか1つを算定）

加算項目	要支援 状態区分	加算要件（内容）	加算単位		負担額 上段1割 中段2割 下段3割
サービス提供体制 強化加算（I）	要支援1	介護福祉士を70%以上、 又は勤続10年以上の介護 福祉士を25%以上配置 【アバンセ該当項目】	1月につき	88単位	98円 196円 293円
	要支援2			176単位	196円 391円 586円

サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）	要支援 1	介護福祉士を 50%以上 配置	1 月につき	72 単位	80 円 160 円 240 円
	要支援 2			144 単位	160 円 320 円 480 円
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）	要支援 1	介護福祉士を 40%以上 配置、又は勤続 7 年以上 の職員を 30%以上配置	1 月につき	24 単位	27 円 54 円 80 円
	要支援 2			48 単位	54 円 107 円 160 円

## （２）その他加算

加算項目	加算要件（内容）	加算単位	負担額 上段 1 割 中段 2 割 下段 3 割
生活行為向上 リハビリテーション 加算	生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえたリハビリテーションを実施した場合、開始月から起算して 6 月以内、1 月につき	562 単位	624 円 1,248 円 1,872 円
栄養アセスメント 加算	利用者ごとに栄養アセスメントを実施し、その結果等を利用者・家族に説明し、かつ当該情報を厚生労働省に提出した場合、1 月につき	50 単位	56 円 111 円 167 円
栄養改善加算	管理栄養士等を中心に個別の栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスが実施、定期的な評価と計画見直し等が行われた場合、1 月につき	200 単位	222 円 444 円 666 円
口腔・栄養 スクリーニング加算 （Ⅰ）	利用開始時及び 6 月毎に利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について担当する居宅の介護支援専門員に情報提供した場合、6 月に 1 回を限度とし、1 月につき	20 単位	23 円 45 円 67 円
口腔・栄養 スクリーニング加算 （Ⅱ）	栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合は、6 月に 1 回を限度とし、1 月につき	5 単位	6 円 11 円 17 円
口腔機能向上 加算（Ⅰ）	個別の口腔機能改善計画に基づき、言語聴覚士等が口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施を行った場合、1 月につき	150 単位	167 円 333 円 500 円
口腔機能向上 加算（Ⅱ）	口腔機能向上加算（Ⅰ）に加え、口腔機能改善管理指導計画等を厚生労働省に提出した場合	160 単位	178 円 356 円 533 円
一体的サービス 提供加算	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合、1 月につき	480 単位	533 円 1,066 円 1,599 円
退院時共同 指導加算	病院等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、言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、当該利用者の状況等に関する情報を退院後初回のリハビリテーションに反映させた場合、1 回に限り	600 単位	666 円 1,332 円 1,998 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、心身の 状況に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出した場合、 1月につき	40単位	45円 89円 134円
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者の受入れを行った場合、1月につき	240単位	267円 533円 800円
介護職員等 処遇改善加算 (I)	介護職員の処遇改善のための加算 合計単位数（基本単位＋各種加算）× 8.6%	× 8.6%	介護度・加 算項目等に より異なる

## 5. 利用者自己負担額算定方法

### (1) 算定方法

上記通所リハビリテーション費一覧にある1日当たりの介護点数（介護度により異なります）を基準とし、各単位数に当該月の利用日数を乗じたものに地域区分による報酬単位（1級地＝11.10）を乗じて求めたものが該当月の介護サービス料となり、利用者にはその介護サービス料の1割、2割または3割（お持ちの介護保険負担割合証により異なる）を負担して頂きます。

#### ●利用負担額の求め方 ※各種加算・食費別

介護度2の方が、週2回の通所及び入浴利用で1ヶ月に計8回利用した場合  
基本単位＋入浴介助加算（I）の8回分の合計単位数

$$802（単位）＋40（単位）＝842（単位）$$

$$842（単位）×8（回）＝6,736（単位）$$

#### ●例：1割負担の場合…

利用者負担額の求め方

$$6,736（単位）×11.10＝74,770（円）$$

$$74,770（円）×0.9（割）＝67,293（円）$$

$$74,770（円）－67,293（円）＝7,477（円）$$

※上記計算式により求められた **7,477円** が1ヶ月の利用者負担額となります。

#### ●例：2割負担の場合…

利用者負担額の求め方

$$6,736（単位）×11.10＝74,770（円）$$

$$74,770（円）×0.8（割）＝59,816（円）$$

$$74,770（円）－59,816（円）＝14,954（円）$$

※上記計算式により求められた **14,954円** が1ヶ月の利用者負担額となります。

#### ●例：3割負担の場合…

利用者負担額の求め方

$$6,736（単位）×11.10＝74,770（円）$$

$$74,770（円）×0.7（割）＝52,339（円）$$

$$74,770 \text{ (円)} - 52,339 \text{ (円)} = 22,431 \text{ (円)}$$

※上記計算式により求められた 22,431円 が1ヶ月の利用者負担額となります。

## 6. その他

### (1) 日用消耗品費

	品 目	金 額
1	リハビリパンツ	1枚 100円
2	リハビリパッド	1枚 50円
3	(オムツ交換時に用いる) 多目的タオル	1枚 25円
4	ボディーローション (スキンケアクリーム)	1回 20円

※上記日用品費は非課税となります。

### (2) 教養娯楽費

	ク ラ ブ 活 動 内 容	材 料 費
1	書道・絵画クラブ	実 費
2	手芸・工作クラブ	実 費
3	音楽・脳トレクラブ	実 費
4	コピー代 (献立表など)	1枚 10円

### (3) 行事費

	行 事	参 加 費
1	お花見、お祭り、外出企画など	実 費

以下余白



契約する場合は以上の事を確認すること

契約締結日                      令和                      年                      月                      日

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）利用にあたり、利用者に対して契約書及び書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者名                      医療法人社団善仁会  
住    所                      東京都練馬区平和台１－１６－１２  
代 表 者                      理事長    吉川    哲夫                      印

事業所名                      南池袋介護老人保健施設アバンセ                      印

説 明 者                      所    属： 通所リハビリテーション科

氏    名                      印

私は、契約書及び書面により、事業者から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）についての重要事項の説明を受け同意しました。

利 用 者                      氏    名                      印

（代筆者名：                      ）

保 証 人                      氏    名                      印

代 理 人                      氏    名                      印