（介護予防）通所リハビリテーション
重要事項説明書

医療法人社団　葵会
介護老人保健施設　葵の園・足利

介護老人保健施設　葵の園・足利　重要事項説明書

1　(介護予防）通所リハビリテーション　概要

（1）提供できるサービスの種類と地域

①　種　類：通所リハビリテーションサービスおよび付随するサービス

②　地　域：栃木県(足利市、佐野市)、群馬県(太田市、館林市)とする

（2）施設の名称および所在地等

施　設　名　称	介護老人保健施設　葵の園・足利
所　　在　　地	栃木県足利市常見町二丁目１０番１号
法　　人　　名	医療法人社団　葵会
代　表　者　名	理事長　新谷　幸義
電　話　番　号	0284-44-0707
サービスの種類	通所リハビリテーションサービス
介護保険事業者番号	０９５０２８００７３

（3）施設の職員体制

職　　種	職　員	業　務　内　容（例）
管 理 者	1	管理
看護・介護職員	4以上	医学的管理に基づく看護、介護に関する全般
支援相談員	1	利用者およびご家族との相談業務
理学療法士	1以上	リハビリテーション

（4）施設の設備の概要

定員	30名	浴室	2室
食堂	1室	静養室	1室
機能訓練室	1室	送迎車	6台

（5）営業時間

月　～　土	午前８：３０～午後５：３０ 利用者様の利用時間　午前９：４５～午後４：００
日、年末年始	休業

2　サービスの内容

送　　迎　　送迎時間は利用者の安全を最優先に行っています。
食　　事　　栄養のある献立を考慮し、利用状況、嗜好に応じて楽しい囲気作りに心がけています。
入　　浴　　利用者の身体の清潔を保持するように心がけています。
機能訓練　　日常生活動作を含む利用者の機能保持及び機能回復を図っています。
生活相談　　利用者の基本的人権を尊重し、細やかな愛情のもとに平等に接し、食事、趣味活動を通じて心身の健康維持、増進、機能回復に努めてまいります。

3　利用料金

（1）通所リハビリテーション（1回分）

負担割合1割負担

介護度		介護保険適用時の自己負担額1割　※		自己負担利用料		合計(1日)
		利用料	入浴	食費	日用品費	
要介護　1	入浴（Ⅰ）	715円	40円	500円	100円	1,355円
要介護　2		850円				1,490円
要介護　3		981円				1,621円
要介護　4		1,137円				1,777円
要介護　5		1,290円				1,930円
要介護　1	入浴（Ⅱ）	715円	60円	500円	100円	1,375円
要介護　2		850円				1,510円
要介護　3		981円				1,641円
要介護　4		1,137円				1,797円
要介護　5		1,290円				1,950円

負担割合2割負担

介護度		介護保険適用時の自己負担額2割　※		自己負担利用料		合計(1日)
		利用料	入浴	食費	日用品費	
要介護　1	入浴（Ⅰ）	1,430円	80円	500円	100円	2,110円
要介護　2		1,700円				2,380円
要介護　3		1,962円				2,642円
要介護　4		2,274円				2,954円
要介護　5		2,580円				3,260円
要介護　1	入浴（Ⅱ）	1,430円	120円	500円	100円	2,150円
要介護　2		1,700円				2,420円
要介護　3		1,962円				2,682円
要介護　4		2,274円				2,994円
要介護　5		2,580円				3,300円

負担割合３割負担

介護度		介護保険適用時の自己負担額３割　※		自己負担利用料		合計(1 日)
		利用料	入浴	食費	日用品費	
要介護　1	入浴（Ⅰ）	2,145 円	120 円	500 円	100 円	2,865 円
要介護　2		2,550 円				3,270 円
要介護　3		2,943 円				3,663 円
要介護　4		3,411 円				4,131 円
要介護　5		3,870 円				4,590 円
要介護　1	入浴（Ⅱ）	2,145 円	180 円	500 円	100 円	2,925 円
要介護　2		2,550 円				3,330 円
要介護　3		2,943 円				3,723 円
要介護　4		3,411 円				4,191 円
要介護　5		3,870 円				4,650 円

・各加算項目（上記の料金表以外に、サービス内容に応じて別途加算があります）

加算項目	１割負担	２割負担	３割負担
リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 医師が説明し、合意を得た場合	6ヶ月以内/6ヶ月超 593 円 /273/月 +270 円	6ヶ月以内/6ヶ月超 1,186 円/546/月 +540 円	6ヶ月以内/6ヶ月超 1,779 円/819/月 +810 円
リハビリテーションマネジメント加算（ハ） 医師が説明し、合意を得た場合	6ヶ月以内/6ヶ月超 793 円 /473/月 +270 円	6ヶ月以内/6ヶ月超 1,586 円/946/月 +540 円	6ヶ月以内/6ヶ月超 2,379 円/1,419/月 +810 円
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 円　/日	220 円　/日	330 円　/日
認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算（Ⅰ）	240 円　/日	480 円　/日	720 円　/日
認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算（Ⅱ）	1,920 円　/月	3,840 円　/月	5,760 円　/月
生活行為向上ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算	1,250 円　/月	2,500 円　/月	3,750 円　/月
若年性認知症利用者受入加算	60 円　/日	120 円　/日	180 円　/日
栄養改善加算	200 円　/回	400 円　/回	600 円　/回
栄養アセスメント加算	50 円　/月	100 円　/月	150 円　/月
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制加算 1	12 円　/日	24 円　/日	36 円　/日
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制加算 2	16 円　/日	32 円　/日	48 円　/日
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制加算 3	20 円　/日	40 円　/日	60 円　/日
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制加算 4	24 円　/日	48 円　/日	72 円　/日
科学的介護推進体制加算	40 円　/月	80 円　/月	120 円　/月
サービス提供体制加算（Ⅰ）	22 円　/回	44 円　/回	66 円　/回
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	総単位数にサービス別の加算率（10.3%）を乗じたものを加算		

（２）介護予防通所リハビリテーション

	介護保険自己負担額　利用料金(1月につき)			自己負担利用料(1回につき)	
	１割	２割	３割	食事代(円)	日用品費(円)
要支援１	2,268 円	4,536 円	6,804 円	500 円	100 円
要支援２	4,228 円	8,456 円	12,684 円	500 円	100 円

・各加算項目（上記の料金表以外に、サービス内容に応じて別途加算があります）

加算項目		1割負担	2割負担	3割負担
若年性認知症利用者受入加算		240円 /月	480円 /月	720円 /月
栄養アセスメント加算		50円 /月	100円 /月	150円 /月
サービス提供体制（Ⅰ）	支援1	88円 /月	176円 /月	264円 /月
	支援2	176円 /月	352円 /月	528円 /月
科学的介護推進体制加算		40円 /月	80円 /月	120円 /月
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		総単位数にサービス別の加算率（10.3%）を乗じたものを加算		

4　支払方法

・お支払の方法は、口座振替（自動引落）となりますので、利用契約時に「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」に必要事項をご記入ください。（開始まで時間を要します）
・翌月15日までに、当月利用分の請求書を発行し、送付いたします。その月の26日が自動振替日となりますので、各預金通帳内の預金残高についてご確認をお願い致します。
・自動振替による入金処理が確認できました時点で、領収書を発行いたします。

5　サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）にご相談ください。居宅サービス計画の作成を依頼していない場合は、当施設に直接ご相談ください。

（2）サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合
サービス終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

② 当事業者の都合でサービスを終了する場合
人員不足等の止むを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は終了1ヶ月前までに文書にて通知いたします。

③ 自動終了
次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。
i　利用者が施設に入所した場合。
ii　介護保険給付を受けていた利用者の要介護区分が、非該当（自立）と認定された場合。
iii　利用者がお亡くなりになった場合。

④ その他
i　当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者や家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合は、利用者は文書にて解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
ii　利用者や家族等が当事業者のサービス従事者または他の利用者に対し、暴言、いやがらせ等、サービス提供に著しく支障をきたす行為を行った場合は、当事業者は文書にて通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 （介護予防）通所リハビリテーションの特徴等

（1）運営方針

当事業者のサービス従事者は、サービスの提供において利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じて可能な限り、その居宅においてより長期の日常生活を営むことができるようサービスに努めます。

（2）サービスの現状

事　　項	有　無	備　　考
時間延長の可否	×	
男性介護員の有無	○	
従業員への研修の実施	○	月１～２回の施設内研修の実施
サービスマニュアルの有無	○	
身体的拘束	×	※身体保護のため緊急やむを得ない場合のみ有

（3）サービス利用にあたっての留意事項

① 利用者は他の利用者が適切なサービスの提供を受けるための権利、機会等を侵害してはならない。

② 利用者は事業者の設備､備品等の使用にあたって､本来の用法に従い使用することとし、これに反した使用により事業者に損害が生じた場合、賠償するものとする。

③ その他この規定に定めるもののほか、サービス利用に関する事項は、契約書及び重要事項説明書に明記し利用者に説明するものとする。

（4）健康上の理由によるサービスの中止

① 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

② 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又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ適切に対応します。

③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。
その場合、ご家族に連絡のうえ適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の必要な措置を講じます。
＊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替えることができますが、予約が入っている日には振替えできませんので、あらかじめご了承ください。

7 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態に変化等があった場合は、状況に応じ、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者へ連絡いたします。

8 非常災害対策

① 防火教育および基本訓練（消火・通報・避難）　年２回以上
（うち１回は夜間を想定した訓練を行う）

② 利用者を含めた総合避難訓練　年１回以上

③ 非常災害設備の使用方法の徹底　随時

9 事故発生時の対応

サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、ご利用者様に対し必要な措置を講じます。施設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機関での診療を依頼します。
上記の他、当施設はご利用者様の家族等ご利用者様又は身元引受人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

10 虐待防止に関する事項

（１）当施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。
① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について周知徹底を図る。
② 虐待防止のための指針を整備する。
③ 虐待防止のための研修を定期的に実施する。
（２）当施設は、サービス提供中に、当施設従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに通報するものとする。

11　身体拘束廃止について

利用者の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。

12　第三者評価実施状況

なし

13　サービス内容に関する相談・苦情

① 当施設ご利用者相談・苦情担当
担当　　支援相談員　　電話：0284-44-0707
② その他
当施設以外に、行政の相談・苦情窓口等でも受け付けています。
栃木県国保連合会介護保険課　　電話：028-643-2220
栃木県国民健康保険連合組合　　電話：028-622-7242
群馬県国保連合会介護保険課　　電話：027-290-1323
足利市役所健康福祉部元気高齢課　　電話：0284-20-2136
佐野市役所　健康医療部介護保険課　　電話：0283-20-3022
太田市役所　介護サービス課　　電話：0276-47-1856
館林市役所　保健福祉部介護保険課　　電話：0276-72-4111

14　当法人の概要

① 名称・法人種別　　医療法人社団　葵会
② 代表者役職・氏名　　理事長　新谷　幸義
③ 本部所在地・電話番号　　千葉県柏市小青田一丁目３番地１２
TEL　04-7136-8008

令和　　年　　月　　日

（介護予防）通所リハビリテーションの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

〔事業者〕　所　在　地　　栃木県足利市常見町二丁目１０番１号
　　名　　称　　医療法人社団　葵会
　　介護老人保健施設　葵の園・足利

説明者　支援相談員　　(印)

私は、契約書及び本書面により、事業者から(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承諾しました。

〈利用者〉　住　所

氏　名　　(印)

〈代理人〉　住　所

氏　名　　(印)

身元引受人・利用料請求書宛が異なる場合は、下記にご記入下さい

身元引受人　利用料請求書宛

住　所

氏　名　　(印)