

(介護予防) 通所リハビリテーション重要事項説明書

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話：０２９７－２７－３３１１

担 当：支援相談員

時 間：午前８：３０～午後５：００（月曜日～土曜日）

※ ご不明な点に関しましては、お気軽にお問い合わせください。

2 当施設（介護予防）通所リハビリテーションの概要

(1) 名称等

ア 名 称：医療法人 晴生会 介護老人保健施設 葵の園・常総

イ 所在地：〒３０３－００４４

茨城県常総市菅生町１３０８－１

ウ 介護保険指定番号： ０８５１１８００２６

(2) 提供できるサービスの種類と地域

ア 種 類：送迎・食事・入浴・機能訓練等

イ 地 域：常総市内、守谷市一部、坂東市一部、つくばみらい市一部（詳細はご相談下さい。）

(3) 体制

管理者	看護・介護職員	支援相談員	理学療法士・作業療法士
１名	４名	１名	１名以上

(4) 設備

定員	食堂	機能訓練室	浴室	相談室	送迎車
２０名	１室	１室	１室 ※	１室	６台

※一般浴槽・車椅子浴槽があります。

(5) 営業時間

月～土	午前９：３０～午後１５：３０（送迎時間は除く）
日	定休日
年末・年始	１２月３１日～１月３日：休業

※月～土曜日の祝祭日は営業致します。

※緊急連絡先：０２９７－２７－３３１１

3 サービス内容

ア 送 迎：送迎は利用者の安全を最優先に行っています。

イ 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雰囲気作りに心がけています。

ウ 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。

エ 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。

オ 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。

4 料 金

(1) 利用料金

ア 通所リハビリテーション（介護保険適用時の自己負担額 1 割・2 割・3 割。なお、カッコ内は 2 割・3 割負担の料金になります。）

※介護保険適用自己負担額は、常総市地域区分（10.17）で計算されています。

※1 回単位に利用回数を計算しますと、端数の関係で合計金額が多少異なります。

単位：円

所要時間／介護度	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
1 時間～2 時間	376 (751) (1,126)	405 (810) (1,215)	437 (873) (1,309)	466 (932) (1,398)	500 (999) (1,498)
2 時間～3 時間	390 (779) (1,169)	447 (893) (1,340)	507 (1,013) (1,520)	565 (1,129) (1,694)	623 (1,245) (1,868)
3 時間～4 時間	495 (989) (1,483)	575 (1,150) (1,724)	654 (1,308) (1,962)	756 (1,512) (2,267)	857 (1,713) (2,569)
4 時間～5 時間	563 (1,125) (1,688)	653 (1,306) (1,959)	743 (1,485) (2,228)	859 (1,717) (2,575)	974 (1,947) (2,920)
5 時間～6 時間	633 (1,265) (1,898)	751 (1,501) (2,252)	867 (1,733) (2,600)	1004 (2,008) (3,012)	1,139 (2,278) (3,417)
6 時間～7 時間	728 (1,455) (2,182)	865 (1,729) (2,594)	998 (1,996) (2,993)	1,157 (2,313) (3,469)	1,312 (2,624) (3,936)
7 時間～8 時間	775 (1,550) (2,325)	919 (1,837) (2,755)	1,064 (2,128) (3,192)	1,236 (2,472) (3,707)	1,403 (2,805) (4,208)

○別途加算（円）

リハビリテーションマネジメント加算(イ)	計画書同意月から 6 月以内	1 月 570 (1,139) (1,709)
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	計画書同意月から 6 月以降	1 月 244 (488) (732)
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	計画書同意月から 6 月以内	1 月 603 (1,206) (1,809)
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	計画書同意月から 6 月以降	1 月 278 (556) (833)
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	計画書同意月から 6 月以内	1 月 807 (1,613) (2,420)
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	計画書同意月から 6 月以降	1 月 481 (962) (1,443)
リハビリテーションマネジメント加算)	医師にて説明あり	1 月 275 (549) (824)
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院(所)後又は認定日から起算して 3 月以内	1 日 112 (224) (336)
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	退院(所)後又は認定日から起算して 3 月以内(1 週間に 2 回を限度)	1 日 244 (488) (732)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	退院(所)後又は認定日から起算して3月以内集中的に(1月に4回以上実施)	1月 1,953 (3,906) (5,858)
送迎減算	送迎を行わない場合	片道 -48 (-96) (-144)
入浴介助加算(Ⅰ)	入浴介助を行った場合	1日 41 (82) (122)
入浴介助加算(Ⅱ)	利用者宅を訪問し浴室環境評価を行い、入浴介助を行った場合	1日 61 (122) (183)
中重度者ケア体制加算	要介護3以上の利用者数が30%以上	1日 21 (41) (61)
重症療養加算	要介護3以上の方の医学的管理を行う場合	1日 102 (204) (306)
科学的介護推進体制加算	LIFE へのデータ提出とフィードバックの活用した場合	1月 41 (82) (122)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合等の基準を満たした場合。	21 (41) (61)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		19 (37) (55)
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		7 (13) (19)
リハビリテーション提供体制加算(1)	3時間以上4時間未満の場合	1回 13 (25) (37)
リハビリテーション提供体制加算(2)	4時間以上5時間未満の場合	
リハビリテーション提供体制加算(3)	5時間以上6時間未満の場合	
リハビリテーション提供体制加算(4)	6時間以上7時間未満の場合	
リハビリテーション提供体制加算(5)	7時間以上の場合	
栄養改善加算	3ヶ月以内の期間に月2回を限度	1回 204 (407) (611)
栄養アセスメント加算	栄養改善加算4ヵ月後以降	1月 51 (102) (153)
口腔機能向上加算(Ⅰ)	3ヶ月以内の期間に月2回を限度	1回 153 (305) (458)
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	3ヶ月以内の期間に月2回を限度	1回 158 (316) (473)
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	3ヶ月以内の期間に月2回を限度	1回 163 (326) (489)
退所時共同指導加算		1月 611 (1,221) (1,831)
高齢者虐待防止措置未実施減算	基本サービスより、-1%/日	
業務継続計画未策定減算	基本サービスより、-1%/日	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)	上記利用料金、別途加算の総合計単位数の11.1%	

自己負担利用料 1回分 (介護保険適用外)	食事代	おやつ代	娯楽費	紙パンツ	紙オムツ	パッド
	750 円	102 円	実費	156 円	156 円	55 円

イ 介護予防通所リハビリテーション

(介護保険適用時の自己負担額 1割・2割・3割。なお、カッコ内は2割・3割負担の料金になります。)

※介護保険適用自己負担額は、常総市地域区分(10.17)で計算されています。

利用料 1月分	要支援1	要支援2
	2,307 (4,613) (6,920)	4,300 (8,600) (12,900)

○別途加算(円)

栄養改善加算	1月 204 (407) (611)
栄養アセスメント加算	1月 51 (102) (153)
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1月 153 (305) (458)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1月 163 (326) (489)

生活行為向上加算	1 月 572 (1143) (1715)					
科学的介護推進体制加算	1 月 41 (82) (122)					
12 ヶ月超えた場合減算 (要支援 1)	-122 (-244) (-366)					
12 ヶ月超えた場合減算 (要支援 2)	-244 (-488) (-732) ※要支援1・2 要件を満たした場合減算なし					
サービス提供体制強化加算	I 要支援 1	I 要支援 2	II 要支援 1	II 要支援 2	III 要支援 1	III 要支援 2
	1 月 88 (175) (263)	1 月 179 (358) (537)	1 月 74 (147) (220)	1 月 147 (293) (440)	1 月 25 (49) (74)	1 月 49 (98) (147)
一体的サービス提供加算	1 月 487 (973) (1,459)					
退所時共同指導加算	1 月 611 (1,221) (1,831)					
高齢者虐待防止措置未実施減算	基本サービスより、-1%/日					
業務継続計画未策定減算	基本サービスより、-1%/日					
介護職員等処遇改善加算 (I ロ)	上記利用料金、別途加算の総合計単位数の 11.1%					

自己負担利用料 1 回分 (介護保険適用外)	食事代	おやつ代	娯楽費	紙パンツ	紙オムツ	パッド
	750 円	102 円	実費	156 円	156 円	55 円

1. 上記、短期集中リハビリテーションでの退院日とは、疾患等の治療等のために入院又は入所した病院若しくは診療所又は介護保健施設から退院した日をさします。
2. その他、紙おむつ、レクリエーション等にかかる費用は自己負担となります。
3. 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなる場合があります。
その場合はひとまず 1 日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日住居地の市町村窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

支払い方法

利用月の末締めとし、翌月 20 日までにお支払いください。支払方法は預金口座振替のご指定口座より引落しさせていただきます。引落しができない間は当施設の指定口座に銀行振込（手数料は利用者負担）にてお支払い願います。ご入金の確認完了後領収書を発行いたします。

5 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。この場合、ご家族様のお迎えを依頼することがあります。
- (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。この場合、ご家族様のお迎えを依頼することがあります。

＊ 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。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でご連絡ください。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）にご相談ください。

(2) サービスの終了

ア 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。

イ 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。

ウ 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。

- ① 利用者が施設に入所した場合、あるいは医療機関に入院した場合。
- ② 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。
- ③ （※この場合、条件を変更して再度契約することができます。）
- ④ 利用者がお亡くなりになった場合。

エ その他

- ① 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。
- ② 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。

7 （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

項 目	有 無	備 考
男性職員の有無	有	—
時間延長の可否	否	—
従業員への研修の実施	有	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	有	—

(3) サービス利用にあたっての留意事項

ア 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。

イ 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。

ウ ご利用にあたり、貴重品、飲食物の持ち込みはご遠慮いただきます。

エ 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。

8 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・協力医療機関 医療法人光仁会 総合守谷第一病院 住 所：茨城県守谷市松前台 1-17
- ・協力歯科医療機関 テシマ歯科医院 住 所：千葉県野田市尾崎 846-19

9 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。

緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

10 非常災害対策

- ア 防災時の対応：事業所防災規定による。
- イ 防災設備：前ア項の規定に沿った設備を設置。
- ウ 防災訓練：年2回実施。
- エ 防災責任者

11 サービス内容に関する苦情

- ア 当事業者ご利用相談・苦情
介護老人保健施設 葵の園・常総 支援相談員
電話：0297-27-3311
- イ その他
市町村の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。
常総市 担当課：幸せ長寿課 電話：029-301-1565
茨城県国民健康保険連合組合 電話：029-23-2913

12 当事業者の概要

- | | |
|---------|--------------------------------|
| 名称・法人種別 | 医療法人 晴生会
介護老人保健施設 葵の園・常総 |
| 代表者 | 理事長 新谷 正義 |
| 電話番号 | 0297-27-3311 |

個人情報の利用目的

介護老人保健施設葵の園・常総では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

____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いて重要事項を説明しました。

通所契約について、認知症などの理由で本人による同意が困難な場合は、ご家族または代理人（成年後見人）による代筆を行うこと。

＜事業者＞ 所在地 茨城県常総市菅生町 1 3 0 8 - 1
名 称 医療法人 晴生会
介護老人保健施設 葵の園・常総
施設長 友 部 勝 実 印

説明者 _____ 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ました。

利用者 氏 名 _____ 印

ご家族（代理人） 氏 名 _____ 印

