

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：043-302-5000

担 当：新倉 直之

時 間：午前8：30～午後5：30（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：医療法人社団葵会 介護老人保健施設 葵の園・美浜

イ 所在地：〒261-0001

千葉県千葉市美浜区幸町一丁目38番5

ウ 介護保険事業所番号：1250180224

（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：千葉市美浜区及び隣接区の一部

（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・作業 療法士
1名	10名	1名	8名

（4）設備

定員	ダイルーム	浴室	機能訓練室	送迎車
40名	1室	1室 ※	1室	8台

※一般浴槽・車椅子浴槽があります。

※ 定員数は、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を合わせて40名となります。

（5）営業時間

月～土	午前9：45～午後4：15
日	定休日
年末・年始	12月31日～1月3日：休業
緊急連絡先	043-302-5000

3 サービス内容

- ア 送 迎：送迎時間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

*料金は、千葉市地域区分単価で計算されています。(1単位＝10.83円)

*1日単位に利用日数を計算しますと、端数の関係で合計金額が多少異なります。

*使用されるものの料金が掛ります。

<基本サービス費>

介護予防通所リハビリテーション費

・基本サービス費

介護予防通所リハビリテーション利用料			
要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,223 円	4,446 円	6,669 円
要支援2	4,579 円	9,158 円	13,737 円

<別途、加算>

各 加 算	料 金		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担
生活行為向上リハビリテーション 実施加算	6 0 9 円	1, 2 1 8 円	1, 8 2 6 円
若年性認知症利用者受入 加算	2 6 0 円	5 2 0 円	7 8 0 円
栄養アセスメント加算	5 5 円	1 0 9 円	1 6 3 円
栄養改善加算	2 1 7 円	4 3 4 円	6 5 0 円
口腔・栄養スクリーニン グ加算Ⅰ	2 2 円	4 4 円	6 5 円
口腔・栄養スクリーニン グ加算Ⅱ	6 円	1 1 円	1 7 円
口腔機能向上加算Ⅰ（月 2 回限度）	1 6 3 円	3 2 5 円	4 8 8 円
口腔機能向上加算Ⅱ（月 2 回限度）	1 7 4 円	3 4 7 円	5 2 0 円
一体的サービス提供加算	5 2 0 円	1, 0 4 0 円	1, 5 6 0 円
退院時共同指導加算	6 5 0 円	1, 3 0 0 円	1, 9 5 0 円
利用開始から 12 月を超 えた場合の減算（要支援 1）	－ 1 3 0 円	－ 2 6 0 円	－ 3 9 0 円
利用開始から 12 月を超 えた場合の減算（要支援 2）	－ 2 6 0 円	－ 5 2 0 円	－ 7 8 0 円
科学的介護推進体制加算	4 4 円	8 7 円	1 3 0 円
サービス提供体制強化加 算Ⅰ	要 支 援 1 9 6 円	要 支 援 1 1 9 1 円	要 支 援 1 2 8 6 円
	要 支 援 2 1 9 1 円	要 支 援 2 3 8 2 円	要 支 援 2 5 7 2 円
介護職員処遇改善加算 （Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）のい ずれか	1 ヶ月の総単位数（基本サービス費、各種加算） に所定数を乗じた単位数の 1 割・2 割・3 割のい ずれか		
3 %加算	感染症又は災害の発生を理由に利用者が減少した場 合、 基本サービス費の 3 %を上乗せして算定		

- ・上記は介護保険適用時の自己負担額になります。
- ・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。
(下記参照)
- ・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に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

その他

備考	1回あたりの利用料金
おむつ代等	実費
栄養補助食品	実費
連絡帳	340円／冊
連絡帳ケース	130円／個
着替え入れ(入浴用)	130円／個

支払方法

※毎月、12日までに前月分の請求書を郵送いたしますので、その月の20日までにお支払ください。

(指定口座に入金確認後、領収書を発行いたします。)

※お支払方法は、原則、口座振替(自動払込)となりますので、入所契約時に「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」にご記入ください。

5 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。（※この場合、条件を変更して再度契約することができます。）
- ③ 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。

6 当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得の特性を踏まえ、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 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。

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

- 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。

9 サービス内容に関する苦情

ア 当事業者ご利用相談・苦情

担当課：介護老人保健施設 葵の園・美浜

相談：支援相談員 苦情受付：事務長

電話：043-302-5000

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。

① 千葉県健康福祉局高齢障害部介護保険課

電 話 043-245-5061

② 千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情処理係

電 話 043-254-7428

10 当事業者の概要

名称・法人種別	医療法人社団 葵会 介護老人保健施設 葵の園・美浜
代表者	理事長 新谷 幸義
電話番号	043-302-5000

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 千葉県千葉市美浜区幸町1-38-5

名 称 医療法人社団 葵会
介護老人保健施設 葵の園・美浜

説明者 新倉 直之 印

同意書

医療法人社団 葵会

介護老人保健施設 葵の園・美浜

理事長 新谷 幸義 様

介護老人保健施設 葵の園・美浜 を利用するにあたり、介護予防通所リハビリテーション利用契約書および契約書別紙並びに介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分理解した上で利用者並びに保証人の連署をもって同意いたします。

☐ サービスの種類、内容、利用料について

☐ 居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等が開くサービス担当者会議に利用者の個人情報ならびに家族の個人情報等を用いること

令和 年 月 日

【利用者】 ☐ 利用料支払者 ☐ 利用料請求書の送付先

住所 _____

氏名 _____ (印)

【代理人】 ☐ 利用料支払者 ☐ 利用料請求書の送付先

住所 _____

氏名 _____ (印) 続柄 _____