（介護予防）通所リハビリテーション　重要事項説明書

介護老人保健施設　葵の園・長久手

１．施設の特徴

（１）（介護予防）通所リハビリテーションの目的と運営方針

当施設は、居宅サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における看護及び、機能訓練その他必要な医療並びに日常生活の世話を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、利用者が居宅での生活を一日でも長く継続できるよう支援していく事を目的としています。
利用にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、明るく家庭的な雰囲気の中、家庭や地域との結びつきを重視した運営を行います。

２．施設の名称等

（１）施設の名称等

①施設名　　介護老人保健施設　葵の園・長久手
②開設年月日　　令和７年６月１日
③所在地　　愛知県長久手市岩作高山 43 番 7
④電話番号　　０５６１－６７－７７１１
⑤ＦＡＸ番号　　０５６１－６７－７７１２
⑥定員　　４５人
⑦管理者名　　施設長　北村　宏
⑧介護保険指定番号　　介護老人保健施設（第 2357780036 号）

（２）施設の職員体制（単位：人）

※介護予防通所リハビリテーションを兼務します。

No	職　　種	（人員基準）
1	管理者（医師）	1名
2	看護職員	1名以上（常勤換算）
3	介護職員	4.5名以上（常勤換算）
4	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1名以上（常勤換算）

（３）設備等

①デイルーム（食堂兼用）：１室　　②機能訓練室：１室
③浴室：１室（一般浴・機械浴が可能）④送迎車両：10 台

（４）営業日及び営業時間

①営業日　　月曜日～土曜日（祝日も営業いたします）
②営業時間　　午前８：３０～午後５：３０
③サービス提供時間　　午前９：３０～午後３：４０
③定休日　　日曜日・年末年始（１２月３１日～１月３日）

３．サービス内容

①（介護予防）通所リハビリテーション計画の立案
②食事（昼食 12:00～13:00）
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対応）
④医学的管理・看護
⑤介護の各種サービス
⑥機能訓練（リハビリテーション）
⑦レクリエーション
⑧相談援助サービス
⑨送迎サービス
⑩口腔機能向上指導
⑪その他

４．利用料金

（１）基本料金

①通所リハビリテーション

【介護保険内料金】

要介護度	施設サービス費	1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	715単位	739円	1,477円	2,216円
要介護 2	850単位	878円	1,756円	2,634円
要介護 3	981単位	1,014円	2,027円	3,040円
要介護 4	1137単位	1,175円	2,349円	3,524円
要介護 5	1290単位	1,333円	2,665円	3,998円

単位数×10.33 円
(6 級地単価)
⇒1割、2割、3 割が自己負担

※要介護認定による要介護度、負担割合によって利用料が異なります。(左記は、1 日あたりの自己負担金です。)

算項目	単位(金額)	算定基準	内　容
入浴介助加算 (Ⅰ)(Ⅱ)	Ⅰ:40 単位 (42･83･124 円) Ⅱ:60 単位 (62･124･186 円)	1 日につき	Ⅰ:入浴された場合に算定。浴槽形態は問いません。 Ⅱ:医師等が居宅を訪問し、浴室における動作及び環境を評価した場合に算定。
リハビリマネージメント加算(イ)･(ロ)･(ハ) 6 月以内	イ 560 単位(6 月以内) (579･1157･1736 円) ロ 593 単位(6 月以内) (613･1225･1838 円) (ハ)793 単位(6 月以内) (820･1639･2458 円)	1 月につき	イ:月 4 回以上利用があり通所リハビリテーション計画を説明し同意を得た日の属する月から起算して 6 月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合に1月に1回算定。 ロ:イの要件に加え、計画書等を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用した場合に算定 ハ:ロの要件に加え口腔･栄養アセスメントを実施し、関係職種間で一体的に情報共有した場合に算定。 ※医師が利用者または家族に説明した場合 (イ)(ロ)(ハ)に加え 270 単位(279･558･837 円)加算。

リハビリマネージメント加算(イ)・(ロ)・(ハ) 6 月を超えた期間	イ 240 単位 (248・496・744 円) ロ 273 単位 (282・564・846 円) (ハ) 473 単位(6 月越) (489・978・1466 円)	1 月につき	イ:月 4 回以上利用があり通所リハビリテーション計画を説明し同意を得た日の属する月から起算して 6 月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合に1月に1回算定。 ロ:イの要件に加え、計画書等を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用した場合に算定 ハ:ロの要件に加え口腔・栄養アセスメントを実施し、関係職種間で一体的に情報共有した場合に算定。 ※医師が利用者または家族に説明した場合 (イ)(ロ)(ハ)に加え 270 単位(279・558・837 円)加算。
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位 (114・228・341 円)	1 日につき	所定要件を満たして 1 対1のリハビリテーションを集中的に実施する場合に算定。退院(所)日または認定日から起算して 3 ヵ月以内。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位 (248・496・744 円)	1 日につき	所定要件を満たして 1 対1のリハビリテーションを、1 週間に 2 日を限度にして 20 分以上実施した場合に算定
若年性認知症利用者受入加算	60 単位 (62・124・186 円)	1 日につき	若年性認知症利用者に対して担当者を決め特性や課題に応じたサービスを提供した場合に算定。
口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)	Ⅰ:150 単位 (155・310・465 円) Ⅱ:160 単位 (166・331・496 円)	1日につき	歯科衛生士が口腔機能改善のための計画書を作成しこれに基づくサービスを行った場合に算定。
栄養改善加算	200 単位 (207・414・620 円)	1 日につき	低栄養状態の利用者に対し栄養プランを作成するなどし栄養管理を行う場合に算定(月 2 回限度)。
口腔・栄養 ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ加算(Ⅱ)	5 単位 (6・11・16 円)	1 日につき	利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、栄養状態に関する情報を介護支援専門員に提供した場合に算定
重度療養管理加算	100 単位 (104・207・310 円)	1日につき	要介護 3 以上であって厚生労働大臣がさだめる状態である場合に算定(胃瘻・褥瘡)。
退院時共同指導加算	600 単位 (620・1240・1860 円)	初月のみ	医療機関にて退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った場合に算定。
科学的介護推進体制加算	40 単位 (42・83・124 円)	1月につき	利用者様ごとの基本的な情報を厚労省に提出している事により算定 (科学的介護情報システム(LIFE)を利用)
通所リハビリテーション提供体制加算4	24 単位 (25・50・74 円)	1 日につき	厚生労働省が定めるリハビリ職員の配置基準を満たし都道府県知事に届け出た施設がサービスを実施した場合に加算
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位 (19・37・56 円)	1日につき	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上である時に算定。
介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)	利用単位の合計の 11.1%	1 月につき	介護職員の賃金の改善を実施している事を、都道府県知事に届け出た施設がサービスを実施した場合に加算。

【介護保険外料金】※下記につきましては希望者のみとさせていただきます。

項　目	金　額	算定基準	内　　容
食費	750 円	昼食時	昼食の食材料費
おやつ代	115 円	1 回	15:00 に提供いたします
教養娯楽費	実費	随時	レクリエーションにかかる費用です
オムツ代	210 円	必要時	マジックテープタイプ
	230 円	必要時	パンツタイプ
	90 円	必要時	尿とりパット
	90 円	必要時	フラットタイプ
日用品(委託)	197 円	1 日	※リース会社と別途契約　別紙参照

②介護予防通所リハビリテーション

【介護保険内料金】

要介護度	施設サービス費	1割負担	2割負担	3割負担
要支援　1	2,268 単位	2,343 円	4,686 円	7,029 円
要支援　2	4,228 単位	4,368 円	8,735 円	13,103 円

単位数×10.33 円（6 級地単価）
⇒1 割、2 割、 3 割自己負担
※要介護認定による要介護度、負担割合によって利用料が異なります。（左記は、1 月あたりの自己負担金です。）

算項目	単位(金額)	算定基準	内　　容
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150 単位 (155･310･465 円)	1 月につき	口腔機能向上サービスを行った場合
若年性認知症利用者受入加算	240 単位 (248･496･744 円)	1月につき	若年性認知症利用者に対して担当者を決め特性や課題に応じたサービスを提供した場合に算定。
栄養改善加算	200 単位 (207･414･620 円)	1 月につき	栄養改善サービスを行った場合
口腔･栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 単位 (6･11･16 円)	1 回につき	利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、栄養状態に関する情報を介護支援専門員に提供した場合に算定
科学的介護推進体制加算	40 単位 (42･83･124 円)	1月につき	利用者様ごとの基本的な情報を厚労省に提出している事により算定 (科学的介護情報システム(LIFE)を利用)
退院時共同指導加算	600 単位 (620･1240･1860 円)	初月のみ	医療機関にて退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った場合に算定。
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	72 単位(要支援 1) (75･149･223 円) 144 単位(要支援 2) (149･298･447 円)	1 月につき	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上である時に算定
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	利用単位数の合計の 8.6%	1 月につき	介護職員の賃金の改善を実施している事を、都道府県知事に届け出た施設がサービスを実施した場合に加算。

【介護保険外料金】※下記つきましては希望者のみとさせていただきます。

項　目	金　額	算定基準	内　　容
食費	750円	昼食時	昼食の食材料費
おやつ代	115円	1回	15:00 に提供いたします
教養娯楽費	実費	随時	レクリエーションにかかる費用です
オムツ代	210円	必要時	マジックテープタイプ
	230円	必要時	パンツタイプ
	90円	必要時	尿とりパット
	90円	必要時	フラットタイプ
日用品(委託)	197円	1日	※リース会社と別途契約　別紙参照

（2）支払方法

①お支払い方法は、銀行振込、口座振替の 2 つの方法があります。利用契約時にお選び下さい。

②毎月１２日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の２７日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

③利用者（支払者）が正当な理由もなく、利用料を１ヶ月以上滞納された場合は、契約を解除する場合がございますのでご承知下さい。

5．サービスの利用

①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。

②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、ご利用者様やご家族様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。

③利用者やそのご家族様等が当事業者のサービス従業者又は他の利用者に対し暴言、暴力、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。

④ご利用者様の都合（自宅療養、入院等も含め）により３ヶ月にわたりご利用がなかった場合はサービスを終了させていただきます。

6．施設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りません。

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は、賠償するものとします。

③サービスに必要の無い貴重品や飲食物等は持ち込まないようにして下さい。

④その他、この規程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します。

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救急隊、ご家族、主治医、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

８．事故発生時の対応

サービス提供中に転倒、転落等に事故が発生してしまった場合、状態に応じ施設長の判断で専門的医療機関を受診させていただく場合があります。事故発生時にはご家族様へもご連絡いたしますのでご理解をお願いいたします。

９．非常災害対策

①防災時の対応：消防計画による。

②防災設備：前①項の規定に沿った設備を設置。
（スプリンクラー、消火器、消火栓、消防署への非常通報設備完備）

③防災訓練：年２回実施。（内１回は夜間の火災を想定した訓練を実施します。）

１０．禁止事項

当施設では、多くの方に安心してご利用して頂くために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

１１．サービス内容に関する相談・苦情等受付窓口

①施設の担当　　支援相談員
所在地：長久手市岩作高山 43-7　　電話番号：0561-67-7711

②長久手市役所福祉部長寿課
所在地：長久手市岩作城の内 60-1　　電話番号：0561-56-0613

③愛知県国保連合会介護福祉室内　苦情相談室
所在地：名古屋市東区泉 1-6-5　国保会館南館７階　電話番号：052-971-4165

④尾張旭市役所　高齢福祉課
所在地：愛知県尾張旭市東大道町原田 2600-1　　電話番号：0561-76-8144

⑤日進市役所　介護福祉課
所在地：愛知県日進市蟹甲町池下 0268 番地　　電話番号：0561-73-1495

⑥瀬戸市役所　高齢者福祉課
所在地：愛知県瀬戸市追分町 064 番地の 1　　電話番号：0561-88-2621

⑦春日井市役所　介護高齢福祉課
所在地：愛知県春日井市鳥居松町 5-44　　電話番号：0568-85-6182

⑧みよし市役所　長寿介護課
所在地：愛知県みよし市三好町小坂 50 番地　　電話番号：0561-32-8009

⑨東郷町役場　長寿介護課
所在地：愛知県東郷町大字春木字羽根穴 1 番地　　電話番号：0561-38-3111

⑩豊田市役所　介護保険課
所在地：愛知県豊田市西町 3-60　東庁舎 1F　　電話番号：0565-34-6634

⑪名古屋市役所　高齢福祉部介護保険課
所在地：愛知県名古屋市中区三の丸 3-1-1　　電話番号：052-972-2591

１２．通常の事業の実施地域

（全域）長久手市・尾張旭市・日進市

（一部地域）春日井・瀬戸市・東郷町・みよし市・豊田市・名古屋市

※一部地域について詳細は別紙「通常の事業の実施地域」をご参照ください。

介護老人保健施設　葵の園・長久手の（介護予防）通所リハビリテーション利用開始にあたり重要事項の説明をし、１部を交付いたしました。

令和　　年　　月　　日

事業所名　介護護老人保健施設　葵の園・長久手

説明者　　印

（介護予防）通所リハビリテーション利用にあたり介護老人保健施設　葵の園・長久手の重要事項説明を受けその内容に同意をし、１部交付を受けました。

令和　　年　　月　　日

住所

利用者　　印

代理人　　印