

(介護予防) 通所リハビリテーション 葵の園・長岡 重要事項説明書

1 介護老人保健施設 葵の園・長岡概要

(1) 提供できるサービスの種類

介護老人保健施設の(介護予防)通所リハビリテーション

(2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	介護老人保健施設 葵の園・長岡
事業所番号	1550280091
所在地	新潟県長岡市新保町 882-1
法人名	医療法人 晴生会
施設長	立川 厚太郎
電話番号	0258-24-1100
サービスの種類	(介護予防) 通所リハビリテーション
その他サービス	介護老人保健施設・(介護予防) 短期入所療養介護

(3) 施設の職員体制

職種	人数	業務内容
医師	1人以上	医学的管理
管理者	1人以上	施設管理
介護職員	3人以上	介護に関する全般
理学療法士等	1人以上	機能訓練

(4) 施設の設備の概要

敷地及び建物

敷地	5, 101.12 m ²
建物	鉄筋コンクリート造 3 階建
述べ床面積	4, 638.54 m ²
利用定員	入所 100 名 ((介護予防) 短期入所療養介護を含む) (従来型 : 60 名、ユニット型個室 : 40 名) 通所 30 名 (介護給付・介護予防給付サービス定員を含む)

主な設備

設備	室数	面積	備考
通所専用スペース	1	367.70 m ²	
(内、通所食堂)	1	100.50 m ²	
浴室	1	31.18 m ²	特別浴槽 1 台、個別浴槽一槽

2 利用料金 別紙参照

3 当施設のサービスの特徴

(1) 運営の方針

- ・利用者の人格を尊重し、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めます。
- ・明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、他の医療、保健、福祉サービス又は、関係機関との密接な連携に努めます。
- ・職員の質、サービスの質の評価を行い、改善を図るとともに、職員間の連携を深めます。

(2) 営業日及び営業時間

- ・営業日 年末年始（12月31日から1月3日）を除く月曜日から土曜日まで
- ・営業時間 午前8時30分から午後5時30分まで
- ・サービス提供時間 午前9時00分から午後4時30分まで
- ・時間延長について 午前は8時30分から、午後は5時30分までの間で時間外サービスのご相談に応じます。

(3) 通常の事業の実施地域

- ・長岡市及び見附市

(4) サービス利用において

事 項	有 無	備 考
男性介護職員の有無	有	
異性による身体介助	有	入浴・排泄介助を含む介護全般
従業員への研修の実施	有	年1回以上実施しています
サービスマニュアルの作成	有	
身体的拘束	無	※身体保護のため緊急やむを得ない場合のみ有り

4 緊急時の対応方法

- ・利用者の容体の変化等があった場合は、当該施設医師により必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

5 事故発生時の対応

- ・事業者は、利用者に対する指定通所リハビリテーション等の提供により事故が発生した場合は、当該利用者の家族、担当の介護支援専門員又は地域包括支援センター及び市町村等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- ・事業者は、利用者に対する指定通所リハビリテーション等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、契約書「賠償責任」の頁に基づき、損害賠償を行います。

- ・事故の原因を究明し、再発防止に努めます。

6 非常災害対策

- | | |
|--|-------|
| ① 防火教育および基本訓練（消火・通報・避難）
（うち1回は夜間を想定した訓練をおこなう） | 年2回以上 |
| 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的徹底 | 随時 |

7 虐待の防止のための対応

- ・虐待の防止のための指針に基づき対応します。
- ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。
- ・虐待の防止のための研修を定期的を実施します。
- ・サービス提供中に、施設職員又は養護者（利用者の家族等、利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに市町村に通報いたします。

8 サービス内容に関する相談・苦情

- | | |
|---------------------------------------|--------------|
| ① 施設ご利用相談・苦情担当
担当 支援相談員 | 0258-24-1100 |
| 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。 | |
| 新潟県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室 | 025-285-3022 |
| 長岡地域振興局健康福祉環境部 地域福祉課 | 0258-33-4930 |
| 長岡市役所 介護保険課 | 0258-39-2245 |
| 見附市役所 健康福祉課介護保険係 | 0258-61-1350 |

9 協力医療機関等

- | | |
|---|--|
| ① 医療法人誠心会吉田病院
住所：長岡市長町1丁目1668番地
電話：0258-32-0490 | |
| ② 新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院
住所：長岡市川崎町2041番地
電話：0258-35-3700 | |

10 当法人の概要

- | | |
|--------------|-------------------------------------|
| ① 名称・法人種別 | 医療法人 晴生会 |
| ② 代表者役職・氏名 | 理事長 新谷 正子 |
| ③ 本部所在地・電話番号 | 茨城県鹿嶋市宮中 1995-24
電話：0299-82-7911 |

令和 年 月 日

(介護予防) 通所リハビリテーションサービスの利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明致しました。また、本書を2通作成し、利用者、説明者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

事業者名 通所リハビリテーション 葵の園・長岡
所 在 地 新潟県長岡市新保町 882-1
名 称 医療法人 晴生会
 介護老人保健施設 葵の園・長岡

説明者氏名 _____ 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

また、重要事項説明について、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）による代筆をお願い致します。

利用者氏名 _____ 印

家族（代理人・保証人）氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____

利用料金

※介護保険自己負担分の料金は、介護負担割合証の負担割合に準じた料金になります。

(1) 通所リハビリテーション利用料

①基本料金 (1日あたりの介護保険適用時の自己負担額 (介護保険負担割合1割の場合))

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上 2時間未満	369	398	429	458	491
2時間以上 3時間未満	383	439	498	555	612
3時間以上 4時間未満	486	565	643	743	842
4時間以上 5時間未満	553	642	730	844	957
5時間以上 6時間未満	622	738	852	987	1120
6時間以上 7時間未満	715	850	981	1137	1290
7時間以上 8時間未満	762	903	1046	1215	1379

②その他、ご利用にかかる料金

行事材料費・・・110円/回 (税込)

入浴・・・対象者のみタオルリース料158円/日 (税込) をいただきます

リハビリテーション・・・下記各種加算に準じる

対象者のみの加算、月単位の加算・・・下記各種加算に準じる

各種加算	介護保険単位数
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)	12単位/回
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)	16単位/回
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)	20単位/回
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)	24単位/回
リハビリテーション提供体制加算5 (7時間以上)	28単位/回
入浴介助加算 (I)	40単位/日
入浴介助加算 (II)	60単位/日
リハビリテーションマネジメント加算 (イ) (6月以内)	560単位/月
(イ) (6月超)	240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) (6月以内)	593単位/月
(ロ) (6月超)	273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) (6月以内)	793単位/月
(ハ) (6月超)	473単位/月
上記リハビリテーションマネジメント加算について、医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合に (イ)・(ロ)・(ハ) に加え270単位を加算	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I) (週2日限度)	240単位/日
生活行為向上リハビリテーション実施加算 (6月以内)	1250単位/月

若年性認知症利用者受入加算	60 単位／日
栄養アセスメント加算	50 単位／月
栄養改善加算（原則 3 月以内、月 2 回を限度）	200 単位／回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6 月に 1 回を限度）	20 単位／回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6 月に 1 回を限度）	5 単位／回
口腔機能向上加算（Ⅰ）（原則 3 月以内、月 2 回を限度）	150 単位／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）（原則 3 月以内、月 2 回を限度）	160 単位／回
重度療養管理加算	100 単位／日
中重度者ケア体制加算	20 単位／日
科学的介護推進体制加算	40 単位／月
送迎を行わない場合（片道につき）	-47 単位／片道
移行支援加算	12 単位／日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位／回
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位／回
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位／回
退院時共同指導加算	600 単位／回
生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算（減算対象月から 6 月以内）	所定単位数より 15%減算
業務継続計画未実施減算	所定単位数より 3%減算
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数より 1%減算
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護保険請求合計単位数×8.6%

（２）介護予防通所リハビリテーション利用料

①基本料金（１月あたりの介護保険適用時の自己負担額（介護保険負担割合 1 割の場合））

要支援 1	2268／月
要支援 2	4228／月

②その他、ご利用にかかる料金

行事材料費・・・110 円（税込）

入浴・・・対象者のみタオルリース料 158 円／日（税込）をいただきます

リハビリテーション・・・下記各種加算に準じる

対象者のみの加算・・・下記各種加算に準じる

各種加算	介護保険単位数
生活行為向上リハビリテーション実施加算（6 月以内）	562 単位／月
若年性認知症利用者受入加算	240 単位／月
栄養アセスメント加算	50 単位／月
栄養改善加算	200 単位／月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6 月に 1 回を限度）	20 単位／回

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6月に1回を限度）		5 単位／回
口腔機能向上加算（Ⅰ）		150 単位／月
口腔機能向上加算（Ⅱ）		160 単位／月
一体的サービス提供加算		480 単位／月
科学的介護推進体制加算		40 単位／月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援 1 要支援 2	88 単位／月 176 単位／月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援 1 要支援 2	72 単位／月 144 単位／月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要支援 1 要支援 2	24 単位／月 48 単位／月
利用開始月から 12 月超の利用の場合（要件を満たさない場合）	要支援 1 要支援 2	-120 単位／月 -240 単位／月
生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算（減算対象月から 6 月以内）		所定単位数より 15%減算
業務継続計画未実施減算		所定単位数より 3%減算
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数より 1%減算
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		介護保険請求合計単位数×8.6%

（3）食費

種 類	内 容
食 費	食材料費及び調理に係る費用に相当する額を負担していただきます。 栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 食事形態等の変更についてはご相談に応じます。 食費 680円／日（税込）（おやつ代を含みます） ※おやつのみの場合は65円（税込）をいただきます。 食事時間 12：00 ～

（4）その他の料金

- ・文書作成料

通所証明および利用料金等に係る証明	1, 100 円（税込）
各種診断書及び医師の証明が必要なもの	3, 300 円（税込）

（5）キャンセルについて

- ・利用のキャンセルにつきましては、基本前日までに当施設までご連絡をお願いいたします。
- 当日の 8：30 以降にご連絡いただいた場合は、食費 680 円を請求させていただきます。

（6）支払方法

- ・毎月 15 日前後に前月分の請求書を発行いたします。なお、支払い方法については指定の銀行口座振替を基本とし、それ以外の支払い方法は別途話し合いの上双方合意した方法によります。