

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・桶川

(介護予防) 通所リハビリテーション重要事項説明書

1 施設の名称及び所在地

施設名称	介護老人保健施設 葵の園・桶川
所在地	埼玉県桶川市倉田 2 2 0 8 - 1
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	0 4 8 - 7 2 9 - 1 5 0 0
サービスの種類	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
介護保険事業者番号	1 1 5 5 2 8 0 0 4 1

2 事業の目的

加齢に伴い生ずる心身の変化に起因する疾病等により要支援、経過的要介護状態等となり介護、機能訓練並びに看護及び医療を要する者等について、これらの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、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションのサービスを提供し、もって保険医療の向上と福祉の増進を図ることを目的とする。

3 運営の方針

(1) 通所リハビリテーション

利用者が要介護状態になった場合においても、可能な限り居宅において、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、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の機能維持・向上を図るものとする。

(2) 介護予防通所リハビリテーション

利用者が要支援 1、2 の状態になった場合においても、その人の生活・人生を尊重し、生活機能の維持・向上を積極的に図り、できる限り自立した生活を送れるよう、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の自立支援を図るものとする。

4 職員の職種・員数

管理者	介護職員	支援相談員	作業療法士等
1 名	7 名以上	1 名	1 名以上

5 営業日及び営業時間

営業日	営業時間等
月曜日～土曜日	午前 9 : 4 5 分～午後 4 : 1 5
日曜日	定休日
年末・年始	1 2 月 3 1 日～1 月 3 日：休業

6 利用定員及び設備等

定員	食堂	機能訓練室	浴室	相談室	送迎車
7 0 名	1 室	1 室	5 室	1 室	1 3 台

7 サービスの内容

- (1) 送 迎：送迎時間は、利用者の安全を最優先に行っています。
- (2) 食 事：栄養のある献立を考慮し、利用状況、嗜好等に応じて楽しい雰囲気づくりに心掛けています。
- (3) 入 浴：利用者の身体の清潔を保持するように心掛けています。
- (4) 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訓練を図っています。
- (5) 生活相談：利用者の基本的人権を尊重し、細かな愛情もとに平等に接し、食事、趣味活動を通じて心身の健康維持、増進及び機能回復に努めて参ります。

8 サービスの利用料

※下記料金は、桶川市地域6級地区分単価（10.33 円）で計算されています。

(1) 通所リハビリテーション利用料

	介護保険適用時の自己負担額			自己負担利用料		
	利用料（円）6～7 時間未満			日用品費 （円）	娯楽費 （円）	食事代 （円）
	1 割負担	2 割負担	3 割負担			
要介護 1	693	1,385	2,077	100	100	700
要介護 2	824	1,647	2,470	100	100	700
要介護 3	950	1,899	2,848	100	100	700
要介護 4	1,102	2,203	3,304	100	100	700
要介護 5	1,251	2,502	3,753	100	100	700

	介護保険適用時の自己負担額			自己負担利用料		
	利用料（円）4～5 時間未満			日用品費 （円）	娯楽費 （円）	食事代 （円）
	1 割負担	2 割負担	3 割負担			
要介護 1	538	1,075	1,612	100	100	700
要介護 2	626	1,252	1,878	100	100	700
要介護 3	712	1,424	2,136	100	100	700
要介護 4	823	1,645	2,467	100	100	700
要介護 5	932	1,864	2,796	100	100	700

介護保険適用分加算内訳

		1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算（Ⅰ）	入浴時	42 円／回	83 円／回	124 円／回
入浴介助加算（Ⅱ）	入浴時	62 円／回	124 円／回	186 円／回
サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護福祉士を 50%以上配置	19 円／回	37 円／回	56 円／回
リハビリテーション 提供体制加算	4～5 時間未満	17 円／回	33 円／回	50 円／回
	6～7 時間未満	25 円／回	50 円／回	75 円／回
リハビリテーション マネジメント加算（B）イ	同意日から 6 ヶ月以内	858 円／月	1,715 円／月	2,572 円／月
	同意日から 6 ヶ月超	527 円／月	1,054 円／月	1,581 円／月
リハビリテーション マネジメント加算（B）ロ	同意日から 6 ヶ月以内	892 円／月	1,783 円／月	2,675 円／月
	同意日から 6 ヶ月超	561 円／月	1,122 円／月	1,683 円／月
短期集中個別 リハビリテーション加算	退所(院)又は初介護認定を受けた 日から起算して 3 ヶ月以内	114 円／月	228 円／月	341 円／月
重度療養管理加算	介護度 3～5 医学的管理を実施	104 円／月	207 円／月	310 円／月
科学的介護推進体制加算	月 1 回	42 円／月	83 円／月	124 円／月
栄養アセスメント加算	月 1 回	52 円／月	104 円／月	155 円／月

栄養改善加算	原則 3 ヶ月以内で月 2 回限度	207 円／回	414 円／回	620 円／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）	原則 3 ヶ月以内で月 2 回限度	166 円／回	331 円／回	496 円／回
介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数に、4.7%乗じた額			
特定介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数に、2.0%乗じた額			
介護職員等ベースアップ等 支援加算	総単位数に、1.0%乗じた額			

※日用品費：バスタオル、フェイスタオル、おしぼり等の料金です。

※教育娯楽費：個別のレクリエーションを行うに際してのクレヨン、紙その他の費用で、施設で用意する物をご利用頂く場合にお支払いただきます。

（２）介護予防通所リハビリテーション利用料

	介護保険適用時の 自己負担額			自己負担利用料		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担	日用品費(円)	娯楽費(円)	食事代(円)
要支援 1	2, 121	4, 242	6, 363	100	100	700
要支援 2	4, 131	8, 262	12, 393	100	100	700

介護保険適用分加算内訳

		1 割負担	2 割負担	3 割負担
運動機能向上加算	1 か月につき	233 円／月	465 円／月	698 円／月
サービス提供体制強化加算Ⅱ1	介護福祉士 50%以上配置	支援 1 75 円／月	支援 1 149 円／月	支援 1 223 円／月
サービス提供体制強化加算Ⅱ2	介護福祉士 50%以上配置	支援 2 149 円／月	支援 2 298 円／月	支援 2 447 円／月
科学的介護推進体制加算	月 1 回	42 円／月	83 円／月	124 円／月
栄養アセスメント加算	月 1 回	52 円／月	104 円／月	155 円／月
栄養改善加算	原則 3 ヶ月以内で 月 2 回限度	207 円／回	414 円／回	620 円／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）	原則 3 ヶ月以内で 月 2 回限度	166 円／回	331 円／回	496 円／回
選択的サービス 複数実施加算（Ⅰ）	運動機能向上加算及び 栄養改善加算の対象者	496 円／回	992 円／回	1, 488 円／回
長期利用に対する減算	利 用 開 始 月 より 12 ヶ月超	支援 1 -21	支援 1 -42	支援 1 -62
		支援 2 -42	支援 2 -83	支援 2 -124
介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数に、4.7%乗じた額			
特定介護職員 処遇改善加算Ⅰ	総単位数に、2.0%乗じた額			
介護職員等ベースアップ 等支援加算	総単位数に、1.0%乗じた額			

(3) お支払方法

ア 事業者は利用料金を利用月の末締めとし、翌月 10 日前後に請求書を作成し利用者に通知します。

イ 利用者は、当月料金の合計額を請求書に明細を付して翌月月末までに支払うものとします。

なお、支払い方法は銀行口座引き落としか銀行振り込みか窓口支払いとします。

ウ 事業者は利用者からの料金の支払いを受けた時は、利用者に対して受領書を発行します。

9 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

サービスを終了する 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 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。

10 サービスの現状及び留意事項

(1) サービスの現状

項 目	有 無	備 考
男性職員の有無	有	—
時間延長の有無	無	—
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	—

(2) 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。

1 1 送迎区域

桶川市、上尾市、伊奈町、北本市、久喜市、白岡市、蓮田市、鴻巣市

1 2 非常災害対策

- (1) 防災時の対応：事業所防災規定による。
- (2) 防災設備：前ア項の規定に沿った設備を設置。
- (3) 防災訓練：年2回実施。

1 3 事故発生時の対応

- (1) 事故発生時は、速やかに家族、関係機関に連絡し対応致します。
- (2) サービスの提供に伴って事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して損害を賠償致します。

1 4 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。

1 5 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

苦情担当 事務長 武田 淳美
相談担当 支援相談員
連絡先 電話 048-729-1500

(2) 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。

埼玉県国民健康保険団体連合会 電話：048-824-2568

桶川市 担当課：介護保険課 電話：048-786-3211

上尾市 担当課：高齢介護課 電話：048-775-6473

伊奈町 担当課：総合福祉係 電話：048-721-2111

北本市 担当課：高齢介護課 電話：048-594-5540

久喜市 担当課：介護保険課 電話：0480-22-1111（代表）

白岡市 担当課：高齢介護課 電話：0480-92-1111（代表）

蓮田市 担当課：高齢介護課 電話：048-768-3111（代表）

鴻巣市 担当課：長寿いきがい課 電話：048-541-1321（代表）

令和 年 月 日

（介護予防）通所リハビリテーションの開始に当たり、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致しました。

事業者 所在地 埼玉県桶川市倉田 2 2 0 8 - 1
 名 称 医療法人社団 葵会
 介護老人保健施設 葵の園・桶川

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 住 所 _____

 氏 名 _____ (印)

連帯保証人 住 所 _____

 氏 名 _____ (印)

