

介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 0479-86-2600 (9時～17時)

担当 支援相談員 田中恵美子 ※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 介護老人保健施設松尾リハビリ苑の概要

(1) 送迎できる範囲

事業所番号	1250780015
事業所名	介護老人保健施設 松尾リハビリ苑 介護予防通所リハビリテーション
所在地	千葉県山武市松尾町田越756-5
サービスを提供する対象地域	施設送迎の方・・・山武市の松尾・成東地区、横芝光町の横芝地区にお住まいの方 ※ただし、上記の地域でも、時間の関係でご送迎が出来ない場所もできてしまうので、 申し訳ありませんがご了承ください。

(2) 施設の職員体制

	入所・短期入所療養介護 介護予防短期入所		通所リハビリテーション 介護予防通所リハビリ	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
施設長	1			
医師	1以上			
薬剤師		0.24以上		
看護職員	6以上			
介護職員	18以上		3以上	
支援相談員	1以上			
理学療法士 作業療法士		0.7以上		0.3以上
(管理) 栄養士	1以上			
調理職員		5以上		
介護支援専門員	1以上			
事務職員	2以上			

(3) 施設の設備等の概要

定員	30名	通所ルーム	124.25㎡
機能訓練室	1室	送迎車	3台
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります		

(4) 営業時間等

月～土曜日(祝日も含む) 午前7時30分～午後6時15分まで

※ただし、施設送迎の方は午前8時45分～午後4時の間

3 提供するサービス内容

- ① 機能訓練・・・理学療法士、作業療法士、看護・介護職員による機能回復訓練を行います。
- ② 介護・・・居宅サービス計画に沿って下記の介護を行います。
食事、排泄、着替え、移動、入浴等の介助。おむつ交換、体位交換等。
- ③ 食事・・・朝食 8時00分～8時45分 昼食 12時10分～12時55分 夕食18時00分～18時45分
- ④ 入浴・・・居宅サービス計画に沿って入浴できます。ただし、心身状況に応じ特別浴または清拭となります。
- ⑤ 健康管理・・・来所したら、看護師によるバイタルチェックを行います。また、週1回
医師による診察を受けることができます。
- ⑥ 支援相談・・・居宅生活上の諸問題について相談をお受けします。
- ⑦ レクリエーション・・・誕生会、季節の行事など行います。

4 利用料金

- (1) 保険給付の自己負担額 単位数/月 ※1単位の単価が10.17円になります

要支援1	2,268 (ご利用が12か月超で要件を満たさない場合2,148)
要支援2	4,228 (ご利用12か月超で要件を満たさない場合3,988)
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算：「要支援1 88又は72又は24」「要支援2 176又は144又は48」 <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 保険内の (Ⅰ) 7.5% (Ⅱ)7.1% (Ⅲ)5.4% <input checked="" type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) 20/ (Ⅱ) 5 <input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算40 <input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算240 <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算 (6月以内) 562 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養改善加算200 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上加 (Ⅰ) 150/ (Ⅱ) 160 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算50 <input checked="" type="checkbox"/> 退所時共同指導加算600 <input type="checkbox"/> 一体的サービス提供加算480 (1 栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施 2栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを1月につき2回以上設ける 3栄養改善加算、口腔機能向上加算算定していないこと) <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者虐待防止未実施減算▲1% <input checked="" type="checkbox"/> 業務継続計画未策定減算▲1%	

※利用者負担の割合は「介護保険負担割合証」のとおり

※償還払いの場合には、一旦、全額をお支払いいただき、その後領収書を添付して市町村に請求されますと、9割の還付が得られます。

※利用者負担割合は「介護保険負担割合証」のとおり

(2) その他の料金

項目	単 価	内 訳
昼 食 費	680円 (非課税)	食材料費・調理費・(おやつ代) 朝食費420円、夕食費700円 (非課税)
日用品費/教養娯楽費	150円 (非課税)	おしぼり・石鹸・シャンプー・ちり紙等。レクリエーション等で使用する費用。行事等催し物費用

(税込)記録物の複写代：10円 (B 4サイズまで) 布オムツ33円 紙パット・ロング55円

オムツカバー 121円 紙・アテント 132円 紙パット・ミニ 33円 紙・パンツ 143円

※その他日用品等については、実費でいただきます。

(3) キャンセル料 お客様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

ご利用日の当日午前8時45分までにご連絡をいただいた場合	無料
ご利用日の当日午前8時45分までにご連絡がなかった場合	748円 (税込)

(4) 利用料の支払い方法

利用月の請求は翌月の15日までに請求いたしますので、末日までに現金又は、振込みでお支払いください。
お支払いいただきますと、領収書を発行します。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

電話等でお申し込みください。ご利用期間決定後、契約を結びます。

介護予防居宅サービス計画書の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

- ① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合・・・サービスの終了を希望する1週間前までに文書でお申し出ください。ただし、やむを得ない事情があるときは1週間以内でも契約を解約できます。
- ② 当施設の都合でサービスを終了する場合・・・人員不足等や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きます場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。
- ③ 自動終了・・・以下の場合は、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。
 - * 他の介護保険施設等に入所した場合 * 介護認定区分が、非該当（自立）となった場合
 - * 利用者の死亡又は被保険者資格を喪失した場合
- ④ その他・・・当施設が、正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者や家族に対して社会的通念を逸脱する行為を行った場合、または当苑が倒産した場合、利用者は文書で解約を通知することによりサービスを終了することができます。利用者が事業者を支払うべきサービス利用料を正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内にお支払いいただけない場合、または利用者が当施設や当施設の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただきます場合がございます。

6 施設のサービスの特徴等

(1) 運営方針

- ・ オープンかつ地域の高齢者対策システムの中核の一つと評価が受けられるような運営。
- ・ 個別の処遇計画を策定して、残存機能の維持、向上、自立支援に結びつく看護、介護を行う。
- ・ 安全、清潔、快適な施設内生活が得られるよう援助する。
- ・ リハビリの原義に叶った処遇を行う。

(2) サービスの利用のために

事 項	有無	備 考
祝日の実施の有無	○	
職員への研修の実施	○	
サービスマニュアルの作成	○	事故防止・感染症予防など
送迎の有無	○	山武市松尾町、成東地区・横芝光町の横芝地区

(3) サービス利用のための留意事項

- ・送迎の連絡方法・・・原則としてサービス提供開始時に決めた時間としますが、諸事情によりやむを得ず変更する場合には、速やかに連絡します。
 - ・体調確認・・・当施設到着後、体調の確認をさせていただきます。体調の変化がありましたら、連絡帳へ記入もしくは担当職員までお申し出ください。
 - ・体調不良の場合の対応・・・家族に連絡の上適切に対応します。場合によりサービス変更又は中止させていただきます。
 - ・食事のキャンセル・・・ご都合により食事をキャンセルする場合は、8時45分までにご連絡ください。
- ※サービスを中止した場合は、同月内であれば他の日に振り替えることができます。

7 緊急時の対応方法

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

8 非常災害対策

災害が発生した場合に、利用者の安全を守るため、平常時から準備体制を整え、防火管理者、連絡体制や役割分担を定めるとともに、年2回の避難訓練を行います。訓練の実施に当たっては、市域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

9 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当施設ご利用者相談・苦情担当 担当： 支援相談員 看護師長
電話： 0479-86-2600

(2) その他

当施設以外に、国民健康保険団体連合会及び市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

10 当社の概要

名 称	医療法人社団 桔梗会
代表者氏名	理事長 花城 恵美子
本部所在地	千葉県山武市松尾町田越756-5
電話番号	0479-86-2600
定款の目的に	1. 介護老人保健施設 (松尾リハビリ苑)
定めた事業	2. 訪問介護事業所 (桔梗会訪問介護センター)

介護予防通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 (事業所番号 1250780015)
所在地 千葉県山武市松尾町田越756-5
名 称 介護老人保健施設 松尾リハビリ苑 ㊞
介護予防通所リハビリテーション

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。

令和 年 月 日

利用者 住所〒 _____

氏名 _____ ㊞

身元引受人 住所〒 _____

氏名 _____ ㊞

説明者 (所属 事務部) 支援相談員 田中恵美子 ㊞