

指定介護予防通所リハビリテーション

重要事項説明書

医療法人社団 弘成会
介護老人保健施設
八千代ケアセンター

(令和6年11月1日改訂)

指定介護予防通所リハビリテーション 重要事項説明書

(令和6年11月1日現在)

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 047-488-8788

担当

*ご不明な点は、どんなことでもおたずねください。

2. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証及び介護保険負担割合証を確認させていただきます。

3. 八千代ケアセンター 介護予防通所リハビリテーションの概要

(1) 介護予防通所リハビリテーションの指定事業者番号およびサービス提供地域

事業所名	介護老人保健施設 八千代ケアセンター
所在地	千葉県八千代市島田55-1
介護保険指定事業者番号	1250480020
サービスを提供する地域	八千代市、船橋市、習志野市の一部
定員	要介護を含めて25名

(2) 事業者の職員体制

職種	員数	業務内容
管理者	1人(医師と兼務)	管理業務
医師	1人以上(管理者と兼務)	医師業務
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	サービス提供時間帯を通じて利用者が100人またはその端数を増すごとに1以上(施設と兼務)	心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持または、向上を目指す。
介護職員	サービス提供時間帯を通じて専従で、利用者の数を10で除した数以上	入浴、食事等の介助及び援助

(3) 営業時間

営業時間	月曜日～土曜日 午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	月・火・水・木・金・土曜日 午前10時00分から午後4時15分まで
休業日	日曜日・年末年始(12月30日から1月3日)は休業します

(4)緊急連絡先 電話番号 047-488-8788

4. 介護予防通所リハビリテーション内容

- (1) 利用日 毎週 曜日 (週 回)
- (2) 利用時間 午前10時00分 ~ 午後4時15分
- (3) 利用場所 千葉県八千代市島田55-1
八千代ケアセンター
- (4) 利用可能設備 食堂・機能訓練室・相談室・浴室（一般浴、機械浴）・送迎車
和室・トイレ

(5) サービス内容

介護予防通所リハビリテーション計画書に沿い、送迎、食事、個別機能訓練、排泄その他必要なサービス等を行います。

<共通サービス>

- ① 日常生活動作（ADL）の維持・向上、生活の質（QOL）の維持・向上、寝たきり予防、その他利用者の心身状態の改善を目的として、利用者の介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）に沿った介護予防通所リハビリテーション計画書を作成した上で適切なりハビリテーションを提供します。介護予防通所リハビリテーション計画書は、定期的に見直しを行います。
- ② 送迎が必要な利用者には、車両による送迎を行います。但し、送迎車両の巡回時間、定員、道路事情等によりご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。
- ③ 食事の準備・介助を行います。利用者の身体状況により、食事形態等のご相談にも応じます。食事時間 昼食 12:00~13:00 おやつ 15:00~15:30
- ④ 利用者の身体状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に適切な援助を行います。

<選択サービス>

- ① 個別リハビリテーション実施計画書を作成し、専門スタッフによる（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。
- ② 一般浴槽・機械浴槽、身体機能にあわせた入浴ができます。

5. 料 金

介護保険負担割合証により自己負担1割の方

(1) 基本料金

介護予防通所リハビリテーション費

要支援度	1月の利用単位	利用に係る自己負担額
要支援1	2,268 単位	2,393 円
要支援2	4,228 単位	4,461 円

- ※ 利用者負担額は、1単位 10.55円として計算された金額の1割になります
- ※ 1月分の利用料金は、利用された総単位数より算定されます。端数の関係で合計金額が多少異なる場合もあります。
- ※ 単位数・利用者負担額は、介護保険法の改正により変更になる場合もあります。
- ※ 送迎費用は1月あたりの単位数に含まれています。

(2) 加算料金

サービス種類	利用単位	利用に係る自己負担額
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	43 円
栄養アセスメント加算	50 単位/月	53 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ1 (要支援1)	72 単位/月	76 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ2 (要支援2)	144 単位/月	152 円
12月超減算 21 (要支援1)	▲120 単位/月	▲127 円
12月超減算 22 (要支援2)	▲240 単位/月	▲254 円

- ※ 科学的介護推進体制加算
 - ・ 利用者の心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出している場合
- ※ 栄養アセスメント加算
 - ・ 利用者ごとにアセスメントを実施し、利用者又はその家族に結果を説明した場合
- ※ サービス提供体制強化加算Ⅱ
 - ・ 利用者へ直接提供する職員のうち、介護福祉士の割合が50%以上の場合に加算
- ※ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）
 - ・ 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に8.6%を乗じます。
- ※ 12月超減算
 - ・ 介護予防通所リハビリの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えてサービスを行う場合に所定単位数から減算

介護保険負担割合証により自己負担2割の方

(1) 基本料金

介護予防通所リハビリテーション費

要支援度	1月の利用単位	利用に係る自己負担額
要支援1	2,268 単位	4,786 円
要支援2	4,228 単位	8,921 円

- ※ 利用者負担額は、1単位 10.55円として計算された金額の2割になります
- ※ 1月分の利用料金は、利用された総単位数より算定されます。端数の関係で合計金額が多少異なる場合もあります。
- ※ 単位数・利用者負担額は、介護保険法の改正により変更になる場合もあります。
- ※ 送迎費用は1月あたりの単位数に含まれています。

(2) 加算料金

サービス種類	利用単位	利用に係る自己負担額
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	85 円
栄養アセスメント加算	50 単位/月	106 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ1 (要支援1)	72 単位/月	152 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ2 (要支援2)	144 単位/月	304 円
12月超減算 21 (要支援1)	▲120 単位/月	▲254 円
12月超減算 22 (要支援2)	▲240 単位/月	▲507 円

- ※ 科学的介護推進体制加算
 - ・ 利用者の心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出している場合
- ※ 栄養アセスメント加算
 - ・ 利用者ごとにアセスメントを実施し、利用者又はその家族に結果を説明した場合
- ※ サービス提供体制加算Ⅱ
 - ・ 利用者へ直接提供する職員のうち、介護福祉士の割合が50%以上の場合に加算
- ※ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）
 - ・ 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に8.6%を乗じます。
- ※ 12月超減算
 - ・ 介護予防通所リハビリの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えてサービスを行う場合に所定単位数から減算

□ 介護保険負担割合証により自己負担3割の方

(1) 基本料金

介護予防通所リハビリテーション費

要支援度	1月の利用単位	利用に係る自己負担額
要支援1	2,268単位	7,179円
要支援2	4,228単位	13,382円

- ※ 利用者負担額は、1単位10.55円として計算された金額の3割になります
- ※ 1月分の利用料金は、利用された総単位数より算定されます。端数の関係で合計金額が多少異なる場合もあります。
- ※ 単位数・利用者負担額は、介護保険法の改正により変更になる場合もあります。
- ※ 送迎費用は1月あたりの単位数に含まれています。

(2) 加算料金

サービス種類	利用単位	利用に係る自己負担額
科学的介護推進体制加算	40単位/月	127円
栄養アセスメント加算	50単位/月	159円
サービス提供体制強化加算Ⅱ1 (要支援1)	72単位/月	228円
サービス提供体制強化加算Ⅱ2 (要支援2)	144単位/月	456円
12月超減算21(要支援1)	▲120単位/月	▲380円
12月超減算22(要支援2)	▲240単位/月	▲760円

- ※ 科学的介護推進体制加算
 - ・ 利用者の心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出している場合
- ※ 栄養アセスメント加算
 - ・ 利用者ごとにアセスメントを実施し、利用者又はその家族に結果を説明した場合
- ※ サービス提供体制加算Ⅱ
 - ・ 利用者へ直接提供する職員のうち、介護福祉士の割合が50%以上の場合に加算
- ※ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)
 - ・ 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に8.6%を乗じます。
- ※ 12月超減算
 - ・ 介護予防通所リハビリの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えてサービスを行う場合に所定単位数から減算

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

- ① 食事の提供に要する費用 : 昼食代 770 円/食
- ② クラブ活動等に要する費用 : 180 円/回 (教養娯楽費)
- ③ 日用雑貨費用 : 80 円/回
- ④ 諸費用 : おむつ代 (尿パッド 70 円、リハビリパンツ 150 円、オムツ 100 円)
: 連絡ファイル代 540 円 (初回のみ)
- ⑤ レクリエーション費用 : 利用者のみ実費を負担
- ⑥ 介護保険の支給限度額を超える介護予防通所リハビリテーションサービスをご利用の場合は、サービス利用料金の全額が利用者負担となります。

(4) サービス利用中止時の注意

利用者のご都合にてサービスを中止する場合、上記(3)の料金が必要となります。

- ① 利用日の前営業日午後 5 時までにご連絡いただいた場合 無料
- ② 利用日の当日午前 9 時までにご連絡がなかった場合 契約の食費

(5) 支払方法

毎月 15 日までに前月分の請求を発行いたしますので、月末までに直接払い、銀行振り込み、自動引落としにてお支払いください。お支払いの確認後に領収書を発行いたします。

<振込先銀行> みずほ銀行 船橋支店 (店番号 282)
普通預金 1290476
口座名義 医療法人社団 弘成会
理事長 玉元 弘次

※入金確認後、領収書を発行します。振込にかかる手数料は、利用者の負担となります。
利用料の支払い方法 : 直接払い希望 銀行振り込み希望 自動引落とし
請求書及び領収書の送付先 : 利用者住所 利用者住所以外

〒 _____
送付先住所 _____

送付先氏名 _____ (続柄 _____)

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

6. サービスの利用方法

(1) サービス利用開始

サービス提供の依頼を受けた後契約を結び、介護予防通所リハビリテーション計画を作成しサービス提供を開始します。

※介護予防サービス・支援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にご相談ください。

(2) サービス提供の終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 事業所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く場合がございます。その場合は、終了1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、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。

- ・ 利用者が医療機関・介護保険施設等に入院、入所、または介護認定が受けられなかったこと等により、相当期間以上にわたりこの契約が目的とするサービスが利用できない状態であることが明らかな場合
- ・ 介護保険給付サービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要介護と認定された場合
- ・ 利用者が死亡した場合
- ・ 天災、災害、施設・設備の故障。その他やむを得ない理由により利用させることができない場合

④ その他

以下の場合、利用者は文書で解約を通知することによりすぐにサービスを終了することができます。

- ・ 事業所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
- ・ 利用者に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・ 事業所が倒産した場合

以下の場合、事業者は文書で解約を通知することによりすぐにサービスを終了することができます。

- ・ 利用者及び身元引受人がサービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず10日以内に支払わない場合
- ・ 利用者及び身元引受人が事業所や事業者のサービス従業者に対し、契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
- ・ 職員へのハラスメント等を行った場合

7. 利用にあたっての留意事項

(1) 送迎時間

原則として、玄関の中までのお迎え・玄関の中までのお送りを致します。身体的・環境的な諸事情がある場合、利用者・家族等と話し合いを行い事業所として提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。標準的な時間内で行いますが、道路事情等でやむなく変更させていただく場合もあります。また、季節により、暑さや寒さ等身体に及ぼす影響は様々です。自宅の中でお待ちください。

乗車中は、全座席シートベルトを必ず着用してください。

(2) 体調確認と体調不良の場合の対応

当日、家族の方で確認をお願いいたします。事業所到着後、体温・血圧等の測定を行います。利用者の体調が優れない場合、家族等へ連絡するなど必要な対応を致します。

(3) 施設設備

① 施設内の設備や器具は、本来の用法に従って利用してください。これに反した利用により破損等が生じた場合、利用者負担により現状に復していただくか、または相当の対価をお支払いいただく場合があります。

② 事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

③ 事業所管内は禁煙となっております。

④ 高額金品の所持をお断りします。(紛失した場合、責任を負いかねます。)

8. 非常災害等

- ・ 出火時の対応 防火対応マニュアルに準ずる
- ・ 防火設備 火災報知器、消火器、防火扉、煙感知機、スプリンクラー、屋内消火栓
- ・ 防火訓練 年2回
- ・ 防火管理者 医療法人社団弘成会理事長から任命を受けた防火管理者講習会受講終了者

9. サービス内容に関する苦情

① サービス内容に関する苦情

事業所相談・苦情受付担当

- ・ 受付担当者：施設相談員
- ・ 責任者：管理者 川村 実
- ・ 電話番号：047-488-8788
- ・ 受付時間：9時00分～17時30分

② その他

事業所以外に市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。

- ・ 八千代市役所 長寿支援課 047-483-1151
- ・ 船橋市役所 介護保険課 047-436-2303
- ・ 習志野市役所 介護保険課 047-451-1151
- ・ 国民健康保険団体連合会 043-254-7428

10. 緊急時の対応

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、家族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

○緊急連絡先○

主治医 連絡先	病院名 及び担当医	
	電話番号	
第1連絡先	氏名	(続柄)
	住所	
	電話番号	自宅 携帯
第2連絡先	氏名	(続柄)
	住所	
	電話番号	自宅 携帯

11. 事業所の概要

名称・法人種別	医療法人社団 弘成会
代表者氏名	理事長 玉元 弘次
本社所在地	千葉県船橋市三咲三丁目1番15号
定款の目的に定めた事業	診療所の運営 介護老人保健施設の運営 居宅介護支援事業所の運営

以上

<説明日>

令和 年 月 日

指定介護予防通所リハビリテーションサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明をしました。

事業者 <住 所> 千葉県船橋市三咲三丁目1番15号
<事業者名> 医療法人社団 弘成会
<代表者名> 理事長 玉元 弘次

説明者 <所 属> 八千代ケアセンター

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、十分に理解した上で同意します。

<利用者>

<住 所> _____

<氏 名> _____

<身元引受人>

<住 所> _____

<氏 名> _____ (続柄 _____)

利用者は、身体状況などにより署名ができなため、利用者本人の意思を確認の上、私が代わってその署名を代筆しました。

<署名代筆者>

<住 所> _____

<氏 名> _____ (続柄 _____)

