

—通所リハビリテーション 重要事項説明書—

1. 施設の概要

(1) 名称及び事業所番号

施設名	通所リハビリテーション やまぶきの郷
所在地・連絡先	〒350-0246 埼玉県坂戸市多和目330番地 TEL 049-287-1155 FAX 049-287-9511
事業所番号	1156080022

(2) 職員体制

職 種	職員数
管理者 (医師兼任) (老健兼任)	1名
医師 (老健兼任)	1名以上
理学療法士 (老健兼任)	2名以上
作業療法士 (老健兼任)	2名以上
管理栄養士 (老健兼任)	2名以上
看護職員	1名以上
介護職員	7名以上
支援相談員	1名以上
事務職員 (老健兼任)	6名以上
施設課 (老健兼任)	9名以上

(3) 設備の概要

定員	40人	静養室
浴室 一般浴槽と特殊浴槽があります。		相談室
		送迎車
		食堂兼機能訓練室

(4) 営業時間

- ・営業日・・・月曜日～金曜日（祝日含）、12月31日
- ・定休日・・・土曜日・日曜日及び1月1日～1月3日
- ・営業時間・・・午前8時45分～午後5時
- ・サービス提供時間・・・午前9時30分～午後15時45分

2. サービスの内容

(基本サービス)

食事	管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびに利用者の身体状況及び嗜好に考慮した食事、おやつを提供します。 昼食 12:00 ~ 13:00
入浴	入浴又は清拭を行います。 ・自立支援のために手すり付きの浴槽で入浴することができます。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	理学療法、作業療法、個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。
レクリエーション	レクリエーションとして、季節の行事や日々のレクリエーションを用意しています。
健康チェック	利用者の病状や心身の状況に応じての相談や健康チェックを行っております。
相談及び援助	利用者及びその家族からの相談に応じます。
送迎	自宅から施設間の送迎を行います。車椅子でも利用できるリフト車で、介護職員がお手伝いします。

(追加サービス) ※利用者の同意を得て実施。

リハビリテーション・マネジメント	関連スタッフは、サービスを行う為に情報収集を行い、リハビリテーション実施計画原案を作成し、利用者又は家族の同意を得るものとします。サービス開始後2週間でアセスメント評価、計画、説明の同意を得て3ヵ月毎に生活状況の把握に努め適切なリハビリテーションを提供します。
短期集中個別リハビリテーション実施	退院、退所直後又は初めて要介護認定を受けた後（3ヵ月以内の期間）に、在宅における日常生活活動の自立性を向上させるための理学療法士等によるリハビリの提供。
口腔機能向上	口腔機能の低下している、又は、そのおそれのある利用者に対し看護師等が口腔機能改善計画を作成し、これに基づく適切なサービスを行う（定期的評価見直し）。

3. 料金

(1) 通所リハビリテーション利用料・基本サービス□

(6時間以上7時間未満)

介護度	基本サービス費 (1日あたり)	1割負担 (円)	2割負担 (円)	3割負担 (円)
要介護度1	715単位	739円	1,477円	2,216円
要介護度2	850単位	878円	1,756円	2,634円
要介護度3	981単位	1,014円	2,027円	3,040円
要介護度4	1,137単位	1,175円	2,349円	3,524円
要介護度5	1,290単位	1,333円	2,665円	3,998円

※今後、介護保険法が改定された場合は変更となります。

※上記表中の円換算した数値は、地域区分（10.33円）を含んだ金額です。

(2) 通所リハビリテーション利用料・加算

項番	項目	補足説明	算定単位	料金(単位)	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
1	理学療法士等体制強化加算	1時間以上2時間未満	1日	30単位	31円	62円	93円
2	7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に日常生活上の世話をを行う場合	8時間以上9時間未満	1回	50単位	52円	104円	155円
3		9時間以上10時間未満	1回	100単位	104円	207円	310円
4	リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満	1回	12単位	13円	25円	37円
		4時間以上5時間未満	1回	16単位	17円	33円	50円
		5時間以上6時間未満	1回	20単位	21円	42円	62円
		6時間以上7時間未満	1回	24単位	25円	50円	75円
		7時間以上	1回	28単位	29円	58円	87円
5	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		1回	(所定単位数の5%)	左記相当額	左記相当額	左記相当額
6	入浴介助加算(Ⅰ)		1日	40単位	42円	83円	124円
	入浴介助加算(Ⅱ)		1日	60単位	62円	124円	186円
7	リハビリテーションマネジメント加算(イ)	同意日の属する月から6ヶ月以内	1月	560単位	579円	1,157円	1,736円
		同意日の属する月から6ヶ月超	1月	240単位	248円	496円	744円
8	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	同意日の属する月から6ヶ月以内	1月	593単位	613円	1,225円	1,838円
		同意日の属する月から6ヶ月超	1月	273単位	282円	564円	846円
9	リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	同意日の属する月から6ヶ月以内	1月	793単位	820円	1,639円	2,458円
		同意日の属する月から6ヶ月超	1月	473単位	489円	978円	1,466円
10	リハビリテーションマネジメント加算	事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合	1月	270単位	279円	558円	837円
11	短期集中個別リハビリテーション実施加算	・退院(所)日又は認定日から3ヶ月以内に個別リハビリを集中的に行った。	1日	110単位	114円	228円	341円
12	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	・退院(所)日又は通所開始日から起算して3ヶ月以内(週2回を限度)	1日	240単位	248円	496円	744円
13	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	・退院(所)日の翌日の属する月又は通所開始日から起算して3ヶ月以内	1月	1,920単位	1,984円	3,967円	5,950円
14	生活行為向上リハビリテーション実施加算	利用開始日の属する月から6ヶ月以内	1月	1,250単位	1,292円	2,583円	3,874円
15	生活行為向上リハビリテーション実施後にリハビリ継続した場合減算	減算対象月から6ヶ月以内	1月	所定単位数×[85/100]	左記相当額	左記相当額	左記相当額
16	若年性認知症利用者受入加算		1日	60単位	62円	124円	186円
17	栄養アセスメント加算		1月	50単位	52円	104円	155円
18	栄養改善加算	月2回を限度(開始から3ヶ月以内。その後状態評価し3ヶ月毎。)	1回	200単位	207円	414円	620円
19	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6ヶ月1回限度	1回	20単位	21円	42円	62円
20	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6ヶ月1回限度	1回	5単位	6円	11円	16円
21	口腔機能向上加算(Ⅰ)	月2回を限度(開始から3ヶ月以内。その後状態評価し3ヶ月毎。)	1回	150単位	155円	310円	465円

項番	項目	補足説明	算定単位	料金(単位)	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
22	口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	月2回を限度(開始から3ヶ月以内。その後状態評価し3ヶ月毎。)	1回	155単位	161円	321円	481円
23	口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	月2回を限度(開始から3ヶ月以内。その後状態評価し3ヶ月毎。)	1回	160単位	166円	331円	496円
24	重度療養管理加算(要介護3、4、5に限る)		1日	100単位	104円	207円	310円
25	中重度ケア体制加算		1日	20単位	21円	42円	62円
26	科学的介護推進体制加算		1月	40単位	42円	83円	124円
27	事業所が送迎しない場合	(片道あたり)	1回	-47単位	-49円	-97円	-146円
28	退院時共同指導加算		1回	600単位	620円	1,240円	1,860円
29	移行支援加算		1日	12単位	13円	25円	37円
30	サービス提供体制強化加算	(1)介護福祉士70%以上 又は勤続10年以上介護福祉士25%以上	1日	22単位	23円	46円	69円
		(2)介護福祉士50%以上	1日	18単位	19円	37円	56円
		(3)介護福祉士40%以上 又は勤続7年以上30%以上	1日	6単位	7円	13円	19円
31	介護職員等処遇改善加算	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1月	所定単位数×加算率 [8.6%]	左記相当額	左記相当額	左記相当額
		介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1月	所定単位数×加算率 [8.3%]	左記相当額	左記相当額	左記相当額
		介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	1月	所定単位数×加算率 [6.6%]	左記相当額	左記相当額	左記相当額
		介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	1月	所定単位数×加算率 [5.3%]	左記相当額	左記相当額	左記相当額

※今後、介護保険法が改定された場合は変更となります。

※上記表中の円換算した数値は、地域区分(10.33円)を含んだ金額です。

※上記表は該当する項目のみ算定致します。

(3) 保険外負担のサービス

食費（おやつ含）	800円	
教養娯楽費	170円/日	※1
日用品費	170円/日	
理美容代（1回 基本料金）	2,200円	
おむつ代	実費	

※1：①教養娯楽費…誕生会、春まつり、クリスマス会、レク等に関わる費用。
 ②日用品費…入浴利用品、日用生活に必要な物等。

(4) お支払い額計算方法について

支払合計額＝〔（所定単位数+介護職員等処遇改善加算）×地域区分〕

－〔（所定単位数+介護職員等処遇改善加算）×地域区分〕×負担割合〕

＋その他費用等

※小数点以下は切り捨てる。

・所定単位数 ＝ 基本サービス費 ＋ その他加算

・介護職員等処遇改善加算 ＝ 所定単位数 × 加算率

※小数点以下は四捨五入する

※介護職員等処遇改善加算は介護職員等処遇改善加算Ⅰ

・地域区分 ＝ 10.33

・負担割合 ＝ 0.9（1割負担）、0.8（2割負担）、0.7（3割負担）

※「介護保険負担割合証」に記載されている割合

・その他費用 ＝ 保険外負担サービスは、教養娯楽費・日用品費・その他

4. お支払い方法

利用料は月末締めで計算の上、翌月10日頃にご連絡申し上げます。原則、口座引落とし（利用月の翌月23日・・・銀行休日の場合は翌営業日）にてお支払いいただきます。口座引落としで決済出来ない場合は、その月の末までに窓口もしくは銀行振込み（**武蔵野銀行日高支店 普通預金128676 名義医療法人靖和会**）でお支払い下さい。口座引落手数料、銀行振込み手数料はご負担をお願い致します。

5. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

- ・通所リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

（2）サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

②当施設の都合でサービスを終了する場合

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、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。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付で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）と認定された場合
- ・利用者が死亡した場合

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、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が破産した場合、利用者は文書で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。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを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30日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院もしくは病気等により3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族などが当施設や従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6. サービス利用にあたっての留意事項

- ・送迎時間の連絡・・・何らかの理由で送迎時間の変動があった場合は、速やかに連絡いたします。利用日には、準備を早めをお願いします。
- ・体調確認・・・風邪、病気等の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ・体調不良等によるサービスの中止・変更・・・当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。
- ・時間変更・・・居宅介護支援事業者の担当者に申し出された上、当施設へご相談ください。
- ・設備、器具の利用・・・施設内の設備や器具は、本来の用途にしたがってご利用ください。
- ・当日、利用中止の連絡は午前8時までにお問い合わせ致します。尚、8時以降はキャンセル料金が発生致します。

7. 緊急時の対応

サービスの提供中に容態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、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡致します。

主治医	病院・医院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名①	
	連絡先①	
	氏名②	
	連絡先②	

8. 非常災害対策

- ・当施設が定める消防計画にのっとり対応しています。
- ・防災設備 : スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯、防火扉、屋内消火栓、非常通報装置、非常用電源、防災性能のあるカーテンや布団、非常食（3日分）等を使用。
- ・防火管理者 : 山本 淳一

9. 通常の事業の実施地域

以下の通り

- ・坂戸市、日高市、鶴ヶ島市、越生町、毛呂山町、鳩山町

10. 冊一ビス内容に関する相談・苦情

○施設の相談・苦情担当	
担当者 : 勝木 竜太	
TEL : 049-287-1155	
受付時間 : 9:00~17:00(月~金)	
○坂戸市役所 高齢者福祉課 介護保険担当	○日高市役所 介護保険担当
TEL : 049-283-1429 (直通)	TEL : 042-989-2111
FAX : 049-283-1830	FAX : 042-989-2316
○鶴ヶ島市役所 介護保険担当	○越生町役場 介護保険担当
TEL : 049-271-1111	TEL : 049-292-3121
FAX : 049-271-1190	FAX : 049-292-5400
○毛呂山町役場 介護保険担当	○鳩山町役場 介護保険担当
TEL : 049-295-2112	TEL : 049-296-1211
FAX : 049-295-0771	FAX : 049-296-2594
○埼玉県国民健康保険団体連合会	
介護福祉課 苦情対応係 相談窓口	
TEL : 048-824-2536	
FAX : 048-824-2561	