

介護老人保健施設 ケアポート庄川

通所リハビリテーション

# 重要事項説明書

(令和元年10月1日改正)

社会福祉法人 庄川福祉会

# 重要事項説明書

(介護老人保健施設ケアポート庄川 通所リハビリテーション)

あなたに対する介護療養施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生労働省令第37号8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1. 事業者の概要

事業者の名称	庄川福祉会
主たる事務所の所在地	富山県砺波市庄川町金屋字岩黒38-1
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	庄下 中 (ショウゲ アタル)
電話番号	0763-82-6868

## 2. ご利用施設

施設の名称	介護老人保健施設 ケアポート庄川
施設の所在地	富山県砺波市庄川町金屋字岩黒38-1
事業所番号	1672000310号
施設長の氏名	杉本 立甫
電話番号	0763-82-6870
ファクシミリ番号	0763-82-4192
ホームページアドレス	<a href="http://www.shogawa.jp/">http://www.shogawa.jp/</a>
E-mail アドレス	dc@shogawa.jp

## 3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定及び砺波地方		
	指定年月日	指定番号	利用定員
短期入所療養介護	平成26年4月1日	1672000328	
介護老人保健施設	平成26年4月1日	1652080001	80
通所介護	平成26年4月1日	1672000229	50
通所型サービスA 予防ひろば	平成28年4月1日	16A0800111	10
居宅支援事業所	平成26年4月1日	1672000260	
地域密着型通所介護 ゆずの木	平成28年4月1日	1670800539	10

## 4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	この施設は、要介護状態と認定された利用者に対し介護保険法令の趣旨にしたがって、通所リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
-------	---

運営の方針	当施設では、通所リハビリテーション計画に基づいて、必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努める。
-------	---

## 5. 利用事業所の職員体制

	常勤	非常勤
医師	1名（兼務）	
作業療法士・理学療法士	作業療法士2名（兼務） 理学療法士2名	
介護職員	9名	1名

## 6. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日（定休日は、土、日曜・年末年始）
営業時間	8時00分～17時00分
サービス提供時間	9時00分～15時30分

## 7. 利用者負担料金

- (1) 保険給付の自己負担額 添付【資料1】の通り
- (2) 保険給付以外（利用料）の自己負担額 添付【資料1】の通り
- (3) 支払い方法
  - ・毎月10日頃までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。（施設の実状に合わせて利用日毎に精算する方法としても可）
  - ・お支払い方法は、現金、金融機関口座自動引き落としの2方法があります。利用申込み時にお選びください。

## 8. 苦情の受付

当事業所における苦情や相談受付

- (1) サービスに関する苦情やご相談は、以下の窓口で受付ます

- 苦情解決責任者  
施設長 杉本 立甫      電話番号    0763-82-6868
- 苦情受付窓口  
担 当    米沢 委月子      電話番号    0763-82-6870
- 受付時間                      毎週月曜日～金曜日    8:00～17:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

事業所名	所在地	電話番号
砺波市高齢介護課	富山県砺波市栄町 7-3	0763-33-1111
南砺市福祉課	富山県南砺市北川 166-1	0763-23-2034
砺波地方介護保険組合	富山県砺波市栄町 7-3	0763-34-8333
国民健康保険団体連合会	富山県富山市下野字豆田 995-3	076-431-9829
富山県福祉サービス運営適正化委員会	富山県富山市安住町 5-21	076-432-3280

(3) 苦情処理第三者委員

山本 磯明  
島田 秀子

9. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

- ・協力医療機関
  - ・名称 南砺市民病院
  - ・住所 富山県南砺市井波 938
- ・協力歯科医療機関
  - ・名称 エントランス歯科
  - ・住所 富山県庄川町青島 188-3

10 非常災害対策

- ・災害時の対応・・・利用者の避難等適切な措置を講じ、非常災害に備える。
- ・防災設備・・・スプリンクラー・消火器・消火栓・火災報知器

11. 緊急の対応方法

サービスの提供中に容体の変化があった場合には、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

かかりつけの病院等の名称	
〃 の住所	
〃 電話番号	
主治医名	

緊急時家族連絡先

氏名	(続柄)
住所	
電話番号	

## 居宅介護支援事業所

事業所名 (担当介護支援専門員氏名)	
住 所	
電話番号	

### 1 2. ご利用時のサービス提供について

朝、ご自宅へ施設車両でお迎えに伺い乗車して頂き、(他の利用者宅へも同車両で伺います) 当事業所へ来て頂きます。(身体の状態により車椅子等乗降可能です。) 家の中でお待ち下さい。健康チェック(電子体温計・電子血圧計を使用)をして心身の状態を観察し記録させて頂きます。理学療法士、作業療法士による個別リハビリテーションを行います。入浴を希望された方には入浴をさせて頂きます。昼食前に嚙下体操を他の利用者と一緒にして頂きます。昼食後、希望により静養を行います。15時頃に簡単なおやつを提供させて頂きます。15時20分頃、帰りの体操として他の利用者と一緒にして頂きます。帰りの身支度をして施設車両にてご自宅までお送りさせて頂きます。

### 1 3. ご利用時のお願いごと

衣類等、身に着けているものには氏名をご記入下さい。  
必要の無いもの(金品・食べ物など)は持参されないで下さい。  
利用日にお休みされる場合は必ず連絡をして下さい。  
他のご利用者との集団的な空間でのサービスとなりますので協調にご理解下さい。  
利用に関してご意見・苦情等がある場合は担当者にご連絡下さい。

### 1 4. キャンセルについて

キャンセルの連絡は、前日の営業時間内までをお願いします。  
緊急の場合は、その都度すみやかにご連絡をお願いします。  
原則キャンセル料は請求しません。

### 1 5. その他

重要事項説明書、契約書及び利用されましたら定期的にリハビリテーション実施計画書、個別支援計画書を作成し同意を得ることになりますので、その節には署名等をお願いさせて頂きます。  
また、書類等につきましては保管をお願いします。

## 資料1 利用料金について

### (1) 基本料金

- ① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間や実施加算項目等によって利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担分です。）また介護負担割合証にて2割の方は2倍、3割の方は3倍の利用料金になります。

[6時間以上7時間未満]

・ 要介護 1	670円
・ 要介護 2	801円
・ 要介護 3	929円
・ 要介護 4	1,081円
・ 要介護 5	1,231円

※通常の事業の実施地域を超えて、指定通所リハビリテーションを行なった場合は、1日につき所定の単位数の100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算します。

- ② 入浴介助加算 50円/日

※通所リハビリテーション利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。

- ③ リハビリテーションマネジメント加算

・ 医師又は医師の指示を受けた、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行い、通所リハビリ計画の作成及び見直しを行った場合

リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	330円/月
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ	
・ 開始から6か月以内	850円/月
・ 開始から6か月超	530円/月

- ④ 短期集中リハビリテーション実施加算

・ 退院・認定日から起算して3ヵ月以内の期間 110円/日

- ⑤ サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）

・ 介護職員の中で介護福祉士が50%以上配置。 18円/回

リハビリテーション提供体制加算4. 24円/回

- ⑥ 介護職員処遇改善加算Ⅰ

・ 要介護状態区分に応じて、一日につき算定される所定単位数の1000分の47（4.7%）に相当する単位数

### (2) その他の料金（利用者負担となります。）

- ① 食費（食材料費及び調理に係る費用） 昼食 620円

※原則として食堂でおとりいただきます。なお、通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

- ② 排泄関係紙オムツ等 実費

令和 年 月 日

通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 富山県砺波市庄川町金屋字岩黒38-1  
名称 社会福祉法人 庄川福祉会

説明者

所属 介護老人保健施設 ケアポート庄川  
通所リハビリテーション

氏名

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、指定通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意します。

<利用者>

<住所> 砺波市

砺波市庄川町

南砺市

<氏名>

印

<扶養者等>

<住所> 砺波市

砺波市庄川町

南砺市

<氏名>

印