

介護老人保健施設 ケアポート庄川

介護予防通所リハビリテーション

重要事項説明書

(令和8年6月1日改正)

社会福祉法人 庄川福社会

重要事項説明書

(介護老人保健施設ケアポート庄川 介護予防通所リハビリテーション)

あなたに対する介護予防通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、介護保険法に関する厚生労働省令第37号4条(Ⅱ18年)に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

事業所の名称	社会福祉法人 庄川福祉会
主たる事業所の所在地	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
都道府県知事許可番号	1672000310号
施設長の氏名	杉本 立甫(スギモト タツホ)
電話番号	0763-82-6868
FAX 番号	0763-82-4192
ホームページアドレス	https://www.shogawa.jp/
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

事業所の種類	都道府県知事及び砺波地方介護保険組合の指定		
	指定の更新年月日	指定番号	利用定員
短期入所療養介護	令和8年4月1日	(県)1672000328	
介護老人保健施設	令和8年4月1日	(県)1652080001	80
通所介護	令和8年4月1日	(県)1672000229	50
通所型サービスA 予防ひろば	令和4年4月1日	(砺)16A0800011	15
居宅介護支援事業所	令和8年4月1日	(県)1672000260	
訪問リハビリ	令和6年5月1日	(県)1670800430	
地域密着型通所介護 ゆずの木	令和3年9月1日	(県)1670800539	15

4. 施設の目的と運営方針

施設の目的	この施設は、要支援状態と認定された利用者に対し介護保険法令の趣旨に従って、介護予防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又は向上を目指す事を目的とする。
運営の方針	当施設では、介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて、必要なりハビリテーションを行い、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援を行う。

5. 利用事業所の職員体制

職 種	常 勤	非常勤
管理者（医師）	1 名（兼務）	
医師	1 名（兼務）	
理学療法士・作業療法士	理学療法士 1 名 作業療法士 2 名（1 名兼務）	
介護職員	6 名	3 名
看護職員		1 名

6. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日（定休日は、土、日・年末年始）
営業時間	8 時 0 0 分～1 7 時 0 0 分
サービス提供時間	9 時 0 0 分～1 5 時 3 0 分

7. 利用者負担料金

（１）保険給付の自己負担額

（２）保険給付以外（利用料）の自己負担額

（３）支払い方法

・毎月 1 0 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清算する方法としても可）

・お支払方法は、現金、金融機関口座自動引き落としの 2 方法あります。利用申し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、以下の窓口で受け付けます

○苦情解決責任者

施設長 杉本 立甫 電話番号 0 7 6 3 - 8 2 - 6 8 6 8

○苦情受付窓口

担 当 中尾 直子 電話番号 0 7 6 3 - 8 2 - 6 8 7 0

○受 付 時 間

毎週月曜日～金曜日 8 : 0 0 ～ 1 7 : 0 0

（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
南砺市地域包括ケア課	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
富山県国民健康保険団体連合会苦情相談窓口	富山県富山市下野字豆田 995-3	076-431-9833
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

齋藤 正樹

中村ひとみ

- (4) 提供したサービスに対する苦情に関して、その内容を十分に把握するとともに関係機関と連携を図り適切な対応を行います。また、関係機関から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。

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おります。

・協力医療機関

名称 南砺市民病院
住所 富山県南砺市井波 9 3 8

・協力歯科医療機関

名称 エントランス歯科
住所 富山県砺波市庄川町青島 1 8 8 - 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. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市、県、関係する介護予防支援事業者への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

12. 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、居宅介護事業所等へ連絡をいたします。

かかりつけの病院等の名称	
〃 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	

地域包括センター等

事業所名 (担当介護支援専門員氏名)	
住 所	
電話番号	

1 3. 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いただき、（他の利用者様宅へも同車両で伺います）当事業所へ来ていただきます。（身体の状態により車椅子等乗降可能です。）家の中でお持ちください。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いただきます。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していただきます。

昼食前に嚥下体操を他の利用者様と一緒にしていただきます。

昼食後、希望により静養を行います。

1 5 時頃に簡単なおやつを提供させていただきます。

1 5 時 2 0 分頃、帰りの体操を他の利用者様と一緒にしていただきます。

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いただきます。

1 4. 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ください。

必要のないもの（金品・食べ物など）は持参されないでください。

利用日にお休みされる場合は必ず連絡をしてください。

他の利用者様と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ください。

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ください。

1 5. 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。（当日の昼食につきましては 1 0 時以降キャンセルできません）

1 6. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無 なし

1 7. その他

重要事項説明書、契約書締結及び利用されました定期的な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いただきます。

また、書類等につきましては保管をお願いします。

写真・画像に係る同意書

当事業所における催し物等での写真撮影又はビデオ撮影した写真（画像）を事業所が発行する下記の事項に使用させていただきます。

- | | | |
|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ・ ホームページに使用 | ☐ 同意する | ☐ 同意しない |
| ・ パンフレットに使用 | ☐ 同意する | ☐ 同意しない |
| ・ 広報誌に使用 | ☐ 同意する | ☐ 同意しない |
| ・ 事業所内掲示物に使用 | ☐ 同意する | ☐ 同意しない |

資料 1

利用料その他の費用の額について

(1) 介護予防通所リハビリテーション費

(1 単位の単価：10 円)

基本単位		1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1	2, 268 単位/月	2, 268 円	4, 536 円	6, 804 円
要支援 2	4, 228 単位/月	4, 228 円	8, 456 円	12, 684 円

■加算

(1 単位の単価：10 円)

加算		1 割負担	2 割負担	3 割負担
①中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		1 月につき所定単位数の 1 0 0 分の 5 に相当する単位数を所定単位数に加算		
※通常の事業の実施地域を越えてサービスを行った場合				
②退院時共同指導加算	6 0 0 単位／回	6 0 0 円	1, 2 0 0 円	1, 8 0 0 円
③サービス提供体制強化加算（Ⅰ）				
（１）要支援 1	8 8 単位／月	8 8 円	1 7 6 円	2 6 4 円
（２）要支援 2	1 7 6 単位／月	1 7 6 円	3 5 2 円	5 2 8 円
※介護福祉士の占める割合が 7 0 % 以上若しくは勤続年数 1 0 年以上の介護福祉士の占める割合が 2 5 % 以上配置している場合				
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）				
（１）要支援 1	7 2 単位／月	7 2 円	1 4 4 円	2 1 6 円
（２）要支援 2	1 4 4 単位／月	1 4 4 円	2 8 8 円	4 3 2 円
※介護福祉士の占める割合が 5 0 % 以上配置している場合				
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）				
（１）要支援 1	2 4 単位／月	2 4 円	4 8 円	7 2 円
（２）要支援 2	4 8 単位／月	4 8 円	9 6 円	1 4 4 円
※介護福祉士の占める割合が 4 0 % 以上若しくは勤続年数 7 年以上の介護福祉士の占める割合が 3 0 % 以上配置している場合				
④科学的介護推進体制加算	4 0 単位／月	4 0 円	8 0 円	1 2 0 円
※利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合				
⑤介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）□ ＜1 月につき＞		1 月につき算定される単位数の 1 0 0 0 分の 1 1 1 に相当する単位数を加算		

■減算

(1 単位の単価：10 円)

減算		1 割負担	2 割負担	3 割負担
厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合であって、利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えて介護予防通所リハビリテーションを行う場合は、1 月につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算				
(1) 要支援 1	△120 単位	△120 円	△240 円	△360 円

(2) 要支援2	△240 単位	△240 円	△480 円	△720 円
----------	---------	--------	--------	--------

※算定要件を満たした場合：減算なし

(2) その他の費用

①食費（食料費及び調理に係る費用） 昼食 665 円

②排泄関係紙オムツ等 実 費

令和 年 月 日

介護予防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。

事業所

所在地 富山県砺波市庄川町金屋字岩黒 3 8 - 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
介護予防通所リハビリテーション

氏 名 _____ 印 _____

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、介護予防通所リハビリテーションサービスの提供時開始に同意しました。

＜利用者＞

＜住所＞ 砺波市

南砺市

＜氏名＞ 印

＜扶養者＞

<住所>

＜氏名＞ 印