

介護予防通所リハビリサービス重要事項説明書

あなたに対する介護予防通所リハビリサービスの提供開始にあたり、平成 25 年 1 月 11 日神奈川県条例第 21 号（指定介護予防サービスの事業の人員、設備、運営等に関する基準）第 124 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者およびご利用事業所

事業者の名称	医療法人社団 帰陽会
所在地	神奈川県小田原市荻窪 406
理事長	南 康平
電話番号	0465-34-3444
利用事業所の名称	介護老人保健施設 にじの丘足柄
所在地	神奈川県南足柄市岩原 699
施設長	堀口 徹
電話番号	0465-70-2222
FAX 番号	0465-70-2111
設立年月日	1998 年 12 月 7 日

2. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	指定年月日	事業所番号	利用定数
介護老人保健施設	2000 年 2 月 22 日	1454380002	82 床
通所リハビリテーション	2000 年 2 月 22 日	1454380002	35 人
介護予防通所リハビリテーション	2006 年 4 月 1 日	1454380002	
短期入所療養介護	2000 年 2 月 22 日	1454380002	
介護予防短期入所療養介護	2006 年 4 月 1 日	1454380002	
訪問リハビリテーション	2015 年 2 月 1 日	1454380002	

3. 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長	1	1				1.0	1	医師 1 人
医師	2	1	1			1.2	1	医師 2 人
介護職員	12	5	3	4	1	7.8	4	介護福祉士 9 人
理学療法士		2		1	1	0.7	2.49	理学療法士 3 人
言語聴覚士		2			0	0.8		言語聴覚士 2 人
作業療法士		2			0	0.5		作業療法士 2 人
支援相談員	1		1		0	0.5		介護支援専門員 1 人

2024 年 6 月 1 日現在

4. 営業時間

営業日	月～日曜日（但し 1 月 1 日、2 日、3 日は休業）
営業時間	8：30～17：00
サービス提供時間	9：30～15：40

5.介護予防通所リハビリテーションサービス内容説明書

当施設が、提供するサービスは以下の通りです。

1 提供するサービス

介護予防通所リハビリテーション

ご利用日：毎週（

）曜日

サービスの提供手順は、当施設パンフレットにて確認します

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態になることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすく説明します。ご不明な点がございましたら遠慮なく担当職員にご質問下さい。
- ③ サービスの提供にあたっては、常にあなたの病状や心身の状況、及び置かれている環境を把握し、適切なサービスを提供します。特に認知症の状態にある方については、必要に応じその特性に応じたサービスを提供できる体制を整えます。

2 運動機能向上計画

- ① 当施設では、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る医師など従業者が、診療又は運動機能検査や作業能力検査等をもとに、共同してあなたの心身の状況、ご希望及び環境に合わせて、リハビリテーションの目標やその目標を達成する為の具体的なサービスの内容を記載した運動機能向上計画を作成します。
- ② この運動機能向上計画は、介護予防サービス支援計画に沿って作成するものとします。
ご不明な点がございましたら遠慮なく担当職員にご質問下さい。

3 利用料

介護予防リハビリテーションサービスの利用単位ごとの利用料及びその他の費用は、以下の通りです。

(表記されている金額が自己負担です)

介護保険給付サービス

種 類		内 容	利用料(1割負担分)	
●	介護予防通所 リハビリテーション費	6時間以上8時間未満(送迎費含む)	1月当たり	
			要支援1	2,306円
			要支援2	4,299円
●	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護福祉士 7割	要支援1	89円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		要支援2	178円
●	生活行為向上リハビリテーション実施加算	利用開始日から6ヶ月以内	571円/月	
●	若年性認知症利用受入加算		244円/月	
●	退院時共同指導加算		610円/回	
●	栄養アセスメント加算		50円/月	
●	栄養改善加算		203円/月	
●	口腔機能向上加算(Ⅱ)		162円/月	
●	一時的サービス提供加算		488円/月	
●	科学的介護推進体制加算		40円/月	
●	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	区分支給限度基準額からは除外	(所定単位×86/1000)円/月	

介護保険給付外サービス

種 類		内 容	利用料		
※	食費負担	管理栄養士が、栄養や利用者の身体状況に配慮し、バラエティに富んだ献立を立てて、食事を提供します。栄養士による検収済みの食材料を用いて、衛生や安全にも配慮した高品質な料理を提供します。	希望する	希望しない	720円／回
※	特別な食事(おやつ)	ご本人及びご家族の希望によりおやつを提供します。			100円／回
◎	ドリンクバー	ドリップ方式で淹れたコーヒーを提供します。他にもアメリカンコーヒー・紅茶・スポーツドリンク・アップルジュースなどお好みで一日何杯でもご利用いただけます。季節等により種類の変更があります。(食事やおやつの際のお飲み物ではありません)			100円／日
◎	教養娯楽費	クラブ活動(編み物・クラフト・習字・お花・クッキング等)において、使用する材料や道具の費用です。取り組む作品やクラブによって発生する費用はまちまちですが、いずれも実費でのご利用となります。			10～300円／回
◎	日用消耗品費	スキンクリーム(パウチ)			30円／袋
		おしぼり(個人用)			15円／枚
◆ご希望によりご用意いたします					
◎	おむつ	利用者の身体状況によりおむつの利用が必要な場合は、施設で用意するものをご利用いただけます。	はくパンツ		160円／枚
			オープン型		170円／枚
			フラット型パット		70円／枚
			尿取りパット		50円／枚
○	契約時間外ケア対応	7時間を超えるケアをご利用の場合、1時間単位にてサービスを提供します。	希望する	希望しない	1,650円／日
					夕 食 700円／日
○	特別行事参加費(個人)	当施設では、別添パンフレット記載の施設行事計画に沿ってレクリエーション行事を企画します。	実 費 / 回		
◎	健康管理費	インフルエンザ予防接種に係る費用で接種を希望された場合にお支払いいただきます。(市町村より指定された金額)	実 費 / 回		
※	当日キャンセル料	食費負担相当金額 (食事代600円、おやつ代100円)	600～700円／回		
○	複写物の交付	サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。複写を必要とする場合にお支払いいただきます。	50 / 枚		
○	文書料	診断書等	実 費 / 枚		
○	その他の自費	上記以外に発生した場合	実 費 / 回		

2024年6月1日改正

* 「介護保険給付サービス」はご利用者の所得状況に応じ、2割・3割負担となります。

* これらの料金は、予告なく変更される場合があります。その場合には速やかに連絡します。

* 上記内容

● 介護保険負担分

◎ は希望者のみ提供

※ 食事サービス時負担

○ は税込み価格

南足柄市の地域区分は、7級地となっています。

6. 苦情等申立先

にじの丘足柄 相談室	ご利用時間	月～土曜日 祝日（年末年始 12/30～1/3）は休み 午前 8 時 30 分～午後 5 時
	電話	0465 - 70 - 2222
各自治体	南足柄市役所（高齢介護課）	電話 0465 - 73 - 8057
	小田原市役所（高齢介護課）	電話 0465 - 33 - 1827
	開成町役場（福祉介護課）	電話 0465 - 84 - 0316
	松田町役場（福祉課）	電話 0465 - 83 - 1226
	山北町役場（保険健康課）	電話 0465 - 75 - 3642
大井町役場（福祉課）	電話 0465 - 83 - 8024	
神奈川県国民健康保険 団体連合会	電話 045-329-3447（介護保険課苦情相談係） *利用時間 土・日・祝日・年末年始を除く 8：30～17：15	

7. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。

病 院 名 _____

主 治 医 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

8. 協力医療機関

医療機関の名称	丹羽病院
院長名	宮下 耕一郎
所在地	神奈川県小田原市荻窪 406
電話番号	0465-34-3444
診療科	内科 消化器科 外科 肛門科
入院設備	ベッド数 51床
救急指定の有無	有り
契約の概要	当施設と丹羽病院とは、入所者が診療を必要とした時、緊密な連絡協力のもとに、円滑な診療を受け得る体制を確立しておくものとする。

協力整形外科医療機関	医療機関の名称	おぎの整形外科歯科
	院長名	荻野 哲夫
	所在地	神奈川県南足柄市関本 750-1
	電話番号	0465-73-1100

緊急連絡先

氏名 _____ 続柄 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____

日中の連絡先 _____

9. その他

施設利用時に、甲の身体に異常が発見された場合、乙から甲に対して専門医への受診をお願いする場合があります。

_____年 _____月 _____日

当事業者（乙）は、利用者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開始に当たり、

利用者（甲1）

代理人（甲2）

に対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

（乙）居宅サービス事業者

主たる事業所所在地

名称

神奈川県南足柄市岩原 699

介護老人保健施設 にじの丘 足柄

説明者 _____ 印

私（甲）は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受け同意致します。

（甲1）利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

（甲2）代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____