

指定通所リハビリテーション 重要事項説明書

1 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 黒潮福祉会
代表者名	理事長 竹本 範彦
所在地・電話	四万十市古津賀3742番地17 TEL0880-35-8883 FAX0880-35-8844
業務の概要	居宅介護支援事業、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、通所介護事業、通所リハビリテーション事業、訪問介護事業、短期入所生活介護事業、短期入所療養介護事業、認知症対応型通所介護

2 事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設 治優園 通所リハビリテーション
所在地	高知県四万十市中村愛宕町28
管理者名	施設長 山本 佳史
電話番号	0880-35-3000 (直通) 35-5005
FAX番号	0880-35-3961
事業者指定番号	第3950780019号
サービス提供地域	四万十市

3 事業の目的

要介護状態にある者に対し、通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

4 事業の運営方針

○指定通所リハビリテーションの職員は、要介護者が自宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他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維持を図る。個人として十分に尊重され、心身の健康の保持と、生きがいを持って安らかな生活を送ることができるよう処遇に努め、健全な環境のもとで、利用者の立場に立った適切な介護を期する。

○感染症の予防及びまん延防止のための訓練、対策を検討する委員会を定期的開催する。

○感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的実施する。定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じ変更を行う。

○虐待の発生またはその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的開催し、研修を定期的実施する。

5 営業時間

- (1) 営業日：月曜日～土曜日（ただし、12月31日から1月3日までを除く）
- (2) 営業時間：午前8時30分～午後5時30分
- (3) サービス提供時間：午前10時～午後4時30分

6 事業所の職員体制

職 種	常 勤	非 常 勤	計
管理者	1名	名	1名
理学療法士及び作業療法士	3名	名	3名
看護師	1名	1名	2名
介護職員（介護福祉士）	7名(7名)	名	7名
管理栄養士	1名	名	1名

7 サービス利用料及び利用者負担

市町村から交付される介護保険負担割合証に基づき、下記料金に対し自己負担額をお支払いいただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は全額自己負担となります。

(基本料金) 1割負担の場合 (単位)

介 護 度	1～2 時間	2～3 時間	3～4 時間	4～5 時間	5～6 時間	6～7 時間
要介護1	366	380	483	549	618	710
要介護2	395	436	561	637	733	844
要介護3	426	494	638	725	846	974
要介護4	455	551	738	838	980	1,129
要介護5	487	608	836	950	1,112	1,281

(加算料金) 1割負担の場合 (単位)

サービス提供体制強化加算（I）	22/日
サービス提供地域外（四万十市在住の方以外）	所定単位数 100分5/日
入浴介助加算 I	40/日
リハビリテーションマネジメント加算（A）イ	
同意日の属する月から6月以内	560/月
同意日の属する月から6月超	240/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算 3月以内	110/日
口腔機能向上加算 I 3月以内 1月に2回限度	150/回
口腔機能向上加算 II 3月以内 1月に2回限度	160/回
若年性認知症利用者受入加算	60/日
事業所が送迎を行わない場合	47減算/片道
介護職員処遇改善加算（I）	算定単位数1000分47
介護職員等特定処遇改善加算（I）	算定単位数1000分20
介護職員等ベースアップ等支援加算	算定単位数1000分10

(自己負担額)

食材料費	おやつ代
590円/1食	100円/1日

基本料金	(	)	×	(	回)	=	()
加算料金	(	)	×	(	回)	=	()
	(	)	×	(	回)	=	()
	(	)	×	(	回)	=	()
	(	)	×	(	回)	=	()
	(	)	×	(	回)	=	()
自己負担	(	)	×	(	回)	=	()
<hr/>								
合 計	()

8 支払方法

利用負担金は、利用した月の翌月10日以降に請求しますので、月末までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

① 窓口で現金払い	
② 銀行振込	四国銀行中村支店 普通預金 0519713 口座名義 老人保健施設治優園 代表者 竹本 範彦
③ 口座振替	郵便局・ゆうちょ銀行口座より自動引き落とし

9 キャンセル

(1) サービスの利用をキャンセルする場合は、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先：介護老人保健施設 治優園 通所リハビリテーション

(直通) 電話 (0880) 35-5005

(2) 利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用日の前日までにご連絡ください。

10 事故発生時の対応

(1) 指定通所リハビリテーション事業所は利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は市町村、当該利用者の家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行う事とする。また事故の状況及び事故に際してとった処置については記録を行うこととする。

(2) 指定通所リハビリテーション事業所は利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うこととする。

(3) 指定通所リハビリテーション事業所は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる事とする。

11 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

事業所相談窓口	電話番号	0880-35-5005
	FAX番号	0880-35-3961
	担当者	井上 幸樹
	対応時間	午前8時30分～午後5時30分

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

四万十市介護保険相談窓口	所在地	四万十市中村大橋通4-10
	電話番号	0880-34-1165
	FAX番号	0880-34-0567
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分
黒潮町介護保険相談窓口	所在地	幡多郡黒潮町入野2019-1
	電話番号	0880-43-2116
	FAX番号	0880-43-2788
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分
土佐清水市介護保険相談窓口	所在地	土佐清水市天神町11-2
	電話番号	0880-82-1111 (代表)
	FAX番号	0880-82-1292
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分
高知県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分

12 その他

居宅サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明をいたしました。

事業者 所在地 高知県四万十市古津賀3742番地17
 代表者 社会福祉法人 黒潮福祉会
 理事長 竹本 範彦
 事業所名 介護老人保健施設 治優園
 通所リハビリテーション 治優園
 説明者 印

居宅サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を受け了承致しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

利用者家族 氏 名 _____ 印

指定介護予防通所リハビリテーション 重要事項説明書

1 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 黒潮福祉会
代表者名	理事長 竹本 範彦
所在地・電話	四万十市古津賀3742番地17 TEL0880-35-8883 FAX0880-35-8844
業務の概要	居宅介護支援事業、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、通所介護事業、通所リハビリテーション事業、訪問介護事業、短期入所生活介護事業、短期入所療養介護事業、認知症対応型通所介護

2 事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設 治優園
所在地	高知県四万十市中村愛宕町28
管理者名	施設長 山本 佳史
電話番号	0880-35-3000 (直通) 35-5005
FAX番号	0880-35-3961
事業者指定番号	第3950780019号
サービス提供地域	四万十市

3 事業の目的

要支援状態にある者に対し、状態の維持・改善が図れるよう自立支援サービスを提供することを目的とする。

4 事業の運営方針

○指定介護予防通所リハビリテーションの職員は、要支援者が自宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリ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維持を図る。個人として十分に尊重され、心身の健康の保持と、生きがいを持って安らかな生活を送ることができるよう処遇に努め、健全な環境のもとで、契約者の立場に立った適切な介護を期する。

○感染症の予防及びまん延防止のための訓練、対策を検討する委員会を定期的を開催する。

○感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的実施する。定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じ変更を行う。

○虐待の発生またはその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的を開催し、研修を定期的実施する。

5 営業時間

- (1) 営業日：月曜日～土曜日（ただし、12月31日から1月3日までを除く）
- (2) 営業時間：午前8時30分～午後5時30分
- (3) サービス提供時間：午前10時～午後4時30分

6 事業所の職員体制

職 種	常 勤	非 常 勤	計
管理者	1名	名	1名
理学療法士及び作業療法士	3名	名	3名
看護師	1名	1名	2名
介護職員（介護福祉士）	7名(7名)	名	7名
管理栄養士	1名	名	1名

7 サービス利用料及び利用者負担

市町村から交付される介護保険負担割合証に基づき、下記料金に対し自己負担額をお支払いいただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は全額自己負担となります。

(1) 基本料金 1割負担の場合 (単位)

要支援1	2,268/月
要支援2	4,228/月

*送迎、入浴は基本料金に含む。

(2) 加算料金 1割負担の場合 (単位)

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援1	88/月
	要支援2	176/月
サービス提供地域外（四万十市在住の方以外）	所定単位数	100分の5/月
若年性認知症利用者受入加算		240 /月
運動器機能向上加算		225 /月
口腔機能向上加算Ⅰ		150 /月
口腔機能向上加算Ⅱ		160 /月
利用開始した月から12月超	要支援1	-120/月
	要支援2	-240/月
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	算定単位数	1000分86

(3) 自己負担金

食材料費	おやつ代
590円/1食	100円/1日

(4) 支払方法

基本料金	(		) × (	回) = ()
加算料金	(		) × (	回) = ()
	(		) × (	回) = ()
	(		) × (	回) = ()
	(		) × (	回) = ()
自己負担分	(		) × (	回) = ()
<hr/>							
合 計					()

利用負担金は、利用した月の翌月10日以降に請求しますので、月末までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

① 窓口で現金払い

② 銀行振込

四国銀行中村支店 普通預金 0519713

口座名義 老人保健施設治優園 代表者 竹本 範彦

③ 口座振替

郵便局・ゆうちょ銀行口座より自動引き落とし

8 キャンセル

(1) サービスの利用をキャンセルする場合は、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先：介護老人保健施設 治優園 通所リハビリテーション

(直 通) 電 話 (0880) 35-5005

(2) 利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用日の前日までにご連絡ください。

9 事故発生時の対応

(1) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所は利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は市町村、当該利用者の家族、地域包括支援センター等に連絡を行う事とする。また事故の状況及び事故に際してとった処置については記録を行うこととする。

(2) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所は利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うこととする。

(3) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる事とする。

10 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

事業所相談窓口	電話番号	0880-35-5005
	FAX番号	0880-35-3961
	担当者	井上 幸樹
	対応時間	午前8時30分～午後5時30分

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

四万十市介護保険相談窓口	所在地	四万十市中村大橋通り4-10
	電話番号	0880-34-1165
	FAX番号	0880-34-0567
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分
黒潮町介護保険相談窓口	所在地	幡多郡黒潮町入野2019-1
	電話番号	0880-43-2116
	FAX番号	0880-43-2788
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分
土佐清水市介護保険相談窓口	所在地	土佐清水市天神町11-2
	電話番号	0880-82-1111 (代表)
	FAX番号	0880-82-1292
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分
高知県国民健康保険団体 連合会 (国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分

11 その他

(説明確認欄)

居宅サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明をいたしました。

事業者 所在地 高知県四万十市古津賀3742番地17
代表者 社会福祉法人 黒潮福祉会
理事長 竹本 範彦
事業所名 介護老人保健施設 治優園
通所リハビリテーション 治優園

説明者

印

居宅サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を受け了承致しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

利用者家族 氏 名 _____ 印