

介護老人保健施設ケアポート益城 通所リハビリテーション重要事項説明書

<令和6年6月1日現在>

通所リハビリテーション事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 慈光会
代表者名	理事長 永田啓朗
所在地・連絡先	(住所) 熊本県上益城郡益城町安永 1080 (電話) 096-286-4192 (FAX) 096-286-6946

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	介護老人保健施設ケアポート益城
所在地・連絡先	(住所) 熊本県上益城郡益城町安永 1014 (電話) 096-289-0777 (FAX) 096-289-1010
事業所番号	4 3 5 2 8 8 0 0 6 8
管理者の氏名	中村 紳二
利用定員	60名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数(人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1		事業所の管理全般
医師	1名以上	1		病状等把握・診療
看介護職員	4名以上	7	1	ケアサービス提供
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	2名以上	4		心身機能維持回復
支援相談員	1名以上	1		相談援助等指導
管理栄養士	1名以上	1		栄養管理
他事務職員等	1名以上	1		事業所の事務

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤
医師	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤
看介護職員	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30、8:00~17:00) 常勤
理学療法士等	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30、8:00~17:00) 常勤
管理栄養士	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤
他事務職員等	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤

(4) 事業の実施地域

益城町、熊本市、菊陽町、御船町、嘉島町、大津町、西原村

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営業日	営業時間
月曜日より土曜日	8:30~17:30
営業しない日	日曜日及び12月31日~1月3日

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
食事	(食事時間)12:00~13:00 を提供の目安とし、栄養ケア計画と利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。食事サービスの利用は任意です。
入浴	要介護者に対し、入浴又は清拭を行います。寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いて入浴も可能です。入浴サービスの利用は任意です。
排泄	利用者の状況に応じ適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	理学療法等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	利用者の生活面での指導・援助を行います。各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として末尾の料金表の利用料金に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額が利用者の負担額となります。利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を

基準とします。

介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

## (2) 介護保険給付対象外サービス

### ○ 食事の提供に要する費用

食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。

### ○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代が必要となります。

### ○ 事業の実施地域外の送迎費

通常の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費が必要となります。末尾の料金表をご覧ください。

### ○ 要支援者に対する入浴支援料

要支援認定を受けている方で、自宅での入浴が困難な場合等により、入浴を希望される方は、入浴支援料が必要となります。

### ○ その他の費用

通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、利用者様の負担となります。

### ○ キャンセル料

利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただく場合があります。ただし、病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の2日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日に連絡があった場合	利用料全額の50%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料全額の100%

## (3) 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、次のいずれかの手法をご選択の上お支払いください。入金確認後、領収証を発行します。なお、持参払い以外の場合、支払いに要する手数料は払込人様にご負担下さい。

一 施設窓口における持参払い(請求月の末日までにご持参ください)

二 銀行振込払い(請求月の末日までにお振込ください)

肥後銀行木山支店 普通預金口座 (口座番号1269370)

口座名義 社会福祉法人慈光会 介護老人保健施設ケアポート益城  
理事長 永田 啓朗

三 事前申込による口座引落

#### 4 事業所の特色等

##### (1) 事業の目的

通所リハビリテーション等は、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援状態）と認定された利用者に対し、可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持、並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

##### (2) その他

事 項	内 容
通所リハビリテーション計画の作成及び事後評価	医師等の従業者が、利用者の直面している課題等の評価し、利用者の希望を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。また、サービス提供目標達成状況等の評価し、その結果を診療記録に記載して利用者へ説明のうえ交付します。
従業員研修	毎月、年間計画に基づき、事故防止・感染症・身体拘束廃止および処遇向上のための施設内研修を行っているほか、外部団体実施の研修に参加しています。

#### 5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所 お客様相談窓口	受付担当者 平川 真依子、結城 望 利用時間 9:00～17:00 利用方法 電話 096-289-0777 または面接（当施設1階相談室） 苦情箱（施設内に設置）
公的機関の 相談窓口	・熊本県国民健康保険団体連合会 熊本市東区健軍 2-4-10 (096-365-0811) ・熊本県高齢支援課 熊本市中央区水前寺 6-18-1 (096-333-2215) ・益城町役場福祉課 上益城郡益城町宮園 702 (096-286-3111) ・菊陽町役場介護保険課 菊池郡菊陽町久保田 2800 (096-232-2508) ・御船町役場福祉課 上益城郡御船町御船 995-1 (096-282-1349) ・嘉島町役場介護保険係 上益城郡嘉島町上島 530 (096-237-2576) ・西原村役場福祉係 熊本県阿蘇郡西原村小森 3259 (096-279-4397) ・大津町役場福祉課 菊池郡大津町大津 1233 (096-293-3510)

#### 5 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

## 6 非常災害時の対策

非常時の対応	ケアポート益城防災対策規程により対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	防災対策規程により年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	法令数
	避難階段	2箇所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	誘導等	法令数
カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。				

## 7 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 施設内での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 事業所内へのペットの同伴は出来ません。
- 特に許可がない場合の飲酒はご遠慮ください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業所名 介護老人保健施設ケアポート益城  
(事業所番号) 4352880068

事業者名 社会福祉法人 慈光会  
理事長 永田啓朗 印

説明者 職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受け、内容を納得のうえ重要事項説明書の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(代筆者: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_)

身元引受人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日)

身元引受人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日)

## 指定通所リハビリテーションサービス利用料金表(1日あたり)

介護保険給付対象サービス1割負担の場合(所要時間6時間以上7時間未満の場合)

利 用 種 別	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型 通所リハ利用料	715円	850円	981円	1137円	1290円
大規模型 通所リハ利用料	675円	802円	926円	1077円	1224円
サービス提供体制強化加算自己負担額	(Ⅰ) 22円・(Ⅱ) 18円・(Ⅲ) 6円				
入浴介助加算自己負担額	(Ⅰ) 40円・(Ⅱ) 60円				
リハビリテーション提供体制加算自己負担額	3時間～4時間利用の場合 12円 4時間～5時間利用の場合 16円 5時間～6時間利用の場合 20円 6時間～7時間利用の場合 24円 7時間以上利用の場合 28円				
栄養改善加算自己負担額	200円(月2回まで)				
口腔・栄養スクリーニング加算自己負担額	(Ⅰ) 20円・(Ⅱ) 5円(6ヶ月に1回)				
栄養アセスメント加算自己負担額	50円(月1回)				
リハビリテーションマネジメント加算自己負担額	月額 イ、6ヶ月迄560円・6ヶ月超240円 月額 ロ、6ヶ月迄593円・6ヶ月超273円 月額 ハ、6ヶ月迄793円・6ヶ月超473円 医師による説明のあった場合270円を追加				
短期集中個別リハ実施加算自己負担額 {退院(所)又は認定日から起算して}	110円(3ヵ月まで)				
認知症短期集中リハ加算自己負担額 {退院(所)又は認定日から起算して}	(Ⅰ) 240円(3ヵ月まで・週2回) 月額(Ⅱ) 1920円(3ヵ月まで・月4回以上)				
生活行為向上リハビリ実施加算自己負担額	利用開始から6ヶ月 1250円				
若年性認知症利用者受入加算自己負担額	60円				
口腔機能向上加算自己負担額	(Ⅰ) 150円 (Ⅱ) イ155円 (Ⅱ) ロ160円(月2回まで)				
重度療養管理加算自己負担額	100円				
中重度者ケア体制加算自己負担額	20円				
科学的介護推進体制加算自己負担額	40円(月1回)				
移行支援加算自己負担額	12円				
退所時協働指導加算	600円				
介護職員等处遇改善加算	上記により算定した金額の (Ⅰ) 1000分の86 (Ⅱ) 1000分の83 (Ⅲ) 1000分の66 (Ⅳ) 1000分の53				

※ 上記指定(介護予防)通所リハビリテーション加算自己負担額については、サービス提供の内容により費用が発生する可能性があるものを含みます。よって、契約者の状況またはサービス提供の状況によってその有無が変わることがあるため、必ずしも全ての項目で自己負担が発生するものではありません。

※ 感染症及び、災害の影響により当事業所の延べ利用者数に減少が生じ、介護保険法に定

められた基準を満たす場合、基本報酬に100分の3を加算させていただく場合がございます。

介護保険給付対象外サービス

食事提供費 1食670円（おやつ含む）

おやつのみの場合 1食80円

希望による特別食 行事食1食追加400円

その他の時間の場合の利用料1割負担の場合

(ア) 通所リハ利用料の所要時間1時間以上2時間未満の場合

利用種別	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型 通所リハ利用料	369円	398円	429円	458円	491円
大規模型 通所リハ利用料	357円	388円	415円	445円	475円

(イ) 通所リハ利用料の所要時間2時間以上3時間未満の場合

利用種別	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型 通所リハ利用料	383円	439円	498円	555円	612円
大規模型 通所リハ利用料	372円	427円	482円	536円	591円

(ウ) 通所リハ利用料の所要時間3時間以上4時間未満の場合

利用種別	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型 通所リハ利用料	486円	565円	643円	743円	842円
大規模型 通所リハ利用料	470円	547円	623円	719円	816円

(エ) 通所リハ利用料の4時間以上5時間未満の場合

利用種別	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型 通所リハ利用料	553円	642円	730円	844円	957円
大規模型 通所リハ利用料	525円	611円	696円	805円	912円

(オ) 通所リハ利用料の5時間以上6時間未満の場合

利用種別	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型 通所リハ利用料	622円	738円	852円	987円	1120円
大規模型 通所リハ利用料	584円	692円	800円	929円	1053円

(カ) 通所リハ利用料の7時間以上8時間未満の場合

利用種別	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型 通所リハ利用料	762円	903円	1046円	1215円	1379円
大規模型 通所リハ利用料	714円	847円	983円	1140円	1300円

○利用時間が8時間以上9時間未満の場合はプラス50円

利用時間が9時間以上10時間未満の場合はプラス100円

指定予防通所リハビリテーション利用料金表

※ 予防給対象サービス利用料金1割負担の場合（1ヶ月あたり）

利用種別	要支援1	要支援2	備考
介護予防通所リハビリサービス利用自己負担額	2268円	4228円	
生活行為向上リハビリテーション実施加算自己負担額	562円		月に1回、6ヶ月迄
栄養改善加算自己負担額	200円		
口腔・栄養スクリーニング加算自己負担額	(I) 20円・(II) 5円		6ヵ月に1回
栄養アセスメント加算自己負担額	50円		月に1回
口腔機能向上加算自己負担額	(I) 150円・(II) 160円		
若年性認知症利用者受入加算自己負担額	240円		
科学的介護推進体制加算自己負担額	40円		月に1回
サービス提供体制強化加算自己負担額	(I) 88円 (II) 72円 (III) 24円	(I) 176円 (II) 144円 (III) 48円	
退所時共同指導加算	600円		
一体的サービス提供加算	480円		
介護職員等処遇改善加算自己負担額	上記により算定した金額の (I) 1000分の86 (II) 1000分の83 (III) 1000分の66 (IV) 1000分の53		

※ 上記指定（介護予防）通所リハビリテーション加算自己負担額については、サービス提供の内容により費用が発生する可能性があるものを含みます。よって、契約者の状況またはサービス提供の状況によってその有無が変わることがあるため、必ずしも全ての項目で自己負担が発生するものではありません。

※ 利用開始日の属する月から12月を超えてご利用される場合、以下の金額を減額致します。  
要支援1・・・120円（月あたり） 要支援2・・・240円（月あたり）

その他の費用

日用品・理美容	実費（ご希望があれば立替払い後、利用料とともにご請求します。）
レク料金等	特に材料費等が発生した場合は実費
事業の実施地域以外送迎費	事業の実施地域を越えたところから片道1kmあたり20円
おむつ代	紙パンツ1枚150円、尿パッド1枚20円
入浴支援料	1回あたり500円 （要支援認定を受けている方で希望があった場合）