

通所リハビリテーション（介護予防）重要事項説明書

1 利用者（被保険者）

<令和 年 月 日現在>

要介護状態区分	要支援1・要支援2 / 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで
基本単価	重要事項説明書内に記載
認定審査会意見	1、記載なし 2、()

利用者（被保険者）

<令和 年 月 日現在>

要介護状態区分	要支援1・要支援2 / 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで
基本単価	重要事項説明書内に記載
認定審査会意見	1、記載なし 2、()
サービス内容の継続 / 変更	1、前回の継続 2、変更：サービス内容 () 変更：利用者負担金 (1日/月の単価 円から 円に変更)
利用者の同意及び署名	年 月 日 上記の内容について説明を受け、同意します。利用者署名 _____ 印

利用者（被保険者）

<令和 年 月 日現在>

要介護状態区分	要支援1・要支援2 / 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで
基本単価	重要事項説明書内に記載
認定審査会意見	1、記載なし 2、()
サービス内容の継続 / 変更	1、前回の継続 2、変更：サービス内容 () 変更：利用者負担金 (1日/月の単価 円から 円に変更)
利用者の同意及び署名	年 月 日 上記の内容について説明を受け、同意します。利用者署名 _____ 印

利用者（被保険者）

<令和 年 月 日現在>

要介護状態区分	要支援1・要支援2 / 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで
基本単価	重要事項説明書内に記載
認定審査会意見	1、記載なし 2、()
サービス内容の継続 / 変更	1、前回の継続 2、変更：サービス内容 () 変更：利用者負担金 (1日/月の単価 円から 円に変更)
利用者の同意及び署名	年 月 日 上記の内容について説明を受け、同意します。利用者署名 _____ 印

2 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所名	社会保険二瀬病院介護老人保健施設 通所リハビリテーション（介護予防）
所在地	〒820-0054 福岡県飯塚市伊川1243番地の1
管理者の氏名	施設長 志村 英生
電話番号	0948-22-2225

FAX番号	0948-29-0903
サービス（介護保険指定番号）	サービスを提供する地域（送迎範囲）
通所リハビリテーション（4055580130）	飯塚市、嘉穂郡桂川町、鞍手郡小竹町

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

※ 利用できる1日の定員 40名

（2）事業所の職員体制

	職務の内容	勤務形態	人員
管理者	業務の一元的な管理	常勤	1名
看護職員	心身の健康管理、保健衛生管理	常勤	1名
介護職員	介護業務全般	常勤	3名（介護福祉士3名）
理学療法士	身体機能の維持・回復	常勤	1名
作業療法士	身体機能の維持・回復、作業療法	常勤	1名

サービス提供の時間帯

	営業時間
平日	8時30分から17時まで
土曜日	8時30分から17時まで
祝日	8時30分から17時まで（※日曜日はお休みです）

*年始（1月1日から1月3日）はお休みさせていただきます。

3 事業の目的と運営方針

（1）事業の目的

事業者は要支援・または要介護と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従い、利用者が可能な限り自宅で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に、通所リハビリテーション（介護予防）サービスを提供することを目的とします。

（2）運営方針

- ① 事業者職員のサービス提供にあたっては、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化防止、要介護状態となることの予防になるよう適切にサービス提供を行います。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。ご不明な点につきましては、いつでも担当職員にご遠慮なくお尋ね下さい。
- ③ サービス提供にあたっては、常に利用者の病状、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するように致します。

4 サービスの内容

- ①健康管理 ②機能訓練（日常生活動作訓練を含む） ③介護サービス ④生活指導
 ④送迎 ⑥入浴サービス ⑦給食サービス ⑧個別リハビリテーションサービス ⑨その他
 ⑤

5 利用者負担金

要介護状態の場合

※令和6年6月1日介護報酬改定により以下へ変更となりました。

(1) 基本料金 *飯塚市の地域区分1単位当たり10.17円は変わりません。

※平成27年8月1日より一定以上の所得がある第1号被保険者は2割負担となりました。

※平成30年8月1日より現役並みの所得がある第1号被保険者は3割負担となりました。

所要時間 6時間以上7時間未満

	算定根拠 (単価等)	サービス費 (10割)	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
要介護1	715単位×10.17円	7,272円	727円	1,454円	2,182円
要介護2	850単位×10.17円	8,645円	865円	1,729円	2,593円
要介護3	981単位×10.17円	9,977円	998円	1,995円	2,993円
要介護4	1,137単位×10.17円	11,563円	1,156円	2,313円	3,469円
要介護5	1,290単位×10.17円	13,120円	1,312円	2,624円	3,936円

所要時間 1時間以上2時間未満

	算定根拠 (単価等)	サービス費 (10割)	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
要介護1	369単位×10.17円	3,752円	375円	750円	1,126円
要介護2	398単位×10.17円	4,047円	405円	809円	1,214円
要介護3	429単位×10.17円	4,362円	436円	872円	1,309円
要介護4	458単位×10.17円	4,658円	466円	932円	1,397円
要介護5	491単位×10.17円	4,993円	499円	999円	1,498円

所要時間 2時間以上3時間未満

	算定根拠 (単価等)	サービス費 (10割)	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
要介護1	383単位×10.17円	3,895円	389円	779円	1,169円
要介護2	439単位×10.17円	4,464円	446円	887円	1,340円
要介護3	498単位×10.17円	5,064円	506円	1,012円	1,519円
要介護4	555単位×10.17円	5,644円	564円	1,132円	1,699円
要介護5	612単位×10.17円	6,224円	622円	1,245円	1,867円

所要時間 3時間以上4時間未満

	算定根拠 (単価等)	サービス費 (10割)	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
要介護1	486単位×10.17円	4,942円	494円	988円	1,482円
要介護2	565単位×10.17円	5,746円	575円	1,149円	1,723円
要介護3	643単位×10.17円	6,540円	654円	1,308円	1,962円
要介護4	743単位×10.17円	7,556円	756円	1,511円	2,267円
要介護5	842単位×10.17円	8,563円	856円	1,712円	2,569円

所要時間 4時間以上5時間未満

	算定根拠 (単価等)	サービス費 (10割)	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
要介護1	553単位×10.17円	5,624円	562円	1,125円	1,687円
要介護2	642単位×10.17円	6,529円	653円	1,306円	1,958円
要介護3	730単位×10.17円	7,402円	740円	1,716円	2,220円
要介護4	844単位×10.17円	8,583円	858円	1,716円	2,575円
要介護5	957単位×10.17円	9,732円	973円	1,946円	2,920円

所要時間 5時間以上6時間未満

	算定根拠 (単価等)	サービス費 (10割)	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
要介護1	622単位×10.17円	6,326円	633円	1,265円	1,898円
要介護2	738単位×10.17円	7,505円	751円	1,501円	2,252円
要介護3	852単位×10.17円	8,665円	867円	1,733円	2,610円
要介護4	987単位×10.17円	10,037円	1,004円	2,007円	3,011円
要介護5	1,120単位×10.17円	11,390円	1,139円	2,278円	3,417円

※ 上記設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安を基準とします。

(2) その他加算分

加算の種類	算定根拠 (単価等)	サービス費 (10割)	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
サービス提供体制強化加算 (I) イ (1回)	22単位×10.17円	224円	22円	45円	67円
通所リハビリ入浴介助加算 I (1回)	40単位×10.17円	407円	41円	81円	122円
短期集中個別リハビリテーション実施加算 (1日)	110単位×10.17円	1,118円	112円	224円	335円
介護職員処遇改善加算 (I) (1月)	月の総単位数の1000分の86に相当する単位数×10.17円				
事業所が送迎を行わない場合の減算 (片道につき)	-47単位×10.17円	-477円	-48円	-95円	-143円

サービス提供体制強化加算 (I) イ： 事業所の介護福祉士が7割以上配置されている場合、1回につき22単位を加算させていただきます。

入浴介助加算 I： 入浴形態に関係なく、施設内浴室および器械などを使用し入浴介助を行った場合、1回につき40単位を加算させていただきます。

短期集中個別リハビリテーション実施加算： 利用者に対してリハビリテーションマネジメント加算 (I) 又は (II) を算定しており、その退院 (所) 又は認定から起算して3月以内に個別を集中的にリハビリテーション行った場合、1日に110単位を加算させていただきます。

介護職員処遇改善加算 (I)： 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しており、介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が通所者に対して通所サービスを行った場合に、月の総単位数の1000分の86に相当する単位数を加算させていただきます。

要支援状態の場合 ※令和6年6月1日介護報酬改定に伴い以下に変更となりました。

(1) 基本料金 *飯塚市の地域区分が1単位当たり10.17円は変わりません。

介護予防通所リハビリテーション費					
	算定根拠(単価等)	利用料(10割)	利用者負担金(1割)	利用者負担金(2割)	利用者負担金(3割)
要支援1	2,268単位×10.17円	23,065円/1ヶ月	2,306円/1ヶ月	4,613円/1ヶ月	6,920円/1ヶ月
要支援2	4,228単位×10.17円	43,000円/1ヶ月	4,300円/1ヶ月	8,600円/1ヶ月	129,000円/1ヶ月

- ※ 利用回数および利用時間については、介護予防サービス計画に基づき実施するものとする。
- ※ 上記利用料には、送迎及び入浴も含まれている。
- ※ 介護予防給付費算定に係る体制等に関する届出に基づき、設定するものとする。

(2) その他加算分

介護予防サービス計画により必要に応じて実施。

加算の種類	算定根拠(単価等)	サービス費(10割)	利用者負担金(1割)	利用者負担金(2割)	利用者負担金(3割)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ(1ヶ月)	要支援1: 88単位×10.17円	895円	90円	179円	269円
	要支援2: 176単位×10.17円	1,790円	179円	358円	537円
12月を超えた場合の減算 要支援1(1ヵ月)	-20単位×10.17円	-203円	-20円	-41円	-61円
12月を超えた場合の減算 要支援2(1ヵ月)	-40単位×10.17円	407円	41円	-81円	-122円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	月の総単位数の1000分の86に相当する単位数×10.17円				

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ: 事業所の介護福祉士が7割以上配置されている場合、要支援1については88単位、要支援2については176単位を月1回それぞれ加算させていただきます。

介護職員処遇改善加算(Ⅰ): 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しており、介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が通所者に対して通所サービスを行った場合に、月の総単位数の1000分の86に相当する単位数を加算させていただきます。また、その月の利用された総単位数によっては加算の単位数が変わります。

(3) その他の費用

(1)(2) の他、ご利用者はサービスの利用によって下記の利用料金をお支払いいただきます。

種類	利用者負担金	備考
交通費	要した費用の実費	通常のサービス実施地域以外に居住する場合
食費	1回 500円	食事内容について、ご利用者の希望やお好みをお尋ねいたしますのでご相談下さい
理容代(普通カット)	1,650円/回	毎月2回(水曜日)のみの営業
理容代(丸坊主)	1,100円/回	
理容代(顔そり)	880円/回	

- ① サービスが介護保険の適用を受けない部分は、サービス費全額(10割)をお支払いいただきます。
 ② 保険料の滞納等によりサービス費の1割の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

(4) 利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月10日までに利用者に請求し、利用者は、翌月末日までに現金で支払います。

(5) 領収書の発行 事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

6 利用者の急なお休みについて

利用者の心身の状況等(利用者や家族の都合等)によりサービスを中止する場合は、利用予定日の前日か利用予定当日の午前8時までに下記へ連絡して下さい。 連絡先: 0948-22-2225

7 サービス利用にあたっての留意事項

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、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、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	全館禁煙となっております。飲酒はできません。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	自己にて保管し、紛失等に関し事業者は一切の責任を負いません。
現金等の管理	現金は自己にて管理して下さい。また紛失等に関し、事業者は一切の責任を負いません。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

8 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊迫の事態に備え、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画等の対策をたて、年2回利用者及び従業員の訓練を行います。

9 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等あった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援事業者などへ連絡をしますが、医療機関への受診はご家族にお願いすることになります。

尚、容態が重篤で緊急と判断した場合は、ご家族へ連絡後、到着を待たずに主治医、協力医療機関などへ搬送させていただくことがあります。また、容態が軽度で緊急を要しないと判断した場合は、ご家族と協議(ご家族と連絡が取れない場合は施設側の判断)した上で受診の判断を決定させていただきます。

主治医	氏名	
	電話	
	住所	

協力医療機関	病院名称	社会保険 二瀬病院
	電話番号	0948-22-1526
	住 所	〒820-0054 福岡県飯塚市伊川1243番地の1

10 相談窓口、苦情対応

★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。

当 事 業 所 ご 利 用 相 談 室	窓口担当者	浦 亜樹人
	ご利用時間	月曜日～金曜日 午前8時30分から午後5時 土曜日 午前8時30分から午後12時30分
	ご利用方法	電話 0948-22-2225

★公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

飯 塚 市 介 護 保 険 課	住 所	福岡県飯塚市新立岩5番5号
	電話番号	0948-22-5500
	F A X	0948-21-2066
桂川町 福岡県広域連合桂川支部	住 所	嘉穂郡桂川町大字土居360
	電話番号	0948-65-1151
	F A X	0948-65-4405
小竹町 福岡県広域連合鞍手支部	住 所	宮若市本城458-2
	電話番号	0949-34-5046
	F A X	0949-34-5047
福 岡 県 国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会 (国 保 連) 介 護 保 険 サ ー ビ ス 相 談 係	住 所	福岡県福岡市博多区吉塚本町13番47号
	電話番号	092-642-7859
	ご利用時間	平日午前8時30分から午後5時まで 土曜日・日曜日は休みです

*その他、お住いの各市町村介護保険苦情相談窓口へお問い合わせ下さい。

11 損害賠償責任保険

保 險 会 社	株式会社 損害保険ジャパン
保 險 内 容	事業者は、利用者に対する通所リハビリテーション（介護予防）サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、利用者又は利用者のご家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害賠償いたします。 但し、利用者又は利用者のご家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることができます。

1.2 事故発生時の対応

- (1) 施設は、通所者に対する介護保険サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに通所者の家族、保健所、市町村等関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 施設は、損害賠償保険に加入し、通所者に対する介護保険施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- (3) 施設は、事故が発生し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ます。

1.3 事業者本社の概要

事業者の名称	一般社団法人福岡県社会保険医療協会
法人所在地	福岡県福岡市中央区天神3丁目7番31号 N天神ビル 2階
法人種別	一般社団法人
代表者氏名	理事長 瓦林 達比古
電話番号	092-741-1346

サービス内容・利用者負担金説明書

1 通所リハビリテーション（介護予防）サービスの内容

提供するサービスは以下のとおりです。

区分	曜日	時間帯	内容	介護保険適用
1		: ~ :	送迎・健康チェック・短期集中リハビリ・リハビリ・入浴 昼食・レクリエーション・その他（ ）	有・無
2		: ~ :	送迎・健康チェック・短期集中リハビリ・リハビリ・入浴 昼食・レクリエーション・その他（ ）	有・無
3		: ~ :	送迎・健康チェック・短期集中リハビリ・リハビリ・入浴 昼食・レクリエーション・その他（ ）	有・無
4		: ~ :	送迎・健康チェック・短期集中リハビリ・リハビリ・入浴 昼食・レクリエーション・その他（ ）	有・無
5		: ~ :	送迎・健康チェック・短期集中リハビリ・リハビリ・入浴 昼食・レクリエーション・その他（ ）	有・無
6		: ~ :	送迎・健康チェック・短期集中リハビリ・リハビリ・入浴 昼食・レクリエーション・その他（ ）	有・無

※ 利用者のご都合により日時を変更する場合は、協議して定めます。

2 利用者負担金

- (1) 利用者負担金は、1カ月ごとにお支払いいただきます。

お支払いいただく利用者負担金は、概ね次のとおりです。※別紙参照ください。