

重要事項説明書

令和8年8月1日現在

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

相談担当職員 大森健司 近藤美佐
電 話 0744-49-0015(直通)

2. (介護予防)通所リハビリテーション事業所の概要

(1) サービスを提供する施設名等

施設の名称 介護老人保健施設シルバーケアまほろば
所在地 奈良県桜井市大字阿部323番地
介護保険指定番号 奈良県指定 第2950480067号

(2) 職員体制

区 分		正職員	臨時職員	合計	備 考
管理者		1		1	兼務
医師		1	1	2	入所、訪問リハビリと兼務
理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士		9	3	12	入所、訪問リハビリと兼務
看護師			1	1	入所と兼務 准看含む
介護職員	介護福祉士	9	1	10	
	介護職員	0	2	2	
その他		0	3	3	送迎等兼務
合計		19	11	30	

職員の職務内容

職種	職務の内容
管理者(医師兼務)	事業所に勤務する職員を指揮監督し、業務の実施状況の把握その他事業全般の管理をする。
看護職員	利用者の保健衛生並びに看護業務を行う。
介護職員	利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	日常生活を営む上で必要な機能を改善し、または機能の減退を防止するための訓練を行う。

(4) 施設の概要

定員 通所リハビリ 35名
機能訓練室(レクリエーション含む)・浴室(一般浴・機械浴)
送迎車両6台 その他必要に応じて施設・設備を利用します。

(5) サービス提供日及び時間

①サービス提供日 毎週月曜日から土曜日(日曜日・年末年始は休みです)
②サービス提供時間 午前9時から午後5時15分までの間で居宅サービス計画に定められた時間とします。

3. サービスの主な内容

(1) 送迎

利用者の希望によって、送迎を行います。送迎の区域は、桜井市内のみです。

(2) 機能訓練及び生活リハビリテーション

利用者の身体状況に応じて、専門に理学療法士・作業療法士がリハビリテーションを行い、機能の回復に努めます。

(3) その他

利用者が施設で楽しく過ごせるよう、毎月お誕生日会や季節の行事を行っています。また、ちぎり絵や民謡など地域のボランティアの指導を受け、活動しています。

4. 利用料金

- (1) 介護保険給付に係る一部負担(保険給付費の1割額。但し、一定以上所得者は2割又は3割額)

居宅介護計画(ケアプラン)に位置づけされた所要時間区分による。

ア 通所リハビリテーション

① 基本介護サービス費

(単位:円)

1割負担額	1～2時間	2～3時間	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間
要介護1	369	383	486	553	622	715	762
要介護2	398	439	565	642	738	850	903
要介護3	429	498	643	730	852	981	1,046
要介護4	458	555	743	844	987	1,137	1,215
要介護5	491	612	842	957	1,120	1,290	1,379
2割負担額	1～2時間	2～3時間	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間
要介護1	738	766	972	1,106	1,244	1,430	1,524
要介護2	796	878	1,130	1,284	1,476	1,700	1,806
要介護3	858	996	1,286	1,460	1,704	1,962	2,092
要介護4	916	1,110	1,486	1,688	1,974	2,274	2,430
要介護5	982	1,224	1,684	1,914	2,240	2,580	2,758
3割負担額	1～2時間	2～3時間	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間
要介護1	1,107	1,149	1,458	1,659	1,866	2,145	2,286
要介護2	1,194	1,317	1,695	1,926	2,214	2,550	2,709
要介護3	1,287	1,494	1,929	2,190	2,556	2,943	3,138
要介護4	1,374	1,665	2,229	2,532	2,961	3,411	3,645
要介護5	1,473	1,836	2,526	2,871	3,360	3,870	4,137

② リハビリテーション提供体制加算

(単位:円)

	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7時間以上
1割負担額	12	16	20	24	28
2割負担額	24	32	40	48	56
3割負担額	36	48	60	72	84

(単位:円)

	1割負担額	2割負担額	3割負担額
③ 入浴介助加算(Ⅰ)	40	80	120
入浴介助加算(Ⅱ)	60	120	180
④ リハビリテーションマネジメント加算イ			
開始日から6月以内	1月につき	560	1,120
開始日から6月超	1月につき	240	480
リハビリテーションマネジメント加算ロ			
開始日から6月以内	1月につき	593	1,186
開始日から6月超	1月につき	273	546
リハビリテーションマネジメント加算ハ			
開始日から6月以内	1月につき	793	1,586
開始日から6月超	1月につき	473	946
リハビリテーションマネジメント加算 (事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合)			
1月につき	270	540	810

* リハビリテーションマネジメント加算はイ、ロ、ハのいずれかを算定します。

⑤ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 医療機関若しくは介護保険施設から退院(所)した日又は認定日から起算して 3月以内	1回につき	110	220	330
⑥ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) (週に2回を限度、3か月以内)	1日につき	240	480	720
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) (月4回以上、3か月以内)	1月につき	1,920	3,840	5,760
⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施加算 開始日から6月以内	1月につき	1,250	2,500	3,750
⑧ 栄養改善加算(月2回を限度)	1回につき	200	400	600
⑨ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6ヶ月に1回を限度)	1回につき	20	40	60
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6ヶ月に1回を限度)	1回につき	5	10	15
⑩ 口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回を限度)	1回につき	150	300	450
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(月2回を限度)	1回につき	155	310	465
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(月2回を限度)	1回につき	160	320	480
⑪ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1日につき	22	44	66
⑫ 重度療養管理加算	1回につき	100	200	300
⑬ 中重度者ケア体制加算	1日につき	20	40	60
⑭ 移行支援加算	1日につき	12	24	36
⑮ 栄養アセスメント加算	1月につき	50	100	150
⑯ 事業所が送迎を行わない場合	片道につき	-47	-94	-141
⑰ 退院時共同指導加算	1回につき	600	1,200	1,800
⑱ 若年性認知症利用者受入加算	1月につき	60	120	180
⑲ 科学的介護推進体制加算	1月につき	40	80	120

イ 介護予防通所リハビリテーション(1月につき)

(単位:円)

		1割負担額	2割負担額	3割負担額
① 基本介護サービス費				
要支援1		2,268	4,536	6,804
要支援2		4,228	8,456	12,684
② 一体的サービス提供加算		480	960	1,440
③ 生活行為向上リハビリテーション実施加算 (開始日から6月以内)		562	1,124	1,686
④ 若年性認知症利用者受入加算		240	480	720
⑤ 退院時共同指導加算		600	1,200	1,800
⑥ 栄養アセスメント加算	1月につき	50	100	150
⑦ 栄養改善加算	1月につき	200	400	600
⑧ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6ヶ月に1回を限度)	1回につき	20	40	60
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6ヶ月に1回を限度)	1回につき	5	10	15
⑨ 口腔機能向上加算(Ⅰ)		150	300	450
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160	320	480
⑩ 科学的介護推進体制加算		40	80	120
⑪ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	88	176	264
	要支援2	176	352	528

その他加算給付が発生した場合はその1割、2割又は3割相当額が加算されます。

※介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)11.1%が加算されます。

また桜井市は地域区分が7級地ですので地域区分加算として1.7%加算されます。

(2) その他費用

① 食事費(昼食)	850円/日
② おやつ代	100円/日
③ おむつ代等必要な費用は自己負担となります。	
④ キャンセル料(利用日の当日午前8時30分以降のキャンセル)	食事代/日

(3) 利用料金等の支払い

毎月初めに、前月分を一括して請求します。

支払いは銀行の自動引き落としとなりますので利用開始時に定めた銀行の自動引き落とし口座に入金をお願いします。

5. サービスの利用について

(1) サービスの利用にあたって

サービスの利用については、要支援1、要支援2又は要介護1～要介護5の認定を受けられた方を対象といたします。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合によりサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日のおよそ1週間前までに、申し出てください。

② 施設の都合によりサービスを終了する場合

施設のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了する場合は、終了1ヶ月前までに文書により通知します。

③ 自動的にサービスが終了する場合

次に掲げるような場合は、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了します。

- ・利用者が介護保険施設に入所したとき。
- ・利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定されたとき。
- ・利用者が死亡したとき。

④ その他によるサービスの終了

- ・施設が正当な理由無くサービスを提供しないとき。
 - ・施設及び職員が、守秘義務に違反したとき。
 - ・施設及び職員が利用者及びその家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行ったとき。
 - ・施設が破産したとき。
- 上記のような場合は、利用者は終了の意思を表示することにより直ちにサービスを終了することができる。
- ・利用料金を滞納し、催告してもなお支払いに応じようとしないとき。
 - ・利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返したとき。
 - ・利用者が入院若しくは病気等により1ヶ月以上にわたってサービスの利用ができない状態であることが明らかであるとき。
 - ・利用者及びその家族が、施設、施設職員及び利用者等に対して、乱暴、粗暴その他迷惑を及ぼした行為を行ったとき。
- など、上記のような場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

6. 通所リハビリテーションの運営方針等

(1) 運営の方針

当施設は、リハビリテーションと介護を中心に、利用者の身体的・精神的機能の維持向上を図り、在宅における生活を支援することを目的とします。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

① 利用中止(キャンセル)の連絡

利用予定日のキャンセルについては、必ず事前にご連絡ください。

② 送迎についての連絡

送迎の必要がない場合は事前に連絡してください。

③ 体調の確認

施設では利用者の体調については常に注意を払い管理しておりますが、発熱・便秘・食欲不振等平素より変わったところがあれば事前にご連絡ください。

状況によってはサービス中止の場合もありますのでご了承ください。

④ 氏名の明記

利用者の持ち物や衣類には、必ず氏名を明記してください。

⑤ 金銭・貴重品について

施設への持ち込みはしないでください。

⑥ 施設設備・機器の利用について

当施設備え付けの設備・機器等の使用は、職員の指導により利用してください。許可を得ず

に使用したために事故が生じたときは、施設として責任は負いません。また設備・機器等の故障や破損をしたときは弁償をしていただくことになります。

⑦ その他

施設内で特定の宗教団体等への加入及び脱退等のほか、宗教的な活動は一切しないでください。

利用者は施設内でのペット類の持ち込みや飼育はできません。

その他施設の管理上、必要な事項に関してはその都度利用者各位に協力をお願いすることがあります。

7.緊急時の対応

サービスの提供中に利用者の容体の変化等が生じたときは、協力病院などに連絡し必要な処置を講ずるとともにかかりつけの主治医、家族に速やかに連絡します。

主治医		家族等	
氏名		氏名	
電話番号		電話番号	

8.非常災害対策

(1) 災害時の対応及び防火設備等

非常時災害等が発生及び発生することが予想されるようなときは、施設職員で組織される防災組織によって利用者の安全に努めます。また、利用者の家族にも状況について連絡し、必要な処置を講じます。

施設防火設備として、スプリンクラー・消火器・消火栓等のほか、災害等を利用者に知らせるため館内非常放送設備や館内誘導灯等を設置しております。

(2) 防災訓練

施設の防災訓練は規定によって年2回以上実施することになっています。

(3) 施設防火責任者(防火管理者)

施設の防火管理者は、消防署において研修を終えた者が、防災に関する一切の責任と権限を有する者として選任されています。

8.非常災害対策

(1) 災害時の対応

サービス提供開始前の場合、警報の発令・土砂災害警戒情報レベル3以上が発令されている地域は臨時休業します。臨時休業を決定する時刻は午前8時時点、午後12時時点で決定します。

サービス中や移動中の場合、警報の発令・土砂災害警戒レベル3以上が発令された時点でサービス提供を終了します。

(2) 防災訓練

施設の防災訓練は規定によって年2回以上実施することになっています。

(3) 施設防火責任者(防火管理者)

施設の防火管理者は、消防署において研修を終えた者が、防災に関する一切の責任と権限を有する者として選任されています。

9.事故発生時の対応

(1) 初期対応

サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は利用者に対し必要な措置を講じます。

(2) 病院への診察依頼

施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、併設医療機関(済生会中和病院)又は他の専門的機関での診療を依頼します。

(3) 家族及び市町村への連絡

前2項のほか、当施設は利用者の家族等及び市町村に対し速やかに連絡します。

10.虐待防止について

施設は入所者等の人権の擁護・虐待の防止等のために次にあげるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 事業所はご利用者が成年後見人制度をできるよう支援を行います。
- (2) 当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。
役職:介護福祉士 氏名:保田 祥宏

11.サービスに関する相談等

当施設利用に関する相談・苦情などは下記の者に申し付けください。

*シルバーケアまほろば 通所リハビリテーション TEL 0744-49-0015(直通)

また、以下の公的機関においてもご相談が可能です。

*桜井市役所高齢福祉課 TEL 0744-42-9111(代)

*奈良県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護サービス苦情相談窓口
TEL 0120-21-6899 (フリーダイヤル)

令和 年 月 日

サービスの利用に際し、利用者又はその家族に対して、契約書及びこの書面に基づいて重要な事項の説明をしました。

事業者 住所 奈良県桜井市大字阿部323番地
社会福祉法人恩賜財団済生会中和病院
介護老人保健施設シルバーケアまほろば

施設長 吉 井 尚 (印)

説明者 所属 通所リハビリテーション 相談担当職員

氏名 印

私は、契約書及びこの書面により、事業者から(介護予防)通所リハビリテーションについて、重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所

氏 名 (印)

代理人 住 所

氏 名 (印)