

社会福祉法人さつき会 介護老人保健施設カトレアンホーム
通所リハビリテーション重要事項説明書

〈2024年6月1日現在〉

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電 話 0438-63-1021 (午前8時30分～午後5時30分まで)

担当責任者 高橋 秀徳

※ご不明な点は、どのようなことでもお尋ね下さい

2. カトレアンホーム通所リハビリテーション事業の概要【介護予防通所リハビリテーションを含め】

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名 称	社会福祉法人さつき会 介護老人保健施設カトレアンホーム
所在地	袖ケ浦市蔵波2713-1
事業者番号	通所リハビリテーション 千葉県第1250980029号
サービスを提供する地域	袖ケ浦市
管理者	高橋 哲夫

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	業務内容	計
管理者	施設長 (医師)	1名	0名	従業者及び業務全般の管理	1名
支援相談員	社会福祉主事	0名	0名	利用者からの相談及び、他機関との連絡調整	0名
機能訓練指導員	理学療法士 作業療法士	2名 兼務	5名	身体機能の維持・向上に必要な訓練を行う	7名
看護職員	看護師	1名 兼務	2名兼務	利用者の健康管理及び指導を行う	3名
栄養士	管理栄養士	1名 兼務	0名	栄養面の維持・向上に必要な指導を行う	1名
介護職員	介護福祉士含む	6名 兼務	3名兼務	入浴・食事・排泄等日常生活上の介護を行う	9名

(3) 設備の概要

定員	60名	食堂	1室	談話室	1室	浴室	一般浴と機械浴
機能訓練室	1室	デイルーム	1室	相談室	1室	送迎車	8台

(4) 営業日及び営業時間等

営業時間	月～土	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間 (送迎時間含まない)	月～日 (祝日含む)	午前9時30分～午後4時00分

12月31日～1月3日は休業いたします。又、上記の営業日・営業時間のほか、電話等により常時連絡可能な体制となっております。

(5) 通所リハビリの内容

- ・ご利用日・時間 ご利用者の契約居宅介護支援事業所_____の担当者_____介護支援専門員によって作成されたサービス提供表に計画されたご利用日・時間。
- ・ご利用場所 袖ケ浦市蔵波2713-1
- ・サービス内容 通所リハビリ計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護等を行います。

3. 料金

(1) 通所リハビリ利用料

6時間以上7時間未満	
介護度	1日あたりの単位数
要介護度1	675単位
要介護度2	802単位
要介護度3	926単位
要介護度4	1,077単位
要介護度5	1,224単位

(2) 加算料金等

	1月あたりの 単位数	備 考
科学的介護推進体制加算	40単位	利用者毎のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等、心身に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合に算定。
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	6月以内 560単位 6月以降 240単位	医師が利用者又はその家族に対し、リハビリテーション計画の内容等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得た場合に算定。
生活行為向上リハビリテーション実施加算	6月以内 1,250単位	生活行為の内容の充実を図る為、目標及び当該目標を踏まえたリハの実施内容を定めて行っていく。行う者は経験を有するOTまたは研修を修了したPTまたはSTが配置となっていること。通所リハ実施期間中に終了目前6月以内に達成、実施経過を報告した場合に算定。
退院時共同指導加算	600単位	入院中の者が退院するにあたり通所リハビリテーション事業所の医師又はPT等が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に初回利用の際に当該退院時につき1回に限り所定単位数を加算する。
栄養アセスメント加算	50単位	利用者毎に管理栄養士・看護士・介護士・生活相談員等が共同して、栄養アセスメントを実施し、利用者もしくは家族に結果を説明、相談等に応じると算定。

	1回あたりの 単位数	備 考
入浴介助加算（I）	40単位	特別浴・中間浴・一般浴にて入浴した場合に算定。
短期集中リハビリテーション実施加算	110単位	退院（所）・認定日より3月以内 リハビリテーション実施計画書に基づき、個別的にリハビリテーションを行った場合に算定。
中重度者ケア体制加算	20単位	前年度又は起算日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者総数のうち、要介護3以上が30%以上である場合に算定。
重度療養管理加算	100単位	要介護度3、要介護4又は5であって別に厚生労働大臣が定める状態である場合に算定。
サービス提供体制強化加算（I）	22単位	当事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上である場合に算定。または、勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上の場合に算定。
リハビリテーション提供体制加算	24単位	当事業所の常時配置されているPT等の合計数が、利用者の数が25名又はその端数が増すごとに1名以上である場合に算定。
介護職員処遇改善加算（I）	8.6%	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定。 (当該加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外する。)
食 事 代	620円	介護保険は適用されません。
おやつ代	40円	介護保険は適用されません。
時間延長		介護保険適用となるサービスを8時間以上ご利用頂いた場合の時間延長料金は、介護保険適用の場合、1時間未満50単位、2時間未満100単位、3時間未満150単位が自己負担となります。（午後6時の夕食を希望される場合につきましては、600円が自己負担となります。）
そ の 他		上記の他、おやつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。又、介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。 その場合には一旦1日あたり 円の利用料を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。 サービス提供証明書を後日、各保険者（区市町村）の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。
地域区分：10.55円を総単位数に乗じた物が、サービス利用料となります。		

※介護保険負担割合証で2割又は3割の方は、介護サービス費が2割又は3割負担となります。

※体制等の変更により、介護報酬が変更する場合があります。

(3) キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合	食事代620円徴収

(4) 支払方法

月ごとに料金合計額を請求いたしますので、翌月15日までに(施設窓口への現金支払い・施設指定の金融機関への振込及び引き落としの方法で)お支払い下さい。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

4. サービスの中止について

(1) 健康上の理由による中止

- ①風邪、病気等の感染症の症状が見られる際は、感染の蔓延を防止する為サービスの提供をお断りする事があります。
- ②当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

5. 当事業所の特徴等

(1) 運営の方針

当事業所は、可能な限り、利用者が居宅において、その有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるように努めます。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・精神的負担の軽減を図ります。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの連携を図りながらサービスの提供に努めます。

(2) 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 さつき会
代表者役職・氏名 理事長 矢田 高裕
本部所在地・電話番号 千葉県袖ヶ浦市神納4181番20 0438-62-6151

(3) 法人の紹介

・施設サービス事業

特別養護老人ホーム つつじ苑	富津市上飯野1426番地3	0439-87-6101
特別養護老人ホーム 袖ヶ浦菜の花苑	袖ヶ浦市神納4181番地20	0438-62-6151
介護老人保健施設 カトレアンホーム	袖ヶ浦市蔵波2713番地1	0438-63-1021

・在宅サービス事業

居宅介護支援事業	通所サービス事業	短期入所事業
訪問介護事業	訪問入浴事業	介護予防通所サービス事業
介護予防短期入所事業	介護予防訪問介護事業	

(4) 相談、要望、苦情等の窓口

サービスに関するご相談や、ご不満、ご意見等がある場合には、サービス担当者または、下記までご連絡下さい。

さつき会ご利用者相談窓口（袖ヶ浦菜の花苑内）	0438-62-7740
袖ヶ浦市役所 高齢者支援課介護係	0438-62-2111
千葉県国民健康保険団体連合会	043-254-7428

6. 第三者による評価の実施状況

1 あり	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし		

年 月 日

通所リハビリテーションの提供にあたり、ご利用者様に対して契約書および本書面に基づいて必要な事項を説明しました。

事業者

〈事業者名〉 社会福祉法人さつき会 カトレアンホーム介護通所リハビリテーション
千葉県第1250980029号
〈住 所〉 千葉県袖ヶ浦市蔵波2713-1
〈管 理 者〉 高 橋 哲 夫 印

〈説 明 者〉 通所リハビリテーション 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護通所リハビリテーションについての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

〈個人情報の取り扱いについての同意〉

私は、介護通所リハビリテーションサービス提供に必要な個人情報を、担当介護支援専門員及びサービス担当者会議において、又は、市・介護保険課及び地域包括支援センター等の関係機関に対して伝えること及び尋ねることを承諾します。

尚、上記以外の目的で個人情報を提供することは許可致しません。

利用者 氏 名 印
(代理人) 氏 名 印

社会福祉法人さつき会 介護老人保健施設カトレアンホーム
介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

〈2024年6月1日現在〉

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電 話 0438-63-1021 (午前8時30分～午後5時30分まで)

担当責任者 高橋 秀 徳

※ご不明な点は、どのようなことでもお尋ね下さい

2. カトレアンホーム介護予防通所リハビリテーション事業の概要【通所リハビリテーションを含め】

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名 称	社会福祉法人さつき会 介護老人保健施設カトレアンホーム
所在地	袖ヶ浦市蔵波2713-1
事業者番号	通所リハビリテーション 千葉県第1250980029号
サービスを提供する地域	袖ヶ浦市
管理者	高橋 哲夫

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	業務内容	計
管理者	施設長 (医師)	1名	0名	従業者及び業務全般の管理	1名
支援相談員	社会福祉主事	0名	0名	利用者からの相談及び、他機関との連絡調整	0名
機能訓練指導員	理学療法士 作業療法士	4名 兼務	0名	身体機能の維持・向上に必要な訓練を行う	4名
看護職員	看護師	1名 兼務	3名兼務	利用者の健康管理及び指導を行う	4名
栄養士	管理栄養士	1名 兼務	0名	栄養面の維持・向上に必要な指導を行う	1名
介護職員	介護福祉士含む	11名 兼務	5名兼務	入浴・食事・排泄等日常生活上の介護を行う	16名

(3) 設備の概要

定員	60名	食堂	1室	談話室	1室	浴室	一般浴と機械浴
機能訓練室	1室	デイルーム	1室	相談室	1室	送迎車	8台

(4) 営業日及び営業時間等

営業時間	月～土	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間 (送迎時間含まない)	月～日 (祝日含む)	午前9時30分～午後4時00分

12月31日～1月3日は休業いたします。又、上記の営業日・営業時間のほか、電話等により常時連絡可能な体制となっております。

(5) 通所リハビリの内容

- ・ご利用日・時間 ご利用者の依頼する地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所の担当者 氏によって作成されたサービス提供表に計画されたご利用日・時間。
- ・ご利用場所 袖ヶ浦市蔵波2713-1
- ・サービス内容 通所リハビリ計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護等を行います。

3. 料金

(1) 介護予防通所リハビリ利用料

営業時間内でのサービス提供	
介護度	1月あたりの単位数
要支援1	2,268単位
要支援2	4,228単位

※月の途中からサービスを利用した時につきましても、1月分の利用料がかかります。

※送迎、入浴料は利用料に含まれます。

※利用開始より12月超えた際には1月につき、要支援1は120単位、
要支援2は240単位の減算となります。

(2) 加算料金等

1月あたりの単位数		備 考
科学的介護価値体加算	40単位	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等、心身に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合に算定。
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562単位	生活行為の内容充実を図る為、目標をふまえてリハの実施内容を定めていく。行うものは経験を有する OT または研修を修了した PT・ST が配置となっている事。通所リハ実施期間中に終了目前1月以内にリハビリ会議を開催し、実施経過報告をした場合に算定。
栄養アセスメント加算	50単位	管理栄養士と介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合に算定。
栄養改善加算	200単位	利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同で摂取・嚥下機能及び食事形態等に配慮した栄養ケア計画を作成。また、必要に応じ居宅訪問をすると算定。
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150単位	口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対し口腔清掃の指導・実施または摂食・嚥下機能の指導・実施を行った場合に算定。
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1 88単位	当事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上である場合に算定。 または、勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上の場合に算定。
	要支援2 176単位	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	8.6%	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定。 (当該加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外する。)
食 事 代	620円	介護保険は適用されません。
おやつ代	40円	介護保険は適用されません。
そ の 他	上記の他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。又、介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。 その場合には一旦1日あたり_____円の利用料を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。 サービス提供証明書を後日、各保険者(区市町村)の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。	
地域区分：10.55円を総単位数に乘じた物が、サービス利用料となります。		

※介護保険負担割合証で2割又は3割の方は、介護サービスが2割又は3割負担となります。

※体制等の変更により、介護報酬が変更する場合があります。

(3) キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合	食事代620円徴収

(4) 支払方法

月ごとに料金合計額を請求いたしますので、翌月15日までに(施設窓口への現金支払い・施設指定の金融機関へ振込及び引き落としの方法で)お支払い下さい。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

4. サービスの利用方法

(1) 健康上の理由による中止

- ①風邪、病気等の感染症の症状が見られる際は、感染の蔓延を防止する為サービスの提供をお断りする事があります。
- ②当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

5. 当事業所の特徴等

(1) 運営の方針

当事業所は、可能な限り、利用者が居宅において、その有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるように努めます。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・精神的負担の軽減を図ります。事業の実施に当たっては、関係市町村（地域包括支援センター）、地域の保険・医療・福祉サービスとの連携を図りながらサービスの提供に努めます。

(2) 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 さつき会
代表者役職・氏名	理事長 矢田 高裕
本部所在地・電話番号	千葉県袖ヶ浦市神納4181番20 0438-62-6151

(3) 法人の紹介

・施設サービス事業

特別養護老人ホーム つつじ苑	富津市上飯野1426番地3	0439-87-6101
特別養護老人ホーム 袖ヶ浦菜の花苑	袖ヶ浦市神納4181番地20	0438-62-6151
介護老人保健施設 カトレアンホーム	袖ヶ浦市蔵波2713番地1	0438-63-1021

・在宅サービス事業

居宅介護支援事業	通所サービス事業	短期入所事業
訪問介護事業	訪問入浴事業	介護予防通所サービス事業
介護予防短期入所事業	介護予防訪問介護事業	

(4) 相談、要望、苦情等の窓口

サービスに関するご相談や、ご不満、ご意見等がある場合には、サービス担当者または、下記までご連絡下さい。

さつき会ご利用者相談窓口（袖ヶ浦菜の花苑内）	0438-62-7740
袖ヶ浦市役所 高齢者支援課介護係	0438-62-2111
千葉県国民健康保険団体連合会	043-254-7428

6. 第三者による評価の実施状況

1 あり	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし		

年 月 日

介護予防通所リハビリテーションの提供にあたり、ご利用者様に対して契約書および本書面に基づいて必要な事項を説明しました。

事業者

〈事業者名〉 社会福祉法人さつき会 カトレアンホーム介護予防通所リハビリテーション
千葉県第1250980029号

〈住 所〉 千葉県袖ヶ浦市蔵波2713-1

〈管 理 者〉 高 橋 哲 夫 印

〈説 明 者〉 介護予防通所リハビリテーション 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防通所リハビリテーションについての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

〈個人情報の取り扱いについての同意〉

私は、介護予防通所リハビリテーションサービス提供に必要な個人情報を、担当介護支援専門員及びサービス担当者会議において、又は、市・介護保険課及び地域包括支援センター等の関係機関に対して伝えること及び尋ねることを承諾します。

尚、上記以外の目的で個人情報を提供することは許可致しません。

利用者 氏 名 印

(代理人) 氏 名 印