

**医療法人社団明雄会 介護老人保健施設エスポワール秩父  
（介護予防）通所リハビリテーション重要事項説明書  
（令和6年4月1日現在）**

1. 事業者が提供する介護保健施設サービスについての相談・苦情窓口

- ・担当者 強矢昭江
- ・電話 0494-22-7026
- ・受付時間 月～土曜日 8:30～17:30

2. 事業者の概要

（1）事業者の名称等

- ・事業者名 介護老人保健施設エスポワール秩父
- ・所在地 埼玉県秩父市寺尾2744
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（埼玉県1154980039号）
- ・通常の送迎の実施地域 秩父郡市（東秩父村を除く）

（2）事業者の職員体制

職種		常勤	常勤兼務	非常勤	業務内容
管理者			1		総括管理、指導等
医師			1		診療及び健康管理等
看護職員	看護師		3		医学的処置等の看護業務等
	准看護師		1		
介護職員	介護福祉士	2		1	日常生活全般にわたる介護等
	実務者研修	1			
	初任者研修				
	その他			1	
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	理学療法士		1		リハビリテーション、機能訓練等
	作業療法士		4		
	言語聴覚士				
管理栄養士 栄養士	管理栄養士		1		栄養管理等
	栄養士				
事務職員			3		施設全般の事務業務等
その他				4	運転、営繕、清掃業務等

### 3. 運営方針

介護保険法等に定める基本方針に則り、ケアプランに基づいて、ご利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じて、自立した生活が営めるよう、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の支援を行うことにより、療養生活の質の向上及びご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的に行います。

また、要支援状態のご利用者にあつては、日常生活上の支援を行うことで、ご利用者の療養生活の質の向上及び心身機能の維持回復を図り、もってご利用者の生活機能の維持または向上を目指します。

ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービス提供を行います。また、明るく家庭的な雰囲気有し、ご利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようなサービスを提供します。懇切丁寧を旨とし、ご利用者やご家族への説明はわかりやすく行い、療養上必要な事項に関しては、ご相談し同意を得ながら実施します。

また、地域や家庭との結びつきを重視し、市町村や居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者、地域の団体等と綿密な連携を図り、ご利用者に総合的なサービスが提供できるように努めます。

### 4. サービス内容

#### ① 健康管理・看護

健康管理や必要な医療的処置を行います。

#### ② 食事等

管理栄養士または栄養士がご利用者の状態に合わせた栄養管理を行います。形態、摂食方法も、ご利用者の状態にあわせた形で提供します。ご希望がございましたら、お申し出下さい。おおよその提供時間は以下のとおりです。

水分補給 10時～

昼食・水分補給 12時～

おやつ・水分補給 15時～

2ヶ月に1回程度選択できる食事またはおやつを用意し、ご利用者自身が選択した食事またはおやつを提供させていただきます。

#### ③ 入浴

一般浴槽の他、特別な介助が必要なご利用者には特別浴槽での入浴も行います。入浴時のご利用者の状態によっては清拭やシャワー浴への変更、あるいは入浴中止となる場合があります。

#### ④ 排泄

排尿や排便の状態を確認し、ご利用者の状態や排泄パターンにあわせた方法で介助を行います。

#### ⑤ 口腔ケア

毎食後、ご利用者の状態に応じた口腔ケアを行います。また、義歯の管理が必要な方

にも、状態に応じて必要な支援を行います。

⑥ **その他必要な介護**

サービス計画に沿って、着替え、体位変換、施設内の移動介助等の介護を行います。

⑦ **機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）**

ご利用者やご家族の状況や意向を踏まえ、多職種で協働して、リハビリテーションプログラムを作成し、それに沿って機能訓練を実施します。

⑧ **相談援助**

ご利用者やご家族からの、事業所の利用、各種制度の利用、経済的問題、療養上の困りごと等の相談に応じ、必要な支援を行います。

⑨ **理美容サービス**

カットのみ外部の理容師、美容師が施設で理美容を行います。1回2,000円で、実施した月の利用料と一緒に請求させていただきます。ご利用の希望がある場合は、受付の理・美容申込書に必要事項をご記入下さい。

⑩ **送迎**

ご希望の方には、自宅と施設の間の送迎を行います。

⑪ **その他**

上記サービス以外にも、必要なサービスを提供させていただきます。

## 5. 利用の手続き

### (1) 利用までの流れ

① **利用相談、施設見学**

担当の介護支援専門員を通して、お申し込みしていただきます。その際ご利用者の状態やご希望、またご家族の状況や意向等を伺わせて頂きます。施設見学も可能ですので、ご希望の方は事前にご連絡の上、来所ください。

② **お試し利用**

正式なご利用の前に、お食事代のみで2回までお試し利用ができます。実際に一日の流れを体験してください。必要なものについては事前にご説明させていただきます。

③ **日時調整**

ご利用が決定しましたら、ご希望の曜日、時間等を調整させていただきます。他のご利用サービスとの兼ね合いがある場合は、担当の介護支援専門員や他のサービス事業者、ご利用者、ご家族とご相談の上、調整させていただきます。できるだけご希望に添えるようにはしておりますが、ご自宅までの距離や、定員等の関係で、曜日等を制限させていただく場合がございますので、予めご了承ください。

④ **利用**

日時が決定しましたら、担当の介護支援専門員が毎月計画するケアプランに沿って、ご利用いただきます。

## (2) 契約解除・終了手続き

### ① ご利用者やご家族の都合で契約を解除・終了する場合

サービスの終了を希望する場合は、職員までお申し出ください。

### ② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約が終了します。

- ・ご利用者が更新認定において自立（非該当）と認定され、所定の期間が満了した場合
- ・介護保険施設に入所された場合
- ・ご利用者が死亡した場合

### ③ 事業者から契約を解除・終了する場合

以下の場合、事業者が事前に文書で通知した上で、サービスを終了させていただきます。

- ・ご利用者及び連帯保証人が、契約に定める利用料金を3か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず20日間以内に支払われない場合
- ・ご利用者やご家族が、事業者またはその職員、他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程の背信行為または反社会的行為を行った場合
- ・天災、災害、設備の故障その他やむを得ない理由により、施設を継続して運営することが困難になった場合
- ・やむを得ない事由により、事業を休廃止または縮小する場合

### ④ その他

上記①～③による契約終了の場合であっても、やむを得ない事由等により、ご利用者やご家族と事業者の双方合意の基、その契約終了日の翌日以降もサービスが利用できます。この間の処遇については、双方が締結した通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用契約を準用するものとしますが、介護保険適用外となるため、その利用に要する費用は、実費を請求します。

## 6. 料金と支払い方法

### ① 利用料金

利用料金については、別紙料金表をご参照下さい。

### ② 支払方法

翌月10日頃までに当月分の請求をいたしますので、翌月末までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収証を発行します。お支払い方法は、以下の3通りがございます。

- (1) 指定銀行口座に振込み（手数料はご利用者様負担）
- (2) 受付窓口で直接支払い（受付窓口の開設時間は月曜日～土曜日（祝祭日、年末年始を除く）8：30～17：30）
- (3) 預金口座振替（振替1回につき手数料165円を徴収）

### ③ 料金の変更等

介護保険関係法令の改正等により料金に変更になる場合がございます。この場合は事前にご説明をし、ご承諾をいただきます。

## 7. 施設利用に当たっての留意事項

- ・職員一同、事故ゼロを目指し、日々研修・研鑽や対策に取り組んでおりますが、転倒による骨折、飲み込みがうまくいかないことによる肺炎、食物等が詰まる窒息、他利用者とのトラブルによる外傷等の事故が発生してしまう場合がございます。あらかじめご了承ください。
- ・サービス計画の作成・更新・変更は、ご利用者やご家族の意向を伺いながらケアプランに沿って作成します。その際、ご意見やご要望をお伺いし、ご利用者のケアや今後の支援の方向性について一緒に検討させて頂ければと思いますので、何なりとお申し出下さい。
- ・大雪・積雪、その他の事由によりその日のサービスの提供を中止、もしくは送迎の中止をする場合は、当日の朝8時までにご連絡させていただきます。
- ・利用をお休みされる場合は、なるべく前日の午後5時30分までにご連絡ください。なお急な体調不良等の場合は当日の朝8時30分までにご連絡頂けると幸いです。なお、当日の10時を過ぎても連絡なくお休みした場合はキャンセル料が発生しますので、ご注意ください。
- ・送迎時や来所時に、ご利用者や同居ご家族の健康状態を確認させていただきます。発熱等の症状が認められた場合、状態によってはその日の利用をお断りさせて頂く場合がございますので、予めご了承ください。
- ・専門的な検査や治療が必要と判断された場合、協力医療機関や他の医療機関に受診をお願いすることがあります。受診の際は、治療方針の決定が行われる場合もありますので、原則としてご家族の同行をお願いします。
- ・ご利用の際には、連絡帳をお渡しいたします。ご利用者の様子や職員に伝えたいこと等がございましたら、遠慮なくご記入ください。また、職員もご利用時の様子やご家族にお伝えしたいことを記入しますので、ご自宅に戻られた際にはぜひご一読ください。
- ・飲酒や喫煙は、ご利用者の状態を基に、総合的に判断させていただきます。ご希望のある方は事前にお申し出下さい。
- ・火気の取扱いは原則として禁止させていただきます。
- ・施設内の設備や備品は、ご自由にご利用いただけます。ただし、ご利用者の心身の状態に応じて、制限をさせて頂く場合がございます。
- ・所持品・備品等の持ち込みは、危険物と判断できるものや療養の妨げとなるものについては、制限をさせて頂く場合がございます。なお、ペットの持ち込みは、原則禁止とさせていただきます。また、金銭や貴重品の管理に関しては、原則ご利用者の自己管理とさせていただきます。紛失や盗難等が発生した場合においても、事業者は責任を負いかねますので、あらかじめご了承ください。

- ・利用時にご利用者本人が利用料を持参して支払う場合、支払いはご利用者本人に行ってください。もし、ご利用者本人に支払いを行う能力が充分でない場合でご利用時に持参して支払いを行いたい場合は、送迎時の職員にその旨を必ずお伝え頂き、つり銭が出ない額を持参して下さい。
- ・営利行為や布教活動、特定の政治活動は禁止とさせていただきます。また、他のご利用者の療養の著しい妨げと判断される行為についても、制限させていただく場合がございます。
- ・事業者による送迎をご希望される場合は、職員の勤務体制や送迎車の都合等の事情により、ご希望に沿えない場合がございますので、あらかじめご了承下さい。

## 8. 相談・苦情等の受付

介護保健施設サービスに関する相談、要望、苦情等は、下記窓口までお申し出ください。そのほか、受付に備えつけられた「ご意見箱」もご利用頂けます。

また、ご利用者の住所地の市区町村、埼玉県国民健康保険団体連合会、埼玉県福祉サービス苦情相談でも相談・苦情を受け付けています。

相談・苦情担当窓口

担当者：強矢昭江

電話 0494-22-7026

市・区・町・村

課

電話 — —

埼玉県国民健康保険団体連合会（苦情相談窓口）

電話 048-824-2568

埼玉県福祉サービス苦情相談（運営適性化委員会連絡先）

電話 048-822-1243

## 9. 連絡方法

当施設から電話をかけた場合、以下の電話番号のいずれかが表示されます。電話の着信拒否設定をしている方は、設定の変更をお願いします。

電話番号① 0494-22-7026

電話番号② 0494-22-7027

平日夜間と日曜・祝祭日に電話をかけて頂くと音声案内が流れます。案内に従って番号を押すと、直接各部署につながります。

通所リハビリテーションが不在の場合は、お手数ですが一旦電話を切って再度電話をかけて頂き、1階介護職員（内線10番）におかけください。

1階介護職員・・・・・・・・・・・・・・・・・・10

2階介護職員・・・・・・・・・・・・・・・・・・20

通所リハビリテーション・・・・・・・・・・30

看護職員・・・・・・・・・・・・・・・・・・60

相談員・介護支援専門員・・・・・・・・・・80

## 10. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知機、非常警報装置等
- ・防災訓練 年2回（内1回は夜間想定で訓練を行います）

## 11. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

- ・協力医療機関 秩父市立病院 住所：秩父市桜木町8-9
- ・協力歯科医療機関 内田歯科医院 住所：秩父市大野原200-24

## 12. 情報広報媒体

施設はホームページ、フェイスブック、インスタグラム、スレッズ等のソーシャルネットワークキングサービスを利用して情報発信を行っています。ぜひご覧ください。

### 13. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先①	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	
続柄	
緊急連絡先②	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	
続柄	

※請求書送付先〔利用者 ・ ① ・ ② ・ その他（以下に記入）〕

氏名		続柄	
住所			
電話番号			



令和 年 月 日

(介護予防)通所リハビリテーションの利用にあたり、利用者(代理人がいる場合は代理人を含みます)及び連帯保証人に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

事業者

法人名 医療法人社団 明雄会  
法人住所 埼玉県所沢市下富 1270-9  
施設名 介護老人保健施設エスポワール秩父  
住所 埼玉県秩父市寺尾 2744  
理事長名 高野 覚

説明者

印

私は、契約書及び本書面により、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、同意しました。

利用者

住所

氏名

印

(代理人) ※代理人が親族の場合は親族代表を兼ねる

住所

氏名

印

連帯保証人

住所

氏名

印

エスポワール秩父(介護予防)通所リハビリテーションご利用者負担額一覧表(1割負担)

要介護度	介護保険分					介護保険利用限度額対象外			その他自費分	合計			
	利用料(6~7時間)	入浴介助加算(I)	リハビリテーション提供体制加算	リハビリマネジメント加算(A)ロ	科学的介護推進体制加算	サービス提供体制強化加算(I1)	処遇改善加算(I)		食費 ¥645 日用品費 ¥159 教養娯楽費 ¥159	※下記の金額に各種加算が加わる場合があります。 ※利用時間や入浴の有無等により合計金額も変わります。			
							特定処遇改善加算(I)	ベースアップ等支援加算					1回
要介護1	¥710	¥40	¥24	6ヶ月以内 ¥593	6ヶ月越え ¥273	¥40	¥22	1回	1ヶ月単位分	¥963	1回	利用回数	1ヶ月(4週換算)
要介護2	¥844							¥60	¥49		¥1,819	週1回	¥7,956
											週2回	¥15,231	
											週3回	¥22,505	
要介護3	¥974							¥70	¥49		¥1,963	週1回	¥8,533
要介護4	¥1,129	¥80	¥49	¥2,103	週2回	¥16,385							
		¥92	¥49	週3回	¥24,237								
要介護5	¥1,281	¥104	¥49	¥2,270	週1回	¥9,761							
				週2回	¥18,841								
				週3回	¥27,920								
	1ヶ月			1ヶ月	1ヶ月						利用回数	1ヶ月(4週換算)	
要支援1	¥2,053					¥88	¥161				週1回	¥6,194	
											週2回	¥10,046	
要支援2	¥3,999					¥176	¥311				週1回	¥8,378	
											週2回	¥12,230	

エスポワール秩父(介護予防)通所リハビリテーションご利用者負担額一覧表(2割負担)

要介護度	介護保険分					介護保険利用限度額対象外			その他自費分	合計									
	利用料(6~7時間)	入浴介助加算(I)	リハビリテーション提供体制加算	リハビリマネジメント加算(A)ロ	科学的介護推進体制加算	サービス提供体制強化加算(I1)	処遇改善加算(I)		食費 ¥645 日用品費 ¥159 教養娯楽費 ¥159	※下記の金額に各種加算が加わる場合があります。 ※利用時間や入浴の有無等により合計金額も変わります。									
							特定処遇改善加算(I)	ベースアップ等支援加算		1回	1ヶ月(4週換算)	1回	利用回数	1ヶ月(4週換算)					
	1回	1回	1回	1ヶ月	1ヶ月	1回	1回 単位分	1ヶ月 単位分	1回	1回	利用回数	1ヶ月(4週換算)							
要介護1	¥1,420	¥80	¥48	6ヶ月以内 ¥1,186 6ヶ月越え ¥546	¥80	¥44	¥119	¥97	¥963	¥2,674	週1回	¥12,060							
																	週2回	¥22,757	
																	週3回	¥33,454	
要介護2	¥1,688													¥140	¥97	¥2,963	週1回	¥13,215	
																		週2回	¥25,066
																		週3回	¥36,917
要介護3	¥1,948						¥160	¥97	¥3,243	週1回	¥14,335								
											週2回	¥27,306							
											週3回	¥40,278							
要介護4	¥2,258						¥184	¥97		¥3,577	週1回	¥15,670							
												週2回	¥29,977						
												週3回	¥44,284						
要介護5	¥2,562						¥207	¥97	¥3,904		週1回	¥16,980							
												週2回	¥32,597						
												週3回	¥48,213						
	1ヶ月					1ヶ月	1ヶ月					利用回数	1ヶ月(4週換算)						
要支援1	¥4,106					¥176	¥322					週1回	¥8,536						
												週2回	¥12,388						
要支援2	¥7,998					¥352	¥622				週1回	¥12,904							
											週2回	¥16,756							

エスポワール秩父(介護予防)通所リハビリテーションご利用者負担額一覧表(3割負担)

要介護度	介護保険分					介護保険利用限度額対象外			その他自費分	合計							
	利用料(6~7時間)	入浴介助加算(I)	リハビリテーション提供体制加算	リハビリマネジメント加算(A)口	科学的介護推進体制加算	サービス提供体制強化加算(I)	処遇改善加算(I)		食費 ¥645 日用品費 ¥159 教養娯楽費 ¥159	※下記の金額に各種加算が加わる場合があります。 ※利用時間や入浴の有無等により合計金額も変わります。							
							特定処遇改善加算(I)	ベースアップ等支援加算					1回	1ヶ月単位分	1回	1ヶ月(4週換算)	
要介護1	¥2,130	¥120	¥72	6ヶ月以内 ¥1,779	¥120	¥66	¥240	¥146	¥963	¥3,530	週1回	¥16,164					
要介護2	¥2,532										週2回	¥30,284					
											週3回	¥44,403					
要介護3	¥2,922			6ヶ月越え ¥819						¥120	¥66	¥240	¥146	¥146	¥4,383	週1回	¥17,896
要介護4	¥3,387															週2回	¥33,747
																週3回	¥49,598
要介護5	¥3,843	¥4,884	¥5,375	¥66	¥276	¥146	¥146	¥4,884		週1回	¥21,580						
										週2回	¥41,114						
										週3回	¥60,648						
	1ヶ月				1ヶ月	1ヶ月					利用回数	1ヶ月(4週換算)					
要支援1	¥6,159				¥264	¥483					週1回	¥10,878					
											週2回	¥14,730					
要支援2	¥11,997				¥528	¥933				週1回	¥17,430						
										週2回	¥21,282						