

重要事項説明書

てらもと総合福祉センター「通所リハビリテーション」

【介護保険証の確認】

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

【利用条件】

要介護認定（1～5）を受けておられる方で、在宅にて生活をされている方が対象となります。

1. 事業所の名称等

- ・法人名 医療法人 生登会
- ・開設者名 理事長 寺 元 隆
- ・施設名 医療法人生登会 かわちながの介護老人保健施設
てらもと総合福祉センター
- ・開設年月日 平成10年3月16日
- ・所在地 大阪府 河内長野市 小山田町 1701番地の1
- ・電話番号 0721-52-7000
- ・FAX番号 0721-50-3500
- ・管理者名 事業所長 西尾 正一
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（2750780013号）

2. 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護保険法令の趣旨に従い、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、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復及び家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

この目的に沿って、事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

【てらもと総合福祉センターの運営方針】

1. 各種のサービスを通じて、老人福祉の質の確保と向上に努める
2. 居住環境等、中間施設としての機能の整備に努める
3. 利用者と家族及び地域社会との交流に努める
4. 退所者に対し、安心して家庭生活が送れるよう各種支援に努める
5. 諸活動を円滑にするため、市町村及び関係諸機関との連携を図る

3. 職員の配置状況・勤務体制及び職務内容

| 職 種 | 基 準 | 早 出 | 遅 出 | 実配置人員数 |
|------------|-------|--------|--------|--------|
| 管理者（施設と兼務） | 1 人 | | | 1 人以上 |
| 医師（施設と兼務） | 1 人 | | | 1 人以上 |
| 看護・介護職員 | 6 人以上 | ※(1) 人 | ※(1) 人 | 15 人以上 |
| 理学療法士等 | 1 人以上 | | | 2 人以上 |
| 事務職員 | 若干名 | | | 2 人以上 |

日 勤：8:30～17:00（全職員）

早 出：8:00～16:30（介護職員） 遅 出：10:00～18:30（介護職員）

※（ ）書については、時間延長サービスの勤務体制である。

【職員の業務内容】

- ①事業所管理者・・・事業所の業務を統括し、執行します。
- ②医師・・・事業所管理者の命を受け利用者の健康管理及び適切な医療の処置を講じます。
- ③看護職員及び介護職員・・・事業所管理者の命を受け利用者の保健衛生並びに看護業務及び日常生活全般にわたる介護業務を行います。
- ④支援相談員・・・事業所管理者の命を受け利用者及び家族の支援相談業務等を行います。
- ⑤理学療法士等・・・事業所管理者の命を受け利用者に対する機能訓練業務を行います。
- ⑥管理栄養士・・・事業所管理者の命を受け利用者の栄養管理及び指導を行います。
- ⑦事務職員・・・事業所管理者の命を受け事務処理を行います。

4. 営業日及び営業時間

| | |
|---------|---------------------------|
| 営 業 日 | 月曜日 ～ 土曜日（12月31日から1月3日除く） |
| 営 業 時 間 | 午前8時40分 ～ 午後5時00分 |

5. 利用定員及び通常の事業実施地域

定員 50名 通常の事業実施地域（河内長野市）

6. 秘密の保持と個人情報の保護

| | |
|---------------------------------|--|
| <p>①利用者及び身元引受人に関する秘密の保持について</p> | <p>事業所及び法人の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び身元引受人に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。なお、退職後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を誓約書により定めておられます。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。</p> |
| <p>②個人情報の保護について</p> | <p>事業所は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の身元引受人の情報についても、同様の取り扱いといたします。事業所は、利用者及び身元引受人に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、又処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> |

7. サービス内容

- ① 居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成する介護サービス計画を基に当事業所での介護サービス計画を立案
- ② 利用上必要な事項についての説明及び指導
- ③ 食事及び食事介助

| | |
|----|---------|
| 昼食 | 12時00分～ |
| 夕食 | 18時00分～ |
- ④ 入浴及び入浴介助・見守り等
- ⑤ 排泄介助・見守り等
- ⑥ 医学的管理・看護
- ⑦ 着替え介助・見守り等
- ⑧ 機能訓練(リハビリテーション、レクリエーション)
- ⑨ 理美容サービス(通所リハビリテーション実施以外の時間帯に行い、理美容代は利用者が直接、業者へ支払って下さい)
- ⑩ 送迎サービス
- ⑪ その他(各種加算体制等・詳細は別紙にて説明)

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくこともありますので、詳しくは1階インフォメーションまでご相談ください。

8. 利用料金

別紙参照

9. 支払い方法

毎月10日に、前月分の請求書を発行しますので、翌日11日から20日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
お支払いは、施設窓口、銀行振込の2通りの方法がありますので、利用契約時にお選び下さい。

10. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力をいただいております。

・協力医療機関

・名称 医療法人 生登会 寺元記念病院
(診療科目：内科・循環器科・脳神経外科・外科・整形外科・その他)
・住所 大阪府河内長野市古野町4番11号
・電話番号 0721-50-1111

・協力歯科医療機関

・名称 医療法人 生登会 寺元記念病院
歯科口腔外科
・住所 大阪府河内長野市古野町4番11号
・電話番号 0721-50-1111

11. 事業所利用に当たっての留意事項

- ① 施設内禁煙となりますのでご協力下さい。
- ② 持ち物には、全て名前をご記入下さい。また、必要以上の荷物の持ち込みはご遠慮下さい。
- ③ 盗難・事故防止の為、金銭及び高価な品物の所持はお断りしています。なお、事業所内での金品の紛失については、事業所として一切責任を負えませんのでご了承下さい。

12. 非常災害対策

非常災害に備えて、火災、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者を定め、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火散水栓、火災受信機
非常放送設備
- ・防災訓練 年2回以上（内1回夜間または夜間想定）

13. 禁止事項

- ① 多くの方に安心して、また快適にサービスを利用していただく為に、利用者及び家族等の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」。
- ② 喧嘩もしくは口論をなし、または楽器等の音を大きく出して静穏を乱し、他の利用者に迷惑を及ぼすこと。
- ③ 故意に事業所もしくは物品に障害を与え、又はこれらを事業所外に持ち出すこと。
- ④ 事業所内の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害すること。
- ⑤ 無断で備品の位置、又は形状を変えること。
- ⑥ 事業所及び職員に対する心遣い。

14. 他機関との連携

協力医療機関等への受診：事業所では、上記に記載通り病院や歯科診療所に協力をいただいておりますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

15. 緊急時及び事故発生時の連絡先

緊急時及び事故発生時の場合には、「下記」にご記入いただいた連絡先に連絡致します。

| | | | | | | |
|----|--|----|--|------|---|---|
| 氏名 | | 続柄 | | 電話番号 | - | - |
|----|--|----|--|------|---|---|

16. 事故発生時の対応と損害賠償について

利用者に対する通所リハビリテーションサービスの提供時に事故が発生した場合は、速やかに保険者（河内長野市：0721-53-1111）、担当介護支援専門員やかかりつけ医療機関、利用者の身元引受人に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(1) 事業所において、事業所側の責任により利用者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業所側の損害賠償を減じる場合があります。

(2) 事業所は自己に帰すべき事由がない場合は損害賠償を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業所側は損害賠償を免れます。

①利用者及び身元引受人が利用者の心身の状態及び病歴、その他必要な事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。

②利用者の急激な体調の変化や著しい行動障害等、予測不可能な事由にもつぱら起因して損害が発生した場合。

③利用者及び身元引受人が、事業所もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に、もつぱら起因して損害が発生した場合や、事業所が提供可能な安全への配慮を行ってもなお、防ぎようのない事由により損害が発生した場合。

※事業所では、事故防止に向けて安全への配慮を行っておりますが、完全な事故防止は不可能であることをご理解下さいますようお願い致します。

| | | | |
|-----------|--|------|-----|
| 居宅介護支援事業者 | | | |
| 担当介護支援専門員 | | 電話番号 | - - |

| | |
|------------|--------------|
| かかりつけ医療機関名 | |
| 主治医 () | 電話番号 (- -) |

17. 要望又は苦情等の申出

利用者及び身元引受人は、事業所の提供する通所リハビリテーションサービスに対しての要望又は苦情等について、担当職員に申し出ていただくか又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出て下さい。(詳細は別紙にて説明。)

18. 身体拘束等、原則禁止

事業所では、原則として利用者に対し身体拘束を行っておりません。但し、自傷他害の恐れがある等、やむを得ない場合は、事業所管理者である施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、事業所の職員がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を診療録に記載します。

19. 虐待防止に関する事項

1 事業所は利用者の人権の擁護・虐待等防止の為、次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待を防止する為の従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族等からの苦情処理体制の整備
- (3) その他、虐待防止の為に必要な措置(※)

2 事業所は、サービス提供中に、当該従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)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するものとします。

※(3) その他、虐待防止の為に必要な措置の具体例

- ・虐待防止に関する責任者の選定及び措置
- ・成年後見制度の利用支援
- ・介護相談員の受入れ

私は本書面に基づいて、てらもと総合福祉センターの職員（氏名_____）から、重要事項の説明を受け、当事業所サービスの提供開始に同意しました。

_____年____月____日

| | | |
|-----|---------------|--|
| 事業所 | 所在地名 | 河内長野市小山田町1701番地の1 医療法人 かわちながの介護老人保健施設 生登会 てらもと総合福祉センター |
| | 施設管理者名 | 施設長 西尾 正一 |
| | 法人名 法人代表者名 | 医療法人 生登会 理事長 寺元 隆 印 |

| | | |
|-----|-----|---------|
| 利用者 | 住所 | _____ |
| | 氏名 | _____ 印 |
| | 連絡先 | _____ |

| | | |
|-------|-----|---------|
| 身元引受人 | 住所 | _____ |
| | 氏名 | _____ 印 |
| | 続柄 | _____ |
| | 連絡先 | _____ |

◆◆◆利用料のご案内(通所リハビリテーション)◆◆◆

◆基本日額 (6時間以上7時間未満のサービスをご利用の場合)

(単位:円)

| 介護度 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------|---------|---------|---------|-----------------------------|
| 通所リハビリテーション費 ※ | 739 | 878 | 1,014 | 1,175 | 1,333 | 通常規模事業所 |
| 中重度者ケア体制加算 ※ | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | |
| リハビリテーション提供体制加算 ※ | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 6時間以上7時間未満 |
| 移行支援加算 ※ | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ ※ | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ ※ | 所定単位数(通所リハビリテーション費+各種加算)の8.6% | | | | | |
| 上記以外にも、状況に応じて別途加算分が必要となります。 | | | | | | |
| 介護保険負担割合(1割)の方 | 821 | 960 | 1,096 | 1,257 | 1,415 | 各市町村・介護保険課発行の負担割合証を参照して下さい。 |
| 介護保険負担割合(2割)の方 | 1,642 | 1,920 | 2,192 | 2,514 | 2,830 | |
| 介護保険負担割合(3割)の方 | 2,463 | 2,880 | 3,288 | 3,771 | 4,245 | |
| 昼食(おやつ含む) | 740 | 740 | 740 | 740 | 740 | |
| 日用品費 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | |
| 教養娯楽費 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| 1日あたりの目安(1割負担の方) | 1,731円～ | 1,870円～ | 2,006円～ | 2,167円～ | 2,325円～ | |
| 1日あたりの目安(2割負担の方) | 2,552円～ | 2,830円～ | 3,102円～ | 3,424円～ | 3,740円～ | |
| 1日あたりの目安(3割負担の方) | 3,373円～ | 3,790円～ | 4,198円～ | 4,681円～ | 5,155円～ | |

◇※印は、端数処理により若干金額が増減することがあります。

◇介護保険法改正等により、利用料に変更が生じる場合、利用者に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更致します。

◆その他加算

◆1割負担の場合の金額を記載しております。

| | | | |
|----------------------|----------------|-----------------------------------|--|
| サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ) | 23円/日 | 介護福祉士が70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士25%以上配置されている場合 |
| | (Ⅱ) | 19円/日 | 介護福祉士が50%以上配置されている場合 |
| 介護職員処遇改善加算 | (Ⅰ) | 所定単位数(通所リハビリテーション費+各種加算)に8.6%を乗じる | |
| 入浴介助加算 | (Ⅰ) | 42円/日 | 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して入浴介助を行う場合 |
| | (Ⅱ) | 62円/日 | (Ⅰ)の要件に加えて、利用者の居宅を訪問し、浴室の評価を行い入浴計画を作成、その入浴計画に基づき入浴介助を行う場合 |
| 中重度者ケア体制加算 | | 21円/日 | 前年度又は算定日が属する前3月間の利用者数の総数のうち要介護3以上の利用者のしめる割合が30%以上である場合に算定 |
| 理学療法士等体制強化加算 | | 31円/日 | 1時間以上2時間未満のサービスを実施し、理学療法士等の配置を専従かつ常勤で2名以上配置した場合 |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | | 114円/日 | 退院(所)又は認定日から起算して3月以内の期間に、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、集中的なリハビリテーションを実施した場合に算定 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | (Ⅰ) | 248円/日 | 認知症であり、かつリハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると医師が判断した者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に算定(開始日より3月以内) |
| | (Ⅱ) | 1984円/月 | |
| リハビリテーション提供体制加算 | 3時間以上 4時間未満 | 13円/回 | リハビリテーション専門職の配置が、人員基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合 |
| | 4時間以上 5時間未満 | 17円/回 | |
| | 5時間以上 6時間未満 | 21円/回 | |
| | 6時間以上 7時間未満 | 25円/回 | |
| | 7時間以上 | 29円/回 | |

| | | | |
|--|-------------------|----------|--|
| リハビリテーションマネジメント加算(イ) | 算定より6月以内 | 579円/月 | リハビリテーション実施計画の策定等の一連のプロセスを実施し、リハビリテーション会議の開催、理学療法士等専門職による通所リハビリテーション計画等の実施、介護の工夫等に関する指導及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行った場合 |
| | 算定より6月超 | 248円/月 | |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ) | 算定より6月以内 | 613円/月 | (イ)の要件に加えて、利用者毎のリハビリテーション実施計画等の内容を厚生労働省に提出している場合 |
| | 算定より6月超 | 282円/月 | |
| リハビリテーションマネジメント加算(ハ) | 算定より6月以内 | 820円/月 | (イ)(ロ)の要件に加えて、管理栄養士を1名以上配置し、リハビリ・口腔・栄養のアセスメントを実施、情報を一体的に共有している場合 |
| | 算定より6月超 | 489円/月 | |
| | 上記に加えて | 279円/月 | 事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 利用開始日の属する月より6月以内 | 1292円/月 | 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、利用者の有する能力の向上を支援し、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が居宅を訪問し、評価をおおむね1回以上実施した場合 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | 62円/日 | 受入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定 |
| 中山間地域等提供加算 | 所定単位数に5%加算 | | 事業所が通常の事業実施地域を越えて、中山間地域等に居住する利用者に対するサービスを行った場合 |
| 送迎減算 | 所定単位数から片道につき△47単位 | | 事業所が送迎を行わない場合 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | (I) | 21円/回 | 利用開始時及び利用中6月毎に利用者の口腔状態等の確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合 |
| | (II) | 6円/回 | 利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、利用者の口腔状態等の確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合 ※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており、加算(I)を算定できない場合のみ算定可 |
| 栄養改善加算 | | 207円/回 | 管理栄養士等が共同して栄養ケア計画を作成し、利用者の栄養状態を定期的に記録・評価し、必要に応じて利用者の居宅を訪問している場合 |
| 口腔機能向上加算 | (I) | 155円/回 | 利用者の口腔機能を把握し多職種共同で計画を作成し、定期的に記録・評価している場合 |
| | (II)イ | 161円/回 | 口腔機能向上加算(I)の取組に加え、計画等の情報を厚生労働省に提出している場合(リハビリテーションマネジメント加算ハを算定している場合) |
| | (II)ロ | 166円/回 | 口腔機能向上加算(I)の取組に加え、計画等の情報を厚生労働省に提出している場合(リハビリテーションマネジメント加算ハを算定していない場合) |
| 栄養アセスメント加算 | | 52円/月 | 利用者毎に、多職種共同で栄養アセスメントを実施し、当該利用者又は家族に対してその結果を説明し、利用者毎の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出している場合 |
| 重度療養管理加算 | | 104円/日 | 要介護3以上であって、別に厚生労働大臣が定める状態(人口呼吸器の使用・胃瘻・褥瘡に対する治療を実施している等)であるものに対して、医学的管理を行った場合に算定 |
| 移行支援加算 | | 13円/回 | 通所リハビリテーションの利用を終了した者のうち、ADL等が向上し通所介護など他のサービス等に移行できた者の割合が3%を超えた場合に算定 |
| 科学的介護推進体制加算 | | 42円/月 | 利用者毎の心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合 |
| 退院時共同指導加算 | | 620円/回 | 病院又は診療所に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理学療法士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場合 |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算 | | 所定単位数の3% | 利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも5%以上減少している場合 |
| 8時間以上9時間未満 | | 52円/回 | 通所リハに前後して日常生活上の世話をを行った場合の算定対象時間が8時間以上となった場合の加算 |
| 9時間以上10時間未満 | | 104円/回 | |
| 10時間以上11時間未満 | | 155円/回 | |
| 11時間以上12時間未満 | | 207円/回 | |
| 12時間以上13時間未満 | | 259円/回 | |
| 13時間以上14時間未満 | | 310円/回 | |

◆おむつ代・その他費用

| | | | |
|----------------|-------------|------------|------------|
| 文書料 | 1100円(税込)/通 | 尿取りパット | 55円(税込)/枚 |
| 朝食代 | 495円(税込)/食 | 尿取りパット(夜用) | 65円(税込)/枚 |
| 夕食代 | 770円(税込)/食 | リハビリパンツ | 197円(税込)/枚 |
| 特別な食事(マイバランスミ) | 97円(税込)/本 | テープ止め(M) | 175円(税込)/枚 |
| 学習療法代 | 2550円(税込)/月 | テープ止め(L) | 208円(税込)/枚 |