

重要事項説明書

てらもと総合福祉センター「介護予防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】

要支援認定（1～2）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
- ・事業所名 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. 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・勤務体制及び勤務内容

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		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		人	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べき旨を誓約書により定めております。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、利用者及び家族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 介護予防支援事業所の介護支援専門員が作成する介護予防サービス計画を基に当事業所での介護予防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・事故防止のため、金銭及び高価な品物の所持はお断りしていただきます。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、利用者及び家族の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」等
- 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。

1 4. 他機関との連携

協力医療機関等への受診：事業所では、左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。

1 5. 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	-	-
----	--	----	--	------	---	---

1 6. 事故発生時の対応と損害賠償について

利用者に対する介護予防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、利用者の家族等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。

介護予防支援事業者			
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、事業所の提供する介護予防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 河内長野市小山田町1701番地の1
施設名 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 医療法人 生登会
法人代表者名 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(介護予防通所リハビリテーション)◆◇◆

◆基本利用料

(単位:円)

介護度	要支援1	要支援2	
介護予防通所リハビリテーション費 ※	2,268/月	4,368/月	
サービス提供体制強化加算Ⅰ ※	91/月	182/月	
介護職員処遇改善加算Ⅰ ※	所定単位数(予防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	2,359円~/月	4,550円~/月	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	4,718円~/月	9,100円~/月	
介護保険負担割合(3割)の方	7,077円~/月	13,650円~/月	
昼食(おやつ含む)	740/日	740/日	
日用品費	70/日	70/日	
教養娯楽費	100/日	100/日	

◇※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	要支援1	91円/月	介護福祉士が70%以上配置又は勤続10年以上の介護福祉士25%以上配置されている場合
	要支援2	182円/月	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1	75円/月	介護福祉士が50%以上配置されている場合
	要支援2	149円/月	
介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	所定単位数(予防通所リハビリテーション費+各種加算)に8.6%を乗じる	
一体的サービス提供加算		496円/月	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施。また、サービスの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること。
栄養改善加算		207円/月	管理栄養士など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/月	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)	166円/月	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
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
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
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	581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等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、評価をおおむね月1回以上実施した場合
若年性認知症利用者受入加算		248円/月	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

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
利用開始日の属する月から起算して12月を超え基準を満たさない場合	要支援1	△124円/月	(基準) ・3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、情報を共有するとともにリハビリテーション計画を見直していること。 ・リハビリテーション計画の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。
	要支援2	△248円/月	

◆おむつ代・その他費用

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

令和 6年 8月 1日 改訂