

<別紙1>

介護老人保健施設 加古川白寿苑のご案内
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)
(重要事項説明書)

1. 施設の概要

(1)施設の名称等

施設名	社会医療法人社団 順心会 介護老人保健施設 加古川白寿苑		
開設年月日	平成 15 年 4 月 1 日		
所在地	〒675-0015 加古川市野口町坂井字西ノ大町 58-1		
電話番号	079-430-0033	ファックス番号	079-430-0034
管理者名	裏川 公章		
指定番号	2852280045		

(2)介護老人保健施設の目的と運営方針

1. 施設の目的

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)や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)といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。この目的に沿って、当施設では、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。

2. 運営方針

入所者の自立を支援し、その家庭への復帰をめざし、明るく家庭的な雰囲気地域や家庭と連携した運営を行います。

(3)利用定員

定員 40 名

(4)施設の職員体制

	業務内容
管理者(医師を兼務)	施設職員の管理指導、医学的管理
看護職員	看護業務(利用者の健康管理等)
介護職員	介護業務(利用者の通所リハ計画に基づく介護等)
支援相談員	支援相談業務(利用者および家族からの相談対応等)
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	理学療法、作業療法又は言語聴覚業務
管理栄養士	栄養管理業務(栄養管理指導、栄養状態の管理等)
事務職員	事務業務

2. サービス内容

当施設でのサービスは、利用者やご家族の希望を取り入れた居宅サービス(介護予防サービス)計画に基づいて提供いたします。

(1)介護保険給付対象サービス

種 類	内 容
施設サービス計画	プランに基づいてサービスを提供します。
食 事	(食事時間) 昼食 12:00～ おやつ 15:00～ 利用者様の状況に応じて適切食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。 栄養マネジメント等の栄養状態の管理
医 療・看 護	医学的管理を行います。
機 能 訓 練	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士により入所者様に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
入 浴	入浴を提供します。 (一般浴槽のほか入浴に介助を要する特別浴槽で対応)
介 護	利用者様の状況に応じて適切な援助を行います。
相 談 援 助	入所者様とご家族様からのご相談に応じます。 居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)との連携

●介護サービス利用単位

介護サービス単位表を基準として利用者様の負担額を算定します。

【基本介護サービス単位・通常規模】

3～4 時間

要介護 1 486 点	要介護 2 565 点	要介護 3 643 点	要介護 4 743 点	要介護 5 842 点
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

4～5 時間

要介護 1 553 点	要介護 2 642 点	要介護 3 730 点	要介護 4 844 点	要介護 5 957 点
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

5～6 時間

要介護 1 622 点	要介護 2 738 点	要介護 3 852 点	要介護 4 987 点	要介護 5 1120 点
----------------	----------------	----------------	----------------	-----------------

6～7 時間

要介護 1 715 点	要介護 2 850 点	要介護 3 981 点	要介護 4 1137 点	要介護 5 1290 点
----------------	----------------	----------------	-----------------	-----------------

7～8 時間

要介護 1 762 点	要介護 2 903 点	要介護 3 1046 点	要介護 4 1215 点	要介護 5 1379 点
----------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------

【加算種類・単位】

種 類	単 位	説 明
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	593/月	・同意月から 6 月以内 ・会議、計画見直し必要 ・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 270 単位追加
	273/月	・同意月から 6 月超 ・会議、計画見直し必要 ・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 270 単位追加
リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)	793/月	・同意月から 6 月以内 ・会議に医師が参加 ・データ提出とフィードバック ・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 270 単位追加
	473/月	・同意月から 6 月超 ・会議に医師が参加 ・データ提出とフィードバック ・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 270 単位追加
短期集中個別リハビリテーション加算	110/回	退所日又は認定日から 3 月以内
認知症短期集中リハビリテーション加算 (I)	240/日	記憶の訓練等週 2 回を限度
認知症短期集中リハビリテーション加算 (II)	1920/月	・月 4 回以上リハビリ実施 ・通所リハビリ計画書作成

口腔機能向上加算(Ⅰ) 口腔機能向上加算(Ⅱ)イ 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	150/月 155/月 160/月	・歯科医師の指導にて提供 ・計画書の提出とフィードバック ・月2回を限度
入浴介助加算(Ⅰ) 入浴介助加算(Ⅱ)	40/日 60/日	・入浴希望者 ・入浴希望者の居宅浴室における動作、環境の評価
重度療養管理加算	100/回	要介護度3以上の方で厚生労働省が認める医学的管理が必要とされる対象者のみ
中重度者ケア体制加算	20/日	看護職員を1名以上配置
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22/日	介護福祉士7割以上
リハビリテーション提供体制加算	12/回 16/回 20/回 24/回 28/回	3時間以上4時間未満 4時間以上5時間未満 5時間以上6時間未満 6時間以上7時間未満 7時間以上 理学療法士等配置基準を満たす場合
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	20/回 5/回	栄養状態を確認(6月に1回)
栄養アセスメント加算	50/月	・管理栄養士1名以上配置 ・多職種共同でアセスメント実施 ・データ提出とフィードバック
栄養改善加算	200/回	・低栄養状態のおそれがある方への栄養状態の改善 ・月2回を限度として
科学的介護推進体制加算	40/月	ADL, 栄養状態, 口腔機能, 認知症情報の提出とフィードバック
退院時共同指導加算(1回につき)	600/回	退院前カンファレンスに参加し、必要な情報、指導を共有する
若年性認知症利用者受入加算	60/日	
送迎を実施していない場合の減算	片道につき -47単位/回	職員が送迎を行わない場合
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1割、2割 または3割負担	介護サービス費合計点数×8.6%
地域区分加算	7級地	10.17円/1点につき

【要支援基本介護サービス単位】

要支援 1（1 ヶ月につき）……………2268 点

要支援 2（1 ヶ月につき）……………4228 点

一体的サービス提供加算	480/月	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施。いずれかのサービスを行う日を 1 月に 2 回以上設けた場合
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援 1	88/月	・介護福祉士 7 割以上
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援 2	176/月	
利用開始から起算して 12 月超減算	要支援 1-120/月 要支援 2-240/月	・3 月に 1 回以上リハビリ会議を開催し、専門的な見地から情報を共有し状態の変化に応じた計画の見直しを行うことで減算なしとなる
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)、(Ⅱ)	20/5/月	・口腔の健康状態、栄養状態を確認(6 月に1回)
栄養改善加算	200/月	・低栄養状態のおそれがある方の栄養状態改善支援
口腔機能向上加算(Ⅰ)、(Ⅱ)	150/160/月	・口腔機能が低下している方の口腔機能向上支援
栄養アセスメント加算	50/月	・管理栄養士 1 名以上配置 データ提出とフィードバック
科学的介護推進体制加算	40/月	・ADL,栄養状態,口腔機能,認知症情報の提出とフィードバック
退院時共同指導加算	600/回	退院前カンファレンスへの参加と情報の共有。在宅でのリハビリに必要な指導の実施
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1 割、2 割 または 3 割負担	介護サービス費合計点数 × 8.6%
地域区分加算	7 級地	10.17 円/1 点につき

＊1 ヶ月の介護サービス費が下記の上限を超えた場合、超えた分については公費負担となります。領収書を添えて各自、介護保険課で申請してください。

・利用者負担 1～2 段階：15,000 円、利用者負担 3 段階：24,600 円、利用者負担 4 段階 44,400 円

(2)介護保険給付対象外サービス

●費用

利用料の全額が利用者様の負担額となります。

種 類	内 容
理髪・美容	2100 円／回
日用品費	シャンプー、リンス、石鹸等の共用物品 155 円／日
教養娯楽費	個々で使用する教材等 実費請求
食費	昼) 700 円 ※1
おむつ代	テープ式・パンツ式おむつ 130 円 / パット 50 円

※1 当日何らかの理由で昼食をキャンセルする場合は、10 時 30 分までに申し出てください。
時間を過ぎますと、キャンセルできません。そのまま昼食代として発生します。ご注意ください。

3. 利用料等のお支払方法

利用料は月払いとなります。翌月 5 日以降に前月分の利用料金を文書でお知らせいたします。
次回ご利用の際にご持参ください。又、日曜祝日は事務所が閉まっていますので、精算ができません。

平日・土曜 8 時 45 分～17 時 30 分までに事務所受付へお越しください。

但陽信用金庫からの口座振替やクレジットカードのご利用も可能です。ご希望の方はご相談ください。

4. サービス内容等に関する苦情相談窓口

当施設窓口	責任者: 苑長 裏川公章 担当窓口: 通所課相談員 北野拓洋 ご利用時間: 8:45～17:30(平日) ご利用方法: 電話(079-430-0033) 面接(1 階相談室) ご意見箱(1 階受付及び各詰所に設置)
施設外窓口	担当窓口: 加古川市介護保険課(079-427-9220)
	担当窓口: 国保連苦情相談窓口(078-332-5617)

5. 非常災害時の対策

(1)防災設備: 避難階段、避難口、療養室等の内装等の防火材使用

(2)消防設備: 屋内消火栓設備、自動火災警報設備、スプリンクラー設備、自動火災報知設備、
非常通報設備、漏電火災警報機、非常警報設備、誘導灯及び誘導標識、非常電源設備

(3)消火訓練および避難訓練: 年 2 回以上

6. 協力医療機関等

当施設では、利用者様の状態が急変した場合に、速やかに対応できるように以下の機関に協力をお願いしております。

医療機関	病 院 名	順心病院
	所 在 地	加古川市別府町別府 865-1
	電話番号	079-437-3555
歯 科	病 院 名	船原歯科クリニック
	所 在 地	加古川市加古川町南備後 22-1
	電話番号	079-426-7620

7. 施設の利用にあたっての留意事項

設備・備品	故意に破損された場合は、修繕に関わる費用を実費請求させていただきますことがあります。
喫 煙	館内禁煙となっております。ご協力お願いいたします。
所持品等	自己管理とし、私物には必ずお名前をお書きください。金銭・貴重品に関しては、お預かりできませんのでご了承ください。
金銭・貴重品	紛失の場合は責任を負えません。できるだけお持ちにならないよう、お願い致します。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び、飼育はお断りいたします。

8. 緊急連絡

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

<別紙 2>

個人情報の利用目的

介護老人保健施設「加古川白寿苑」では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

<別紙 3>

日用品費等 利用料の内訳

項目	日額	内 訳(年間利用料)				1 日あたり (日割)
日用品費	155 円/日	品名	単価	数	計	
		ティッシュ	120 円	36	4320 円	
		石鹸	100 円	10	1000 円	
		歯ブラシ	100 円	12	1200 円	
		歯磨き粉	300 円	4	1200 円	
		シャンプー	900 円	4	3600 円	
		リンス	900 円	4	3600 円	
		年間				14920 円
		約 41 円				
		その他消耗品(ペーパータオル・レクリエーション 雑費等)				
		30 円				
		バスタオル・タオル(上下)				
		おしぼり				
		110 円				
		合計				
		約 181 円				

* 日用品等を利用されますか？

はい ・ いいえ

居宅介護支援事業者への情報提供同意

* 居宅介護支援事業者に、情報提供をすることに対して同意されますか？

はい ・ いいえ

居宅介護支援事業者： _____

担当ケアマネジャー： _____

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)利用同意書

介護老人保健施設「加古川白寿苑(介護予防)通所リハビリテーション」を利用するにあたり、利用約款及び別紙 1、別紙 2、別紙 3、を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

重要事項説明者

令和 年 月 日

事業者 住 所 加古川町野口町坂井字西ノ大町 58-1
事業所名 社会医療法人社団順心会 介護老人保健施設 加古川白寿苑
代表者 理事長 栗原英治 印

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

連絡先 _____

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

※契約者と同一人である場合には、利用者欄記載の必要はございません

署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

連絡先 _____

「連帯保証人は、事業所に対し、利用者が本契約上負担する債務を連帯して保証する。
(極度額 30 万円)

【本約款・重要事項説明書 8 項の緊急時の連絡先①、②】

① 住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____) 連絡先 _____

② 住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____) 連絡先 _____