

介護老人保健施設 成寿苑

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 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保険施設サービスを提供することで、利用者様（以下、「利用者」という。）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、又、利用者が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーション等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。

2 施設の概要

施設名称等	社会福祉法人 成寿会 介護老人保健施設 成寿苑 成寿苑指定通所リハビリテーション事業所（以下、「本事業所」という。）
所在地	秋田県大館市釈迦内字狼穴79番地
電話番号	0186-48-3336（直通） 0186-48-4975（代表）
開設年月日	平成17年 4月 1日
管理者名	塚本文仁
指定事業所番号	0550480032
サービス提供地域	大館市（但し、旧比内町及び旧田代町並びに片道10km以上の地域を除く）

3 施設の職員体制

	人員数	業務内容
医師（兼務）	1人以上	利用者の病状を把握し、医学サービスの管理、提供を行います。
医師（非常勤）	0人以上	
看護職員（常勤）	0人以上	医師の指示のもとに、健康管理・医療補助・療養上のお世話を行います。
看護職員（非常勤）	0人以上	
介護職員（常勤）	7人以上	利用者の生活全般にわたる介護を行います。
介護職員（非常勤）	0人以上	
支援相談員	0人以上	生活相談や身元保証人の各種相談に応じます。サービス計画の作成を行います。
理学療法士	6人以上	心身の諸機能の維持回復を図り、必要なリハビリテーションを計画的に行います。
作業療法士		
言語聴覚士		
歯科衛生士	0人以上	歯科予防処置、歯科保健指導等を行います。

按摩マッサージ指圧師	0人以上	利用者の身体状況にあわせて、按摩・マッサージ・指圧等を行います。
------------	------	----------------------------------

兼務あり

4 通所定員等

- ① 午前9時30分～午後4時 27名
 - ② 午前9時30分～午後1時 3名
- 通所定員 合計 30名

5 営業日及び営業時間

営業日	日曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分 ※年末年始を除く
-----	--

6 サービス内容

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
- ② サービス提供時間
 - (1) 午前 9時30分 ～ 午後 4時00分
 - (2) 午前 9時30分 ～ 午後 1時00分
- ③ 食事 昼食 午後12時00分 ～ 午後12時45分
- ④ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。但し、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります）
- ⑤ 医学的管理・看護
- ⑥ 介護
- ⑦ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑧ 相談援助サービス
- ⑨ その他

* これらのサービスの中には、利用者から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

7 利用料金

(1) 基本利用料

- ①施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です。）

◎通所リハビリテーション

	利用者負担額	
	6時間以上7時間未満	3時間以上4時間未満
要介護 1	715円	486円
要介護 2	850円	565円
要介護 3	981円	643円
要介護 4	1,137円	743円
要介護 5	1,290円	842円

□ リハビリテーション提供体制加算

当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上の場合

- | | |
|------------|-------|
| 3時間以上4時間未満 | 12円/回 |
| 6時間以上7時間未満 | 24円/回 |
- 入浴介助加算 40円/日
(厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、秋田県知事に届け出て当該基準による入浴介助を行った場合)
- リハビリテーションマネジメント加算
- イ リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ
- (1) リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が通所リハビリテーション計画の内容等をリハビリテーション会議で利用者又は身元保証人に説明し、同意を得た日の属する月から起算して6月以内
560円/月
- (2) 当該日の属する月から起算して6月以降
240円/月
- ロ リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ
- (1) 医師が通所リハビリテーション計画の内容等をリハビリテーション会議で利用者又は身元保証人に説明し、同意を得た日の属する月から起算して6月以内
830円/月
- (2) 当該日の属する月から起算して6月以降
510円/月
- 短期集中リハビリテーション実施加算 110円/日
(退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に個別リハビリテーションを集中的に行った場合に算定できる)
(リハビリテーションマネジメント加算 (I) 又は (II) を算定していない場合は、算定しない。)
(認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。)
- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算
- イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)
- 退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合(1週2日を限度)
240円/日
(リハビリテーションマネジメント加算 (I) 又は (II) を算定していない場合は、算定しない。)
- ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)
- 退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合
1,920円/月
(1月に4回以上リハビリテーションを実施した場合に算定できる)
(リハビリテーションマネジメント加算 (II) を算定していない

場合は、算定しない。)

- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
所定単位数の5.0%
- 若年性認知症利用者受入加算 600円/日
- 口腔機能向上加算(I)(月2回を限度) 150円/回
- 重度療養管理加算 100円/日
- 送迎未実施減算(片道につき) △47円/回
- 中重度者ケア体制加算 20円/日
- 移行支援加算 12円/日
- サービス提供体制強化加算(I) 22円/日
- 中山間地等提供加算
基本サービス費にリハビリテーション提供体制加算を加えた単位数の5%
- 介護職員等処遇改善加算(I)
基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の8.6%

※尚、緊急時に所定の対応を行った場合、別途料金が加算されます。

◎介護予防通所リハビリテーション(1月あたりの自己負担分です。)

	利用者負担額
要 支 援 1	2,268円
要 支 援 2	4,228円

- 若年性認知症利用者受入加算 240円/日
- 口腔機能向上加算(I)
150円/月
- サービス提供体制強化加算(I)
要支援1 88円/月
要支援2 176円/月
- 選択的サービス複数実施加算(I) 480円/月
- 介護職員等処遇改善加算(I)
基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の8.6%

- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
所定単位数の5.0%

※上記料金は、1割負担の場合です。2割負担の場合は、上記料金の2倍の料金となり、3割負担の場合は、3倍の料金となります。

(2) その他の料金(介護保険給付外サービス)

法定外料金(1日当たり)

■食費 昼食 600円

※衛生管理上、弁当の持ち込みは一切お断りさせていただきます。

■おやつ代 100円

本施設のおやつを提供を・・・希望します ・ 希望しません

※ご希望される方につきましては、利用料請求書にて月単位での請求とさせていただきます。また、利用者の健康状態や家族等の希望でおやつを提供を中止したい場合は、ご要望に応じます。

■キャンセル料

ご利用当日にお休みの場合等、当日キャンセルした食費及びおやつ代につきましては、それぞれの全額をキャンセル料としてご負担いただきます。

■その他

日常生活に必要な物品につきましては、利用者の全額負担となっておりますのでご了承ください。

また、作業活動、レクリエーション活動に使用する物品費として創作活動費をご負担いただきます。(100円/月)

※上記利用料金については、通所リハビリテーション利用決定事前説明時に利用者及び身元保証人に、説明了解のうえ、ご請求いたします。

8 お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、翌月の期日までにお支払いいただきます。お支払い方法は、原則として口座振込みか口座引き落としとさせていただきます。

尚、その他お支払い方法につきましてはご相談に応じます。

又、本施設は、法定代理受領サービスに該当しない介護保険施設サービスに係わる費用の支払いを受けた場合は、提供した介護保険施設のサービス内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を発行いたします。

9 協力医療機関

本施設では、下記の医療機関にご協力いただいています。

・協力医療機関

名称	大館市立総合病院
住所	秋田県大館市豊町3-1
名称	独立行政法人労働者健康安全機構 秋田労災病院
住所	大館市軽井沢字下岱30
名称	大館市立扇田病院
住所	大館市比内町扇田字本道端7番地1
名称	神成歯科医院
住所	大館市馬喰町25

10 サービスの相談窓口、及び苦情・事故受付窓口

①サービスのご利用に関わる相談、苦情、要望の受付、要望の発生等の際の受付窓口は以下通りです。

・ナースステーション

電話番号	0186-48-3336
受付時間	午前8時30分～午後5時30分
備考	ナースステーション前にご意見箱を設置

・上記を管轄する事業者

事業者	社会福祉法人 成寿会
電話番号	0186-48-4975
営業日	土・日・国民の祝祭日・年末年始を除く毎日
受付時間	午前8時30分～午後5時30分
備考	事務所前にご意見箱を設置

②その他の相談・苦情受付

その他、以下の市町村等の苦情相談窓口相談することもできます。

- ・市町村の相談・苦情受付窓口（大館市に限る）

市 町 村 名	大館市
電 話 番 号	0 1 8 6 - 4 2 - 8 5 3 2
担 当 部 署	介護保険係
備 考	

- ・市町村の相談・苦情受付窓口（大館市以外）

市 町 村 名	
電 話 番 号	
担 当 部 署	
備 考	

- ・国民健康保険連合会の相談・苦情受付窓口

国保連合会	国民健康保険団体連合会
電 話 番 号	0 1 8 - 8 8 3 - 1 5 5 0
担 当 部 署	苦情受付窓口
備 考	

③苦情・事故の対応時の基本手順

社会福祉法人成寿会は以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

- I. 苦情・事故の受付
- II. 苦情・事故内容の確認
- III. 苦情・事故解決責任者等への報告
- IV. 苦情・事故解決に向けた対応に関する利用者への事前説明・同意
- V. 苦情・事故解決に向けた対応の実施
- VI. 再発防止又は改善の処置
- VII. 苦情・事故解決結果の利用者への説明・同意
- VIII. 苦情・事故解決責任者等への最終報告

苦情・事故窓口担当者 齊藤 隆広（通所リハビリ部長）

苦情・事故解決担当者 伊藤 浩明（事務長）

11の2 第三者評価の実施の有無

第三者評価については実施しておりません。

11 緊急時の連絡先

身元保証人・主治医緊急時の連絡先は、予め本施設利用開始時に確認させていただきます。サービス提供中に利用者の容態の急変等があった場合には、下記の連絡先へ連絡いたします。

- ・身元保証人

お 名 前	
電 話 番 号	
備 考	

- ・主治医

医 療 機 関	
---------	--

主治医名	
電話番号	
備考	

12 賠償責任について

- ① 本事業所のサービス提供に伴って、本事業所の責めに帰すべき事由により、利用者又は身元保証人の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。
- ② 利用者及び身元保証人は、利用者又は身元保証人の責めに帰すべき事由により、本事業所従事者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、連帯して、本事業所に対して、その損害を次条のとおり賠償するものとします。

12の2 身元保証人

- (1) 利用者は、次の各号の要件を満たす身元保証人を立てます。ただし、利用者が身元保証人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。
 - ①行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者をいい、以下同様です。）
 - ②弁済をする資力を有すること
- (2) 身元保証人は、利用者が本重要事項説明書上、本事業所に対して負担する一切の債務を極度額100万円の範囲内で、利用者と連携して支払う責任を負います。
- (3) 身元保証人が第1項各号の要件を満たさない場合、又は本事業所、本事業所職員若しくは他の利用者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他背信行為又は反社会的行為を行った場合、本事業所は、利用者及び身元保証人に対し、相当期間内にその身元保証人に代わる新たな身元保証人を立てることを求めることができます。ただし、第1項但し書きの場合はこの限りではありません。
- (4) 身元保証人の請求があったときは、本事業所は身元保証人に対し、本事業所に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

13 介護保険法の改正

国が定める介護給付費（介護報酬）の改定があった場合、本施設の料金体系は、国が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

14 守秘義務

- (1) 本施設と職員は、業務上知り得た利用者又は身元保証人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、利用者及び身元保証人から、予め同意を得ておきます。
 - ①介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供
 - ②介護保険サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例研究発表等。尚、この場合でも、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
- (2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとなります。

本事業所は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を行いました

令和 年 月 日

事業者（所在地）秋田県大館市釈迦内字狼穴79番地
（法人名）社会福祉法人成寿会
（代表者名）理事長 奥村 俊樹

（事業所名）成寿苑指定通所リハビリテーション事業所
（管理者名）管理者 塚本 文仁

（説明者名） _____ 印

私は、本事業所との契約締結にあたり、本書面に基づいて、職員（説明者）から上記重要事項の説明を受け同意し、本書面を受領しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印