

# 介護老人保健施設 重要事項説明書（通所リハビリテーション）

（平成26年4月1日現在）

## 1. 施設の概要

### （1）施設の名称等

- ・施設名 医療法人社団誠仁会 介護老人保健施設よいち
- ・開設年月日 平成12年5月8日
- ・所在地 余市郡余市町山田町201番地
- ・電話番号 0135-21-4567 ・ファックス番号 0135-21-4568
- ・管理者名 西園 康文
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（0152580015号）

### （2）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健施設サービスを提供することで、利用者様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を目的とした施設です。さらに、家庭復帰の場合には、療養環境の調整などの退所時の支援も行いますので、安心して退所いただけます。

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。

#### [介護老人保健施設よいちの運営方針]

介護が必要なお年寄りに、明るく家庭的な雰囲気の中かで、医師の管理の下に、看護、介護、リハビリテーションを中心としたサービスの提供を行い、一日もはやく家庭に復帰されるようにお手伝いいたします。

### （3）通所リハビリテーションの職員体制

	常 勤	非常勤	夜 間	業務内容
・医 師	1			利用者の健康管理
・看護職員	2			利用者の看護
・薬剤師				
・介護職員	7	4		利用者の介護
・支援相談員	1			各種相談
・理学療法士				
・作業療法士	5			利用者のリハビリテーション
・言語聴覚士	1			利用者の言語療法
・管理栄養士	1			利用者の栄養管理
・介護支援専門員				利用者のケアプラン作成等
・事務職員				
・その他				

## 2. 利用定員及び営業日

### (1) 利用定員

1日40名 土曜日のみ20名

### (2) 営業日及び営業時間

・営業日 月曜日から土曜日まで (祝日含む)  
(ただし、12月30日から1月3日までを除く)

・営業時間 午前9時から午後5時まで

## 3. サービス内容

通所リハビリテーション 実施計画書の作成	居宅介護支援事業所のケアマネージャーが作成した、ケアプラン（居宅サービス計画書）や利用者様、ご家族様の要望希望に沿って、当施設の通所リハビリテーション職員が各種職員と協議の上、作成致します。 作成後は、ご本人様及びご家族様に、ご説明後同意を頂いた上で、サービスの提供をさせていただきます。
入浴	利用者様の状態に合わせた入浴方法でご入浴頂きます（一般浴槽又は特別浴槽使用）
医学的管理・看護	医師及び看護・介護職員により健康に留意致します。
介護	居宅サービス計画に従って提供いたします。
機能訓練	作業療法士による訓練を実施致します
相談援助サービス	日常生活に関する悩みや、介護サービスに関する事等、何でも相談させていただきます
食事の提供	管理栄養士の作成したメニューを提供いたします
理美容サービス	毎月2回 第1・3水曜日に行なっています (連休等で変更することもございます)

\*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ものもありますので、具体的にご相談ください。

#### 4. 利用料金

##### (1) 通所リハビリテーション基本料金

通所リハビリテーション利用料 (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。)				
要介護度	2時間から3時間未満	3時間から4時間未満	4時間から6時間未満	6時間から8時間未満
要介護1	281円	383円	499円	665円
要介護2	337円	459円	605円	815円
要介護3	394円	536円	711円	963円
要介護4	449円	612円	818円	1,111円
要介護5	506円	688円	925円	1,261円
食 事 代				
食 費	460円			
そ の 他 の 加 算				
通所リハビリテーション マネジメント加算	1ヶ月 230円	リハビリ実施計画書を作成し、個別リハビリを月4回以上実施した場合		
通所短期集中リハビリ テーション加算 1	1回 120円	退院(所)または認定日から起算して1ヶ月以内の期間に行なわれた場合		
通所短期集中リハビリ テーション加算 2	1回 60円	退院(所)または認定日から起算して1ヶ月超3ヶ月以内の期間に行なわれた場合		
個別リハビリテーション 実施加算	1回 80円	退院(所)または認定日から起算して3ヶ月を超える期間に行なわれた場合(月13回が限度)		
口 腔 機 能 向 上 加 算	1回 150円	口腔清掃の指導、実施、摂食・嚥下機能の維持向上等(1ヵ月に2回を限度)		
サービス提供体制強化加算(I)	12円	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が40%以上の場合		
入 浴 加 算	50円	機械による特別入浴、一般浴槽による入浴、リフト浴があります		
介護職員処遇改善加算(I)		基本サービス費の0.17%		
そ の 他 の 利 用 料 金				
日常生活用品費	1回 150円	ティッシュ・トイレットペーパー等		
教 養 娯 楽 費	1回 100円	施設備え付けの新聞・雑誌・行事・レク材料等		
オ ム ツ 代	オムツ 1枚 100円 リハビリパンツ 1枚 100円 尿とりパット 1枚 40円	*基本的にはご持参 いただきます		
理 美 容 代	カット+ブロー 2,300円 パーマ 5,000円 他 *お支払は理美容室利用時に直接お支払い下さい。			
実施区域外送迎費用	実施区域内での送迎は料金を頂いておりませんが、実施区域外への送迎につきましては別途料金を頂いております。 <実施区域>当施設より20km以内 ※余市町・仁木町・古平町・小樽市(蘭島・忍路・桃内・塩谷)等 当施設より20kmを超えた場合1kmにつき50円頂いております。			

- ・日常生活用品費・教養娯楽費については利用者様により選択が可能です
- ・毎月、10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末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。
- ・お支払い方法は、現金、銀行振込、引き落とし(北洋銀、ゆうちょ、北海信金)の3方法があります。利用契約時にお選びください。

(2) 介護予防通所リハビリテーション基本料金 (1ヶ月分)

①施設利用料

- ・要支援1・・・2,433円
- ・要支援2・・・4,870円

②サービス提供体制強化加算 (I)

- ・要支援1・・・48円
- ・要支援2・・・96円

③運動器機能向上加算・・・225円

④栄養改善加算・・・150円

⑤口腔機能向上加算・・・150円

⑥選択的サービス複数実施加算 (I)・・・480円

選択的サービス複数実施加算 (II)・・・700円

⑦事業所評価加算・・・120円

⑧介護職員処遇改善加算 (I)・・・基本サービス費の0.17%

⑨その他保険外実費分・・・昼食費 460円×利用回数  
(1回分) 日常生活用品費 150円×利用回数  
教養娯楽費 100円×利用回数

(3) 特定高齢者通所介護予防事業

各市町村とご利用者様が別紙契約書にて契約した内容の通り

5. 各種協力医療機関

・協力医療機関

- ・名称 社会福祉法人北海道社会事業協会余市病院
- ・住所 余市郡余市町黒川町85番地2
- ・電話 0135-23-3126

・協力歯科医療機関

- ・名称 佐藤歯科医院
- ・住所 余市郡余市町大川町15丁目12番地
- ・電話 0135-22-3678

6. 緊急時の対応

ご利用者様の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師に連絡を取り必要な処置を行ないます。

7. 事故発生時の対応

- ・ご利用者様に対するサービス提供により事故が発生した場合には速やかにご利用者様の家族、居宅支援事業所等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- ・事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じます。
- ・ご利用者様に対するサービス提供により発生した事故等により利用者様の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

## 8. 守秘義務

- ・事業者及びサービスの従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
- ・ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合や、サービス担当者会議においては、必要に応じて心身等の個人情報を提供する場合がございます。

## 9. 施設利用に当たっての留意事項

### ・喫煙

\*利用者の健康管理上、施設管理者よりの許可をとり、職員の管理の下で喫煙を行って下さい。

### ・火気の取扱い

- \*施設内外を問わず、防火管理者の許可なく火気を使用しないで下さい。
- \*喫煙は所定の場所をお願い致します。

### ・設備・備品の利用

\*故意に施設若しくは物品に障害を与え、またこれらを施設外に持ち出す事は禁止します。

### ・所持品・備品等の持ち込み

\*許可された物で必要最低限の物のみとしていただきます。

### ・金銭・貴重品の管理

- \*原則は利用者本人が行って下さい。
- \*利用者の心身の状況の他、近郊にご家族が居ない場合はご相談下さい。

### ・宗教活動

\*宗教や習慣の相違等で他人を排撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すことを禁止します。

### ・ペットの持ち込み

\*原則禁止とします。但し、特別な事情で施設管理者が条件付で許可した場合はこの限りでない。

## 10. 非常災害対策

- ・防災設備     スプリンクラー、消火器、消火栓
- ・防災訓練     年2回

## 11. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

## 12. その他 当施設についての詳細は、パンフレットをご用意しておりますので、ご請求ください。

<苦情申し立て>

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は下記の専用窓口で受付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

【支援相談員】 松原 浩隆 ・ 林 恵美

受付時間 毎週月曜日～金曜日

9：00～17：00

○電話番号

0135-21-4567

また、ご意見箱を正面玄関・各階入り口に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

余市町高齢者福祉課（余市町役場内）	余市町朝日町26番地	TEL 0135-21-2119
北海道福祉サービス運営適正化委員会 （北海道社会福祉協議会内）	札幌市中央区北2条西7丁目1番地 北海道立社会福祉総合センター内	TEL 011-241-3976
介護サービス苦情処理委員会 （北海道国民健康保険団体連合会）	札幌市中央区南1条西14丁目	TEL 011-231-5161

平成 年 月 日

介護老人保健施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

医療法人社団 誠仁会

介護老人保健施設よいち

説明者： 職名

氏名

㊞

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者： 住所

氏名

㊞

同席者： 住所

利用者との関係

( ) 氏名

㊞