

重要事項説明書 I

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 : 介護老人保健施設 なごやか熊毛
- ・開設年月日 : 平成 21 (2009) 年 2 月 1 日
- ・所在地 : 周南市高水原 2 丁目 7 番 21 号
- ・電話番号 : 0833-92-0331 FAX 番号 0833-92-0332
- ・介護保険指定番号介護老人保健施設 (3551580024 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、短期通所療養介護や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。

[介護老人保健施設なごやか熊毛 通所リハビリテーション運営方針]

「介護老人保健施設なごやか熊毛 通所リハビリテーションは、利用者やその家族の総合的な支援を第一に考え、その希望を最優先した、より充足性の高い在宅生活ができるようサービスを提供し、通所リハビリテーションサービスとしての役割を果たします。」

(3) 施設の職員体制

常勤非常勤業務内容

- ・医師 1 診察・健康管理・保健衛生管理
- ・看護職員 2 看護一般・健康相談
- ・介護職員 18 介護一般・健康相談
- ・理学療法士または作業療法士または言語聴覚士 14 リハビリ一般
- ・事務職員適当数 施設会計・利用料・療養費請求・清掃・営繕・管理

- ・管理栄養士 1 栄養管理
- ・あん摩マッサージ指圧師 1 あん摩マッサージ

(5) 営業日・時間

- ・営業日 月曜日～土曜日（正月を除く）
- ・営業時間 8：00～20：00（職員出勤時間）
- ・サービス提供時間
 - ・1単位目 9：30～15：30（6時間）
 - ・2単位目 9：30～11：00（1時間）
 - ・3単位目 14：00～15：30（1時間）
 - ・4単位目 16：30～20：00（3時間）
- ・実施地域 周南（須々万地区、中須地区、久米地区、旧熊毛町）
光（島田地区、浅江地区、虹ヶ丘地区、小周防地区、岩田地区）
下松（久保地区、花岡地区、末武地区、西豊井地区）、岩国（旧周東町）

(6) 通所定員

通所リハビリテーションの利用定員数は、以下の通りとする。

1単位目	60名	3単位目	8名	
2単位目	8名	4単位目	10名	合計86名

2. サービス内容

- 1) 通所リハビリテーション計画の立案
- 2) 個別リハビリテーション計画書の立案
- 3) 食事（＊食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
昼食 12時00～13時00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。ただ 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) 栄養ケア
- 8) 口腔機能向上
- 9) 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- 10) 相談援助サービス
- 11) 利用者が選定する特別な食事の提供
- 12) 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、居宅介護サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了では、ご都合が合わない場合に適用）

13) その他

＊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。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 協力医療機関
- ・ 名称 : 総合病院社会保険 徳山中央病院
- ・ 住所 : 周南市孝田町 1 番 1 号
- ・ 名称 : 光市立光総合病院
- ・ 住所 : 光市虹ヶ浜 2 丁目 10 番 1 号

◇事故発生時の対応

サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。

◇緊急時の連絡先

なお、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。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 介護保険更新後には、「介護保険者証」をご持参ください。
確認致しますので、ご協力お願いします。
- ・ 通所リハビリテーション利用時間内に、医療保険における受診及び投薬を受けることはできません。ご希望の場合は、利用時間外で受けていただくことになります。
- ・ 飲酒はできません。
- ・ 喫煙は決められた場所で行います。
- ・ 設備・備品の利用については、正しい使用方法でご利用ください。
- ・ 金銭・貴重品の管理は、各自でお願いします。
- ・ ペットの持ち込みは、禁止します。
- ・ 紛失等に関しまして、お名前のないお持物については当施設では責任を負いかねますのでご了承くださいますようお願い申し上げます。
- ・ 騒音等、他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。
- ・ なまもの等食品の持ち込みは、お断りします。利用者様間での食べ物のやり取りは、健康に支障をきたす方がいらっしゃいますので、ご遠慮ください。

5. 非常災害対策

- ・防災設備スプリンクラー、消火器、消火栓、自動通報装置
- ・防災訓練避難・通報・消火の各訓練を年2回ずつ

6. 事故発生時の対応

通所サービス利用中に事故が発生した場合、管理者の指示の下、ご家族等に連絡し、必要な措置を講じます。

7. 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。

8. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。（担当者電話 支援相談員 TEL：0833 - 92 - 0331）

要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、1階受付カウンターに備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

- ・その他の苦情相談窓口

周南市役所高齢者支援課 住所：周南市岐山通1丁目1番地

TEL：0834 - 22 - 8467

下松市役所介護保険課 住所：下松市大手町3-3-3

TEL：0833 - 45 - 1831

岩国市役所介護保険課 住所：岩国市今津町1丁目14-51

TEL：0827 - 29 - 2533

光市役所高齢者支援課 住所：光市中央6丁目1番1号

TEL：0833 - 74 - 3003

山口県国民健康保険団体連合会（国保連）

住所：山口市朝田1980-7

TEL：083 - 995 - 1010

〔要介護〕重要事項説明書Ⅱ

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーションについては、要介護者及び経過的要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、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い、利用者の心身の機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、通所リハビリテーション計画・リハビリテーション実施計画書が作成されますが、その際、利用者・身元引受人（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

(1-1) 基本利用料（大規模事業所）

（介護保険制度では、要介護認定による介護度の程度によって利用料が異なります。
以下の単位数に 10.17 円乗じた金額の 1 割から 3 割が自己負担分となります。）

[1 時間以上 2 時間未満]

・要介護 1	357 単位	・要介護 2	388 単位	・要介護 3	415 単位
・要介護 4	445 単位	・要介護 5	475 単位		

[2 時間以上 3 時間未満]

・要介護 1	372 単位	・要介護 2	427 単位	・要介護 3	482 単位
・要介護 4	536 単位	・要介護 5	591 単位		

[3 時間以上 4 時間未満]

・要介護 1	470 単位	・要介護 2	547 単位	・要介護 3	623 単位
・要介護 4	719 単位	・要介護 5	816 単位		

[4 時間以上 5 時間未満]

・要介護 1	525 単位	・要介護 2	611 単位	・要介護 3	696 単位
・要介護 4	805 単位	・要介護 5	912 単位		

[5 時間以上 6 時間未満]

・要介護 1	584 単位	・要介護 2	692 単位	・要介護 3	800 単位
・要介護 4	929 単位	・要介護 5	1053 単位		

[6 時間以上 7 時間未満]

・要介護 1	675 単位	・要介護 2	802 単位	・要介護 3	926 単位
--------	--------	--------	--------	--------	--------

・要介護 4	1077 単位	・要介護 5	1224 単位	
[7 時間以上 8 時間未満]				
・要介護 1	714 単位	・要介護 2	847 単位	・要介護 3 983 単位
・要介護 4	1140 単位	・要介護 5	1300 単位	

(1・2) 基本利用料（大規模事業所〔特例〕）

（介護保険制度では、要介護認定による介護度の程度によって利用料が異なります。
以下の単位数に 10.17 円乗じた金額の 1 割から 3 割が自己負担分となります。）

[1 時間以上 2 時間未満]

・要介護 1	369 単位要	・介護 2	398 単位	・要介護 3	429 単位
・要介護 4	458 単位要	・介護 5	491 単位		

[2 時間以上 3 時間未満]

・要介護 1	383 単位要	・介護 2	439 単位	・要介護 3	498 単位
・要介護 4	555 単位要	・介護 5	612 単位		

[3 時間以上 4 時間未満]

・要介護 1	486 単位要	・介護 2	565 単位	・要介護 3	643 単位
・要介護 4	743 単位要	・介護 5	842 単位		

[4 時間以上 5 時間未満]

・要介護 1	553 単位要	・介護 2	642 単位	・要介護 3	730 単位
・要介護 4	844 単位要	・介護 5	957 単位		

[5 時間以上 6 時間以内]

・要介護 1	622 単位要	・介護 2	738 単位	・要介護 3	852 単位
・要介護 4	987 単位要	・介護 5	1120 単位		

[6 時間以上 7 時間未満]

・要介護 1	715 単位要	・介護 2	850 単位	・要介護 3	981 単位
・要介護 4	1137 単位要	・介護 5	1290 単位		

[7 時間以上 8 時間未満]

・要介護 1	762 単位要	・介護 2	903 単位	・要介護 3	1046 単位
・要介護 4	1215 単位要	・介護 5	1379 単位		

* 常勤職員の割合や介護福祉士の配置割合により、上記利用料に 2.2 単位(1 回につき)
加算されます。(サービス提供体制強化加算 I)

(2) 加算

1) リハビリテーションマネジメント加算 (イ)

- 同意日の属する日から6月以内	1月につき	560単位
- 同意日の属する日から6月超	1月につき	240単位

リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)

- 同意日の属する日から6月以内	1月につき	593単位
- 同意日の属する日から6月超	1月につき	273単位

リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)

- 同意日の属する日から6月以内	1月につき	793単位
- 同意日の属する日から6月超	1月につき	473単位

医師がご利用者またはご家族に説明した場合上記に加えて1月あたり 270単位

2) 短期集中個別リハビリテーション実施加算

退院(所)日又は認定日から起算して3月以内	1日につき	110単位
-----------------------	-------	-------

3) 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	1日につき	240単位
-------------------------	-------	-------

4) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ

③の要件に該当し、かつ①のいずれかを算定している場合

退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内	1月につき	1920単位
-------------------------	-------	--------

5) リハビリテーション提供体制加算 1

3時間以上4時間未満	1回につき	12単位
------------	-------	------

リハビリテーション提供体制加算 2

4時間以上5時間未満	1回につき	16単位
------------	-------	------

リハビリテーション提供体制加算 3

5時間以上6時間未満	1回につき	20単位
------------	-------	------

リハビリテーション提供体制加算 4

6時間以上7時間未満	1回につき	24単位
------------	-------	------

6) 栄養アセスメント加算

管理栄養士及び介護職員等が共同して行った栄養アセスメントを受けた場合

1月につき	50単位
-------	------

7) 栄養改善加算

低栄養状態またはそのおそれのある利用者が栄養サービスを受けた場合

1 回につき（月 2 回を限度） 200 単位

8) 口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ

口腔の健康状態または栄養状態のスクリーニングを受けた場合

1 回につき（6 月に 1 回を限度） 20 単位

9) 口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ

8) の要件に該当し、かつ⑥⑦⑩のいずれかを算定している場合

1 回につき（6 月に 1 回を限度） 5 単位

10) 口腔機能向上加算Ⅰ

口腔機能低下またはそのおそれのある利用者が口腔機能向上サービスを受けた場合

1 回につき（月 2 回を限度） 150 単位

11) 口腔機能向上加算Ⅱ

10) の要件に該当し、かつ事業所が厚生労働省へデータ提出を行った場合

1 回につき（月 2 回を限度） 160 単位

12) 科学的介護推進体制加算

厚生労働省へのデータ提出を通じてサービス計画を見直し、サービスの質の更なる向上に努めている事業所に対する体制評価

1 月につき 40 単位

13) 事業所が送迎を実施していない場合

片道につき △47 単位

14) 入浴介助加算Ⅰ

介助による入浴サービスを受けた場合

1 日につき 40 単位

※通所リハビリテーション利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。

15) 入浴介助加算Ⅱ

14) の要件に該当し、かつ居宅での利用者自身または介助による入浴を目的としたサービス提供を受けた場合

1 日につき 60 単位

- 16) 生活行為向上リハビリテーション実施加算
同意日の属する日から6月以内 1月につき 1250単位
- 17) 移行支援加算
他のサービス等への移行を支援している事業所への体制評価
1日につき 12単位
- 18) 重度療養管理加算
手厚い医療が必要な状態である利用者の受け入れを事業所が行った場合
1日につき 100単位
- 19) 事業者と同一建物に居住する者もしくは同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合 △94単位
- 20) 介護職員等特定処遇改善加算
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数×8.6%
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数×8.3 %
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） 所定単位数×6.6 %
- 21) 新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価
基本単位数 × 0.1 % ・ ・ ・ （ア）
- 22) 感染症又は災害の発生を理由とする介護報酬による特例的な評価（該当月）
（ア） × 3.0 %
- 23) 利用延人数が750～900人以下となった場合の基本単位数
大規模事業所Ⅱ ⇒ 大規模事業所Ⅰを算定
リハビリ職員の基準人数、リハビリマネジメント加算の算定率を満たした場合
大規模事業所⇒通常規模を算定
- 24) 退院時共同指導加算 1回あたり（退院時に限る） 600単位
- 25) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）1回あたり（6月に1回を限度） 20単位
- 26) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）1回あたり（6月に1回を限度） 5単位

(3) その他の料金（ご希望に応じてのご負担となります）

- | | | |
|--------------|---------|--------------|
| 1) 食費（食材料費等） | 1 食（昼食） | 6 7 0 円（非課税） |
|--------------|---------|--------------|

※原則として食堂でおとりいただきます。なお、通所リハビリテーション利用時間帯によつては、食事の提供ができないことがあります。

- | | | |
|---------------------|--------|--------------------|
| 2) 教育娯楽費 | | 実費 |
| 3) おやつ代 | 1 日につき | 9 9 円（税込） |
| 4) パット・オムツ・リハビリパンツ代 | 1 枚につき | 4 0 ～ 2 0 0 円（非課税） |
| 5) 理美容代 | 1 回につき | 2 5 0 0 円 ～（非課税） |
| 6) 特別な行事にかかわる費用／回 | | 実費 |
| 7) マスク代 | 1 枚につき | 5 0 円（税込） |

(4) 支払い方法

・利用料金の支払方法について、サービス利用月の翌月 20 日頃に当施設から「利用料支払者（請求書送付先）」へ請求書を郵送いたします。サービス利用月の翌月 26 日に指定の銀行口座からの口座引落による利用料金の支払方法と致します。

・尚、「初回サービス利用料金」および「指定引落銀行口座の残高不足や引落手続の書類に不備があり引落が出来なかった場合」は以下の当施設が指定する銀行口座へ振込みによる支払となります。振込手数料については利用者負担といたします。

【当施設の指定する銀行口座】

金融機関：広島銀行 徳山支店

口座番号：普通 3 0 4 4 3 0 5

口座名義：医療法人社団 生和会 理事長 木村 浩彰

利用時リスク説明書

当施設では利用者様が快適な通所サービスをご利用いただけるよう、安全な環境作りに努めておりますが、利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》

- ・ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷等の恐れがあります。
- ・ 老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、不穏や転倒、転落による事故の可能性があります。
- ・ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ・ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ・ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、皮下出血が出来るやすい状態にあります。
- ・ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息等の危険性が高い状態にあります。
- ・ 認知症疾患の複雑な症状による異食や離脱・転落などで、予後が明確にならない場合があります。
- ・ 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ・ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

これらは、ご自宅でも起こりうることでありますので、十分ご留意頂きますようお願い申し上げます。