

サービス内容説明書
及び
重要事項説明書

(介護予防) 通所リハビリテーションあえる

1. サービスの内容

- ① 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）は、（介護予防にあつては介護予防に資するよう、）医師、理学療法士等リハビリスタッフによって作成される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）計画及びリハビリテーション実施計画書に基づいて、理学療法その他必要リハビリテーションを行う。
- ② 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）計画に基づき、入浴介助を実施する。
- ③ 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）計画に基づき、食事を提供する。
- ④ 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）計画に基づき、居宅及び施設間の送迎を実施する。

一日のサービスの流れ

午 前

送迎—施設到着—お茶・健康チェック（血圧・体温）—朝の挨拶・入浴・お茶・午前の個別リハビリ・集団体操（機能訓練やレク等—口腔体操・足上げ体操—昼食・口腔ケア・体操）

午 後

午後の個別リハビリ・集団体操（機能訓練やレク等—創作活動・趣味活動等・お茶—くつろぎタイム～おやつ—お帰り準備—送迎出発（施設を出発しお送りします）

2 利用者負担額

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。 以下は基本的利用料の1割負担の方の自己負担分ですが、一定の所得等により、2割負担、3割負担となる場合があります。

（1）介護予防通所リハビリテーション利用者負担額 保険給付の自己負担額（月額）

| 区 分 | 要支援 1 | 要支援 2 |
|-----------|---------|---------|
| 介護保険一部負担金 | 2,268 円 | 4,228 円 |

（2）通所リハビリテーション利用者負担額 実施単位、保険給付の自己負担額（日額）

| 区 分 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|---------------|-------|-------|---------|---------|---------|
| 1 時間以上 2 時間未満 | 369 円 | 398 円 | 429 円 | 458 円 | 491 円 |
| 2 時間以上 3 時間未満 | 383 円 | 439 円 | 498 円 | 555 円 | 612 円 |
| 3 時間以上 4 時間未満 | 486 円 | 565 円 | 643 円 | 743 円 | 842 円 |
| 4 時間以上 5 時間未満 | 553 円 | 642 円 | 730 円 | 844 円 | 957 円 |
| 5 時間以上 6 時間未満 | 622 円 | 738 円 | 852 円 | 987 円 | 1,120 円 |
| 6 時間以上 7 時間未満 | 715 円 | 850 円 | 981 円 | 1,137 円 | 1,290 円 |
| 7 時間以上 8 時間未満 | 762 円 | 903 円 | 1,046 円 | 1,215 円 | 1,379 円 |

各種加算サービスの利用料

前記のほか加算サービスを利用された場合又は要件により以下の加算が適用されます。

(下記の加算は、要件などにより加算されない項目もあり、個別の適用となります。)

- ・感染症、災害の発生を理由として利用者が5%以上減少（翌々月から3月、特別事情6月）
所定単位数の100分の3に相当する単位数
- ・入浴介助加算Ⅰ 40円(日) (介護予防を除く)
- ・入浴介助加算Ⅱ 60円(日) (介護予防を除く)
- ・リハビリテーション提供体制(介護予防を除く)
 - 3時間以上4時間未満 12円/回
 - 4時間以上5時間未満 16円/回
 - 5時間以上6時間未満 20円/回
 - 6時間以上7時間未満 24円/回
 - 7時間以上 28円/回
- ・リハビリテーションマネジメント加算イ
 - (1) 560円/(月) 6月以内
 - (2) 240円/(月) 6月を超えた期間
- ・リハビリテーションマネジメント加算ロ
 - (1) 593円/(月) 6月以内
 - (2) 273円/(月) 6月を超えた期間
- ・リハビリテーションマネジメント加算ハ
 - (1) 793円/(月) 6月以内
 - (2) 473円/(月) 6月を超えた期間
- ・リハビリテーションマネジメント加算 イ・ロ・ハ に加え 270円/(月) ※以下の要件を満たした場合
(事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合)
- ・短期集中個別リハビリテーション実施加算 110円/(日) (週概ね2回以上実施の場合) (介護予防を除く)
- ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算(3月以内、介護予防を除く)
 - イ 240円/(日)
 - ロ 1,920円/(月)
- ・生活行為向上リハビリテーション実施加算(6月以内)
1,250円/月 (介護予防 562円/月)
- ・若年性認知症利用者受け入れ 60円/日 (介護予防 240円/月)
- ・栄養アセスメント加算 50円/月
- ・栄養改善加算(3月以内の期間で1月につき2回限度) 200円/回
- ・口腔・栄養スクリーニング加算
 - イ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20円/回
 - ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5円/回
- ・口腔機能向上加算(3月以内の期間に1月につき2回限度)
 - (1) 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150円/回
 - (2) 口腔機能向上加算(Ⅱ) 160円/回
- ・重度療養管理 100円/日 (介護予防を除く)
- ・中重度者ケア体制 20円/日 (介護予防を除く)
- ・科学的介護推進体制加算 40円/月
- ・事業所が送迎を行わない場合 -47円/回
- ・移行支援 12円/日 (介護予防を除く)
- ・一体的サービス提供加算 480円/月
- ・時間延長サービス(省略) (介護予防を除く)
- ・サービス提供体制強化 6円~22円/日 48円~176円/月 (介護予防)

- ・退院時共同指導加算 600 円/月
- ・介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ) 利用料に対して 6.6%相当額

上記のほか食事代 600 円、おやつ代 50 円と次の料金がかかります。

- ・日用品費 利用者が希望する場合 実費
- ・教養娯楽費 利用者が希望する場合 実費
- ・おむつ代 必要時 実費

3. 施設の案内 重要事項説明書

(1) 事業者の概要

| | |
|----------|-------------------------------------|
| 施設の名称 | ・介護老人保健施設 シーザーズ ・通所リハビリテーション あえる |
| 施設の所在地 | 北海道滝川市栄町三丁目 3 番 16 号 |
| 電話・FAX | 電話 0125-22-7333 FAX 0125-22-5645 |
| 開設日 | 平成 29 年 11 月 1 日 |
| 管理者 | 神部 洋史 |
| 介護保険指定番号 | 介護老人保健施設 (0117510446 号) |
| 施設の設置者 | 医療法人シーザーズ・メディ・ケア |
| 設置者所在地 | 滝川市栄町三丁目 4 番 27 号 |
| 設置代表者職氏名 | 理事長 神部 洋史 |
| 設置者電話番号 | 0125-74-6511 |

(2) 通所リハビリテーション (介護予防を含む) 通所定員、設備概要等

通所定員 40 名

主な設備

機能訓練室 (訓練機器)、食堂兼テイルーム、浴室、診察室 送迎車両
スプリンクラー、自動火災報知機、ナースコール、趣味の講座等教養娯楽

営業日等

営業日は、12 月 30 日～1 月 3 日及び土曜日、日曜日を除く週 5 日

営業時間 午前 9 時 00 分～午後 6 時まで

(サービス提供時間は 9 時 30 分～16 時 45 分を基本とします。)

4. 施設の目的と運営方針

(1) 目的

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション施設は、看護、医学的管理の下での理学療法士や看護職員、介護職員による機能回復訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などのサービスを提供することで、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、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

- ① 当施設では、利用者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、サービス計画に基づいて、医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活の向上を目指す。
- ② 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行なわない。
- ③ 当施設では、地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努める。
- ④ 当施設では、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努める。
- ⑤ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対してサービスの実施上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。
- ⑥ 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、ご利用契約の締結の際に、利用契約書の<別紙2>「個人情報の利用目的」の同意をいただきます。

5. 施設の職員体制

| | 常 勤 | 非常勤 | 業務内容 |
|---------|-------|-----|---------------|
| ・医 師 | 1 人 | 1 人 | 利用者の医学的対応 |
| ・理学療法士等 | 1 人以上 | | リハビリ計画、実施指導 |
| ・看護職員 | 1 人以上 | | 医師の指示に基づくリハ看護 |
| ・介護職員 | 1 人以上 | | リハビリ介助 |
| ・管理栄養士 | 1 人以上 | | 栄養管理 |

6. 事業実施地域

| | |
|---------|----------------|
| 実 施 地 域 | 滝川市・砂川市・新十津川町内 |
|---------|----------------|

7. 協力医療機関

- ・名 称 滝川市立病院
- ・住 所 滝川市大町2丁目2番34号
- ・名 称 滝川脳神経外科病院
- ・住 所 滝川市西町1丁目2番5号

8. 協力歯科医療機関

- ・名 称 滝川歯科医院
- ・住 所 滝川市明神町1丁目5番35号

9. 緊急時の連絡先

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。

10. 施設利用に当たっての留意事項

- ① 利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。
食事は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ② 飲酒・喫煙は、施設長の許可を得た以外は禁止します。
- ③ 設備・備品は、持ち出しを禁止する。また、無断で位置を変えることを禁止します。
- ④ 金銭・貴重品は原則として預かりません。また、紛失、盗難等の責めは負いません。
- ⑤ 宗教活動は、施設内では禁止します。
- ⑥ ペットの持ち込みは、禁止します。
- ⑦ 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 他利用者への迷惑行為は禁止します。

11. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、補助散水栓、自動火災報知機、非常用電源装置
- ・防災訓練 職員による訓練年2回、利用者を含めた総合避難訓練を年1回実施します。

12. 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。

13. 利用料金・契約書の提出等

利用料金等は、前記2の(1)、(2)に記載の通りです。日用品などの利用料の詳細をご確認のうえ、利用契約を締結いただきます。

14. 通所の場合にご用意していただくもの

- ① 着替え（入浴される方で施設で着替えをする方）
 - ② 下着類（不安のある方はご持参ください）
 - ③ 上靴（滑りにくいものをご用意ください）
 - ④ 食事用エプロン（必要な場合）
 - ⑤ お薬（お昼の薬がある方）
 - ⑥ ハブラシセット
 - ⑦ 私物の杖や車椅子など
 - ⑧ 介護保険証、医療保険証、負担割合証、身体障害者手帳等（初回と更新時など）
 - ⑨ 通所サービス連絡帳（利用初日にお渡しします）
- ※ 持ち物には名前をご記入ください。
 - ※ 日用品等は実費をいただきますが、施設で用意したものを利用できます。
 - ※ 必要以上の現金、貴重品は持参しないようお願いいたします。（紛失などの恐れがあります）

15. 苦情等申立先

| | | |
|--------------------|-------|--|
| 事業所相談窓口 | 窓口担当者 | ・佐藤美恵（さとうみえ）・山本邦人（やまもとくにひと） |
| | ご利用時間 | ・月曜日から金曜日 9:00~18:00 |
| | ご利用方法 | ・電話連絡 0125-22-7333 ・Fax番号 0125-22-5645 ・面接 当事業所相談室等 |
| 市町村の相談窓口 | 担当部署 | ・滝川市保健福祉部介護福祉課 ・電話番号 0125-28-8026 (この他、各市町村にも相談窓口がございます。また、市町村によって名称が異なる場合がございます。) |
| | ご利用時間 | ・月~金曜日 9:00~17:00 |
| | ご利用方法 | ・電話連絡等 |
| 北海道国民健康 保険団体連合会 | 担当部署 | ・介護保険課企画苦情係 |
| | ご利用時間 | ・月~金曜日 9:00~17:15 |
| | ご利用方法 | ・電話連絡等 011-231-5161 |

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

| | |
|---|------------------------------|
| 事業所又は施設名 | 介護老人保健施設シーザース 通所リハビリテーションあえる |
| サービス種類 | 通所リハビリテーション（介護予防を含む） |
| <p>1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置 相談及び苦情に関する常設の窓口を設置し、相談担当者を設けている。</p> <p>① 常設窓口（電話番号）0125-22-73333（FAX）0125-22-5645</p> <p>② 担当者 ・准看護師 佐藤美恵 ・事務次長 山本邦人</p> <p>③ 苦情対応責任者 事務次長 山本邦人</p> <p>④ 受付時間 月曜日から金曜日 午前9時00分から午後6時00分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供に係る、相談については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引継ぎをする。 ・担当者不在の場合は、施設事務局の窓口等で誰でも対応可能な体制とするとともに、担当者に必ず引継ぎをする。 <p>2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情があった場合は直ちに担当者に報告するよう職員に徹底する。 ・苦情の報告を受けた担当者は直ちに相手方に連絡を取り、直接出向くなどして詳しい事情を聞くとともに、職員からも事情を再確認する。 ・担当者が必要と判断した場合には、管理者まで含めて検討会議を行う。 (検討会議を行わない場合も、必ず管理者まで処理結果を報告する。) <p>3 その他参考事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供者の資質向上を図ることにより、良質なサービスの提供を心がける。従事者に関しても研修会などに参加して資質向上に努める。 ・他関係機関との綿密な情報交換を行い、連携を取ることで、苦情発生等の防止を行う。 ・会議等を行い、苦情が来ないようなサービス提供を心がけている | |

16. 事故発生時の対応

当施設のサービス提供により事故が発生した場合は、「介護老人保健施設シーザーズ事故発生の防止及び発生時対応の指針」により適切な対応をするとともに、ご利用者、ご家族、関係事業所、協力医療機関等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

17. 衛生管理

- ① 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。
- ② 感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備します。
- ③ 定期的に厨房従業員の健康確認、施設内衛生管理を行います。

18. 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

| | |
|---------------|------------|
| ① 虐待防止に関する担当者 | 看護職員 佐藤 美恵 |
|---------------|------------|

- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に関催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

19. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ①緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- ②非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- ③一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

20. 褥瘡対策等

当事業所は、利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

21. 業務継続計画の策定等

- ① 当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し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）の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- ② 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- ③ 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

22. その他

- ① 広報誌等でお名前と写真・作品等の掲載展示等を希望されない場合はお申し出お願いいたします。
- ② 金品・貴重品の管理～原則的にご利用者本人の管理とします。必要最低限の持ち込みにご協力お願いいたします。
- ③ 当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

乙の施設は、甲1に対する通所リハビリテーションサービス（介護予防を含む）の開始に当たり、甲1・甲2 に対して、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

（乙）の施設 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション

所在地 滝川市栄町三丁目3番16号

名称 通所リハビリテーション あえる

説明者 職名 准看護師

氏名 佐藤 美恵

（甲） 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

（甲1）利用者

住所

氏名 印

（甲2）利用者の家族

住所

氏名 印