

通所リハビリテーション事業所 介護老人保健施設のぞみ 重要事項説明書

説明日 令和 年 月 日

説明担当者 _____

1. 施設の概要

(1) 事業所の概要

| | |
|-------|------------------|
| 施設名 | 介護老人保健施設のぞみ |
| 所在地 | 青森県平川市李平上山崎54番地1 |
| 電話番号 | 0172-57-5100 |
| FAX番号 | 0172-57-5105 |
| 事業所番号 | 0252380027 |

(2) 事業所の職員体制

| 職名 | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 合計 | 業務内容 |
|---------|---------------------|-----|-----|-----|--|
| 管理者 | (医師と兼務) | 名 1 | 名 1 | 名 1 | 施設の業務を統括管理し、健康管理及び保健衛生指導に従事します。 |
| 医師 | | | 名 5 | 名 5 | 利用者の健康管理及び保健衛生指導に従事します。 |
| 支援相談員 | 介護福祉士 介護支援専門員 | 名 1 | 名 1 | 名 1 | お客様及び家族の相談に応じ、必要な助言・その他の助言等を行います。 |
| 介護支援専門員 | 介護支援専門員 (相談員と兼務) | 名 1 | 名 1 | 名 1 | 施設サービス計画の作成等に従事します。 |
| 機能訓練指導員 | 作業療法士 | 名 3 | 名 1 | 名 4 | 機能回復の促進及び機能低下を予防する業務に従事します。 |
| 看護・介護職員 | 看護師 | 名 2 | 名 2 | 名 2 | 医師の診療補助並びに看護業務を行います。 お客様の保健衛生管理及び日常生活の援助活動に従事します。 |
| | 准看護師 | 名 1 | 名 1 | 名 1 | |
| | 介護福祉士 | 名 3 | 名 1 | 名 4 | お客様の介護と日常生活の援助を行います。 |
| | その他介護職員 | 名 2 | 名 3 | 名 5 | |

(3) 事業所の設備の概要

| | | | | |
|----|----------|---------------------|---------------------|----------------------|
| 定員 | 1単位(50名) | 家族介護教室 | 32.9 m ² | |
| 浴室 | 一般浴槽室 | 51.1 m ² | 食堂(共有) | 228.8 m ² |
| | 特殊浴槽室 | 16.9 m ² | 通所(静養スペース) | 179.6 m ² |
| | 介護浴室 | 13.6 m ² | 機能訓練室(共有) | 144.9 m ² |

2. 事業所のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- 要介護認定者の自立を支援し、その心身機能の維持回復を図ります。
- 通所リハビリテーション計画に基づいて理学療法、作業療法及びその他必要なりハビリテーションを行い、利用者が一日でも長く居宅での生活を維持出来るように在宅ケアの支援に努めます。

(2) 取組事項

| 事項 | 備考 |
|----------|---|
| 男性従業員の配置 | 介護職員に3名、作業療法士1名の男性従業員を配置し、利用者の希望に添えるようにしています。 |

| | |
|-----------------|---|
| 身体拘束ゼロへの取組 | お客様の意志及び人格の尊重から自傷他害の恐れがある場合等、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束や利用者の行動を制限する行為は原則行いません。もしやむを得ず拘束する場合は、お客様又はその家族に説明同意の上医師の指示のもとに行うとともに、その状態、経過、心身の状況等を記録します。 |
| 個別リハビリテーションへの取組 | 当事業所では、個別リハビリテーションの強化に取り組んでいます。医師の指導のもと、兼任の作業療法士4名で心身機能の維持向上に努めています。 |

(3) サービス利用に当たっての留意事項

| 事 項 | 備 考 |
|------|---|
| 営業日 | 毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日とする。 |
| 営業時間 | 営業日の午前8時から午後5時までを営業時間とする。 |
| 休業日 | 盆休み・・・ 8月13日から8月14日 年末年始・・・12月31日から1月 2日 の期間 |

3. サービスの内容

| サービス項目 | 内 容 |
|-----------------------|--|
| サービス提供時間 | 6時間以上7時間未満を標準とする。 提供開始時間：9時30分より15時45分まで |
| 入浴 | 一般入浴介助及び特別入浴介助を行います。 |
| 食事の提供 | 昼食の提供時間は、昼12時とする。 |
| 送迎 | 居宅から施設間の送迎を行います。 |
| 機能訓練の内容 (個別リハビリ計画) | ア 運動療法 イ 物理療法 ウ 歩行訓練、基本的動作訓練、日常生活動作に関する訓練 エ 治療用ゲーム、手工芸用具を使った趣味的訓練 オ 自助具適用・使用訓練 |
| サービス提供の実施地域 | 黒石市、田舎館村の全区域、平川市（旧碓ヶ関村地域を除く）全域。 |

4. 利用料金

(1) 利用料

① 通所リハビリテーション利用料（通常規模事業所）

単位：円

| 介護度認定区分 | 利用時間 | | | | | |
|---------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 6時間以上 7時間未満 | 5時間以上 6時間未満 | 4時間以上 5時間未満 | 3時間以上 4時間未満 | 2時間以上 3時間未満 | 1時間以上 2時間未満 |
| 要介護1 | 715 | 622 | 553 | 486 | 383 | 369 |
| 要介護2 | 850 | 738 | 642 | 565 | 439 | 398 |
| 要介護3 | 981 | 852 | 730 | 643 | 498 | 429 |
| 要介護4 | 1137 | 987 | 844 | 743 | 555 | 458 |
| 要介護5 | 1290 | 1120 | 957 | 842 | 612 | 491 |

※「自立」と認定された方や要支援1または要支援2と認定された方のご利用は出来ませんのでご了承下さい。上記の方で通所リハビリテーションサービスの利用を希望される場合は、支援相談員もしくは担当する介護支援専門員にお尋ね下さい。

② 加算に関わる利用料について

| 加算されるサービス内容 | | 加算に係る料金 | 利用料 |
|-------------------------|-----------------------|---------|--------------|
| 入浴加算（Ⅰ） | | | 40円 |
| 入浴加算（Ⅱ） | | | 60円 |
| 延長加算 | 8時間以上 9時間未満利用 | | 50円 |
| | 9時間以上 10時間未満利用 | | 100円 |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | | ※注 1) | 110円 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） | | ※注 2) | 240円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | | ※注 3) | 160円 |
| サービス提供体制強化加算 | サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | | 22円 |
| | サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | | 18円 |
| | ※注 4) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | | 6円 |
| 科学的介護推進体制加算（月の初回） | | | 40円 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） | | ※注 5) | 8.3% |
| 重度療養管理加算 | | ※注 6) | 100円 |
| 中山間地域に居住する方へのサービス提供加算 | | ※注 7) | 通常料金の5%割増した額 |
| 中重度者ケア体制加算 | | ※注 8) | 20円 |
| リハビリテーション提供体制加算 | 3時間以上 4時間未満 | | 12円 |
| | 4時間以上 5時間未満 | | 16円 |
| | 5時間以上 6時間未満 | | 20円 |
| | 6時間以上 7時間未満 | | 24円 |

※注 1)短期集中個別リハビリテーション実施加算は、①退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に行う。予防給付から介護給付に認定された日から3月以内。

※注 2)認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、①退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に行う。

認知症であることと生活機能の改善が見込まれると医師が判断し、リハビリテーションを1週間に2日を限度として、リハビリテーションを個別に集中的に行った場合。

※注 3) 口腔機能向上加算（Ⅱ）は、口腔機能が低下している又はその恐れのある利用者に対し、サービス担当者が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、計画に基づく適切な口腔機能向上サービスの提供、定期的な評価、計画の見直し等の一連のプロセスを行い、その情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって、必要な情報を活用した場合。

※注 4)サービス提供体制強化加算は、事業所の介護福祉士の割合と勤務期間での評価と、介護福祉士の割合による評価に分かれて算定されます。

※注 5) 介護職員等処遇改善加算は、介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたもので、当事業所は介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）の算定となっています。

※注 6) 重度療養加算は、要介護3、4または5継続的医学管理（経管栄養や痰の吸引、褥瘡の処置等）を必要とする方に算定されます。

※注 7) 中山間地域に居住する方へのサービス提供加算は、当事業所が定めたサービス提供地域以外からの利用を希望されるお客様に対して加算されるもので重要事項第3項に定めた地域以外にお住まいの利用者のみに加算されます。（それ以外のお客様に加算されることはありません）

※注 8) 中重度者ケア体制加算は、中重度の要介護者を積極的に受入れる体制を整えている事業所を評価する項目として設けられた加算です。

| 費用の内訳 | | 利用料金 |
|------------------------------------|-------------|-------------|
| 日常利用費 (希望された方のみ、特別に発生した場合に限ります) | 理美容代 | 1回につき2,150円 |
| | 食費 | 500円 |
| | レクリエーション費 | 実費 |
| | クラブ活動費 | 実費 |
| | 日用教養費 | 実費 |
| | おむつ(尿取り) | 50円 |
| | おむつ(パンツタイプ) | 130円 |

※上記料金は、希望された方にものみ徴収するもので全ての利用者に対して徴収するものではありません。

(2) 料金の支払方法

利用料金の支払いは、未締めとし月毎にお支払いください。支払い後、領収書は翌月1月分まとめてお渡しいたします。

5. サービス利用方法

(1) サービスの利用開始について

まずは電話でお申込み下さい。専任の支援相談員がお宅を訪問し説明致します。施設にお越しの際にも事前に連絡をお願いします。

※居宅介護支援事業所に居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員と相談の上ご一報ください。

(2) サービスの終了について

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

利用終了を希望する日の10日前までにお申し出下さい。

② 自動終了となる場合

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・利用者の要介護認定区分が、非該当と認定された場合
- ・利用者が医療機関(病院又は診療所)に入院された場合
- ・亡くなられた場合

③ その他の事由

- ・利用者が利用料金の支払いを3ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう再三勧告したにも拘らず10日以上たっても支払われない場合は契約を解除します。

6. 衛生管理等

(1) 指定通所リハビリテーションの用に供する施設、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じます。

(2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

(3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を実施します。

7. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 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実施します。
- (3) 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。

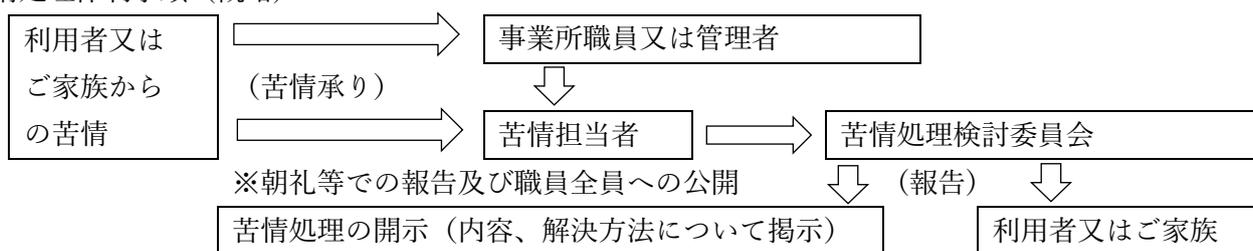
8. サービスに関する苦情

利用者相談・苦情承り窓口は以下のとおりです。

- 苦情担当者 支援相談員 佐伯和磨
 管理部 伊藤勝彦
- 電話 0172-57-5100 FAX 0172-57-5105
- 受付日 平日（日曜日及び8月13日～8月14日並びに12月31日～1月2日を除く）
- 受付時間 午前8時30分～午後5時

<苦情処理体制>

苦情処理体制手順（概略）



苦情等については当施設以外にお住まいの市町村、又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

平川市役所（介護保険課）

平川市柏木町字藤山16-1 平川市健康センター内 TEL 44-0066

青森県国民健康保険団体連合会 通称：国保連（こくほれん）

青森市新町二丁目4-1 青森県協同ビル 3F TEL 017-723-1336

9. 緊急時の対応

通所リハビリテーションサービス提供中に容体の変化等が合った場合は、施設の主治医が対処しますが、救急の場合は救急隊、ご家族へ連絡いたします。緊急連絡先は利用者台帳に記載いただき、連絡先に変更があったときには、必ずお届けください。

10. 事故発生時の対応

施設において通所リハビリテーションサービス提供中に事故が発生した場合は、ご家族等に速やかに連絡するとともに、青森県または被介護者の住所地の市町村（介護保険者）に必要な連絡をいたします。

また、当施設の提供する介護サービスにより、被介護者に賠償すべき事故等が発生したときは、その損害を賠償いたします。当施設では損保ジャパン(株)の損害賠償保険に加入しており、責任事由発生時には速やかな対応をいたします。

1 1. 非常災害時の対策

| | |
|-------|---|
| 防災の対応 | 自衛消防隊の編成、火災通報専用電話の設置、緊急時連絡網の整備と徹底 |
| 防災設備 | 全館スプリンクラー設置、避難器具(スロープ2ヶ所)屋内消火装置(10ヶ所)その他各装置設置 |
| 防災訓練 | 原則春秋年2回(うち1回「夜間想定」)その他随時、職員へ消防機器等の説明を実施 |
| 防火責任者 | 権原者 理事長 須藤 尚紀 防火管理者 秋元 智 |

1 2. その他運営に関する重要事項について

- (1) 当施設では、地震等非常災害やその他やむを得ない場合を除き、原則的に定員を超えてのサービス提供は行いません。
- (2) 運営規程、職員の勤務体制、利用料の負担額及び協力病院名を事業所内の見やすい場所に掲示し、また利用者からの苦情に対する概要、事故防止及び事故発生時の対応、虐待防止の各項目について別途規程を定め、これを掲示します。
 - 1) 協力病院・協力歯科医療機関は以下のとおりです。

| | |
|----------|-----------|
| 協力医療機関 | 須藤医院 |
| 協力歯科医療機関 | すぎた歯科 |
| 協力歯科医療機関 | アクロスプラザ歯科 |
 - 2) コンプライアンスを遵守するため苦情処理検討会議、事故対策委員会、身体拘束虐待防止対策委員会を設けます。
- (3) 利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある場合等、緊急やむを得ない場合を除き、原則として身体拘束や利用者の行動を制限する行為は行ないません。
 - 1) この規程を遵守するため身体拘束虐待防止対策委員会を設けます。
 - 2) 医師の指示の下、やむを得ず拘束に至る場合には、前記委員会で協議の上、利用者又はその家族に説明し、同意を得てから行います。その場合利用者の状態及び経過、心身の状況や拘束に至った理由、ご家族からの同意書を介護録に記録し、保管します。
- (4) 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を選定しています。

| | |
|-------------|---------|
| 虐待防止に関する担当者 | 介護支援専門員 |
|-------------|---------|

- 2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、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。
- (5) 通所リハビリテーションサービスの提供に際し、通所リハビリテーションサービス計画書、診療録、看護・介護録、機能訓練録その他必要な書類の記録を整備・保管します。利用者からこれら記録の閲覧を求められた場合は、原則としてこれに応じます。但し、家族からの請求は本人の同意が得られない場合は応じないことがあります。

1 3. 連帯保証人への利用者からの説明義務

介護施設利用の間、利用者には様々なことが起こりえます。その一つが資金的なひっ迫です。その場合でも安心して施設をご利用いただくために、連帯保証人を原則として二名お願いします。

連帯保証人は、医療法人みらい会介護老人保健施設のぞみに対し、利用者が利用契約上負担する一切の債務を極度額 36 万円の範囲内で連帯して保証していただきます。

利用者は、連帯保証人に対して、入所以前に次の 3 項目について情報提供を行い、連帯保証人はその情報提供を受けた後でなければ連帯保証人になることができません。

- (1) 利用者の財産及び収支の状況
- (2) 利用者がみらい会以外に負担している債務の有無並びにその額及び履行状況
- (3) 利用者が利用料金について医療法人みらい会に担保を提供していない事実

1 4. 身元引受人の責務

身元引受人は利用者が何らかの事情で退所する場合に、本人の荷物を引き取ること、死亡した場合には、遺体や遺品を引き取る責務があります。

通所リハビリテーション利用時リスク説明書

当施設では、ご利用の方が快適な生活を送られますよう、安全な環境作りに努めております。しかし、ご利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

【ご高齢者にかかわる危険性】

- ・歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等により、骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ・特に介護老人保健施設はリハビリ施設であること、原則的に身体拘束を行わないことから、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できやすい状態にあります。
- ・高齢者は血管がもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血ができやすい状態にあります。
- ・加齢や認知症などの症状により、水分や食べ物を飲み込む力が低下します。
誤嚥（誤嚥性肺炎）・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ・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、当施設医師の判断で緊急に病院への搬送を行うことがあります。
- ・高齢者は薬に対して敏感で、副作用を起こしやすいと考えられ、必要に応じて薬を減らすことがあります。
- ・施設では、より多くの皆様にベッドを利用していただくために、居室やベッドの位置などのご希望に添えないことがあります。また、施設が必要と判断した場合には、至急、転室していただいたり、感染対策として無理なお願いをすることもございますが、ご協力をお願いします。
- ・骨折・外傷・誤嚥等で治療が必要となった際に発生する治療費、交通費については、自己負担となります。

以上のことは、ご自宅や病院などでも起こりうることで、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

個人情報利用に関する説明書

個人情報利用に係る説明は以下のとおりです。

1. 個人情報の使用理由と目的

- (1) サービスを利用している被介護者が他の介護施設入所サービスや居宅介護サービスの提供を受けることを希望する場合、担当する介護支援専門員とサービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要と判断した場合。
- (2) 上記 (1) の以外に介護支援専門員又はサービス事業者との連絡調整のために必要と判断した場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、被介護者が体調を崩したり、ケガ等で病院へ受診し、医師又は看護師より施設からの情報を求められ、当施設で必要と判断した場合。

2. 個人情報を利用する事業所

- (1) 被介護者の居宅サービス計画に掲載されているすべての介護サービス各事業所。
- (2) 病院又は診療所で求められた場合（体調を崩したりケガ等で診療を受けることになった場合に限る）

3. 個人情報を使用する期間

介護サービスの提供を受けている期間（要介護認定期間中）

4. 個人情報を使用する条件（介護サービス事業者の責務）

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用し、個人情報の提供に当たっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、提供先（相手方）、提供した個人情報利用の内容等、その他提供に至った経過を記録すること