

介護老人保健施設あみ
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)利用重要事項説明書

当施設は利用者に対して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)利用サービスを提供します。当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

介護老人保健施設 あみのご案内

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設 あみ
- ・開設年月日 平成14年4月1日
- ・所在地 静岡市葵区福田ケ谷73-2
- ・電話番号 TEL054-206-1777 FAX 054-206-1717
- ・管理者名 朝来野 弦
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(2254180074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リハビリテーション、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、入所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、短期入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。

- ・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、居宅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、介護その他に日常的に必要とされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指す。
- ・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えない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
- ・当施設では、介護老人保健施設が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及び関係市町村と密接な連携をはかり、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。
- ・当施設では、明るく家庭的な雰囲気重視し、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。
- ・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療養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。
- ・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者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、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。

(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)の職員体制

職種	員数	業務内容
・管理者	1	
・医師	1人以上	診療
・看護職員	1人以上	指示に基づく医療処置

・介護職員	4人以上	介護サービス業務
・相談員	1人以上	相談援助、サービス調整等
・理学・作業療法士等	2人以上	個別リハビリ・生活リハビリ
・歯科衛生士	1人以上	口腔ケアの指導等
・運転業務(派遣含)		

(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)定員 40名

(5) サービスの提供日及び提供時間

月曜日～土曜日(祝日及び年末年始の12/30～1/3を除く)

営業時間 午前8時30分～午後5時30分

サービス提供時間 午前10時～午後4時10分

2. サービス内容

① 居宅サービス計画(介護予防サービス計画)に基づいた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)計画の立案

② 食事：ご本人の状態にあった形態の食事を提供します。

③ 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。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。

④ 健康チェック：血圧と体温を測定し、健康状態の確認を行います。

⑤ 送迎：リフト付ワゴン車等を利用しご自宅まで送迎します。

⑥ リハビリテーション：理学・作業療法士等の指導のもと、機能訓練を実施いたします。

⑦ レクリエーション：残存機能の維持、心身の活性化を目的に行います。

⑧ 介護相談：相談員が応じます。

⑨ その他

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、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 静岡市立静岡病院

・住所 静岡市葵区追手町10番93号

・協力歯科医療機関

・名称 こんどう歯科医院

・住所 静岡市葵区北安東4丁目31-5

◇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。

4. 施設利用に当たっての留意事項

・施設利用中の食事は、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。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設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。

・飲酒・喫煙は、施設内禁止です。

・火気の取扱いは、施設内禁止です。

・設備・備品の利用は、使用目的及び用途に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、弁償していただくことがあります。

・所持品・備品等の持込みは、必要なもの以外の所持品の持込はご遠慮ください。

・金銭・貴重品の管理は、行なっていませんので、ご利用者本人の持込もお断りいたします。なお、紛失等の責任は、一切負いませんのでご了承ください。

・ペットの持込み及び飼育は、衛生上問題がありますのでお断りいたします。

・騒音等他利用者への迷惑行為は、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、消防署への非常通報装置、非常放送設備、火災感知器等
- ・ 防災訓練 年 2回

6. 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。

7. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、必要な方は申し出ください。

8. 介護保険証及び介護保険負担割合証の確認

ご利用のお申込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証及び介護保険負担割合証を確認させていただきます。

9. 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)についての概要

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)については、要介護者もしくは要支援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、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減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、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、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)サービス計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者(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。

10. 利用料金

(1) 基本料金

利用料(介護保険制度では、要介護認定による要介護もしくは要支援の程度および利用時間と負担割合によって利用料が異なります。以下は1日当たりの1割負担分です)

※下記利用料金の該当する部分に関して利用者様へ請求をさせていただきます。

通所リハビリテーション

○基本報酬【6時間以上7時間未満】

	[通常型]	[大規模型]
・ 要介護1	739円	698円
・ 要介護2	878円	829円
・ 要介護3	1,014円	957円
・ 要介護4	1,175円	1,113円
・ 要介護5	1,333円	1,265円

※感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、基本報酬に3%を乗じた金額又は基本報酬区分を変更した金額にて請求をさせていただきます。

○加算等

* 高齢者虐待防止措置未実施減算

所定単位数から1%減算されます。

* 業務継続計画未策定減算

所定単位数から1%減算されます。

* 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	13円/回
・ 4時間以上5時間未満	17円/回
・ 5時間以上6時間未満	21円/回
・ 6時間以上7時間未満	25円/回
・ 7時間以上	29円/回

* 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

所定単位数に5%加算されます。

* 入浴介助加算(Ⅰ)

42円/日

* 入浴介助加算(Ⅱ)	62円/日
※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。	
* リハビリテーションマネジメント加算1イ(同意月から6月以内)	579円/月
* リハビリテーションマネジメント加算1イ(同意月から6月超)	248円/月
* リハビリテーションマネジメント加算2ロ(同意月から6月以内)	613円/月
* リハビリテーションマネジメント加算2ロ(同意月から6月超)	282円/月
* リハビリテーションマネジメント加算3ハ(同意月から6月以内)	820円/月
* リハビリテーションマネジメント加算3ハ(同意月から6月超)	489円/月
* リハビリテーションマネジメント加算4	
リハマネ時に医師が説明、同意を得た場合加算	279円/月
* 短期集中個別リハビリテーション実施加算	114円/日
* 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	(週2回限度) 248円/日
* 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1, 984円/月
* 生活行為向上リハビリテーション実施加算	(6ヶ月以内) 1, 292円/月
* 若年性認知症利用者受入加算	62円/日
* 栄養アセスメント加算	52円/月
* 栄養改善加算	(月2回限度) 207円/回
* 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	(6月に1回を限度) 21円/回
* 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	(6月に1回を限度) 6円/回
* 口腔機能向上加算(Ⅰ)	(月2回限度) 155円/回
* 口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	(月2回限度) 161円/回
* 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	(月2回限度) 166円/回
* 重度療養管理加算	104円/日
* 中等度者ケア体制加算	21円/日
* 科学的介護推進体制加算	42円/月
* 事業所と同一建物に居住する者又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	▲98円/日
* 事業所が送迎を行わない場合	(片道につき) ▲49円/回
* 退院時共同指導加算	620円/回
* 移行支援加算	13円/日
* サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	23円/回
* サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	19円/回
* サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	7円/回
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)として上記合計金額の8.6%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)として上記合計金額の8.3%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)として上記合計金額の6.6%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)として上記合計金額の5.3%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)として上記合計金額の7.6%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)として上記合計金額の7.3%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)として上記合計金額の7.3%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)として上記合計金額の7.0%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)として上記合計金額の6.3%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)として上記合計金額の6.0%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)として上記合計金額の5.8%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)として上記合計金額の5.6%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)として上記合計金額の5.5%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10)として上記合計金額の4.8%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11)として上記合計金額の4.3%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12)として上記合計金額の4.5%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13)として上記合計金額の3.8%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14)として上記合計金額の2.8%が加算されます。	

介護予防通所リハビリテーション

○基本報酬【6時間以上7時間未満】

・ 要支援1	2, 343円
・ 要支援2	4, 368円

○加算等

* 高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数から 1 %減算されます。
* 業務継続計画未策定減算	所定単位数から 1 %減算されます。
* 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数に 5 %加算されます。
* 生活行為向上リハビリテーション実施加算 (6ヶ月以内)	581円/月
* 若年性認知症利用者受入加算	248円/月
* 事業所と同一建物に居住する者又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	
・ 要支援 1	▲389円/月
・ 要支援 2	▲777円/月
* 利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に利用した場合	
要件を満たした場合	減算なし
要件を満たさない場合	
・ 要支援 1	▲124円/月
・ 要支援 2	▲248円/月
* 退院時共同指導加算	620円/回
* 栄養アセスメント加算	52円/月
* 栄養改善加算	207円/月
* 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) (6月に1回を限度)	21円/回
* 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) (6月に1回を限度)	6円/回
* 口腔機能向上加算 (Ⅰ)	155円/月
* 口腔機能向上加算 (Ⅱ)	166円/月
* 一体的サービス提供加算	496円/月
* 科学的介護推進体制加算	42円/月
* サービス提供体制強化加算	
・ 要支援 1 (Ⅰ) 91円/月 (Ⅱ) 75円/月 (Ⅲ) 25円/月	
・ 要支援 2 (Ⅰ) 182円/月 (Ⅱ) 149円/月 (Ⅲ) 50円/月	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)として上記合計金額の 8.6 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)として上記合計金額の 8.3 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)として上記合計金額の 6.6 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)として上記合計金額の 5.3 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (1)として上記合計金額の 7.6 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (2)として上記合計金額の 7.3 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (3)として上記合計金額の 7.3 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (4)として上記合計金額の 7.0 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (5)として上記合計金額の 6.3 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (6)として上記合計金額の 6.0 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (7)として上記合計金額の 5.8 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (8)として上記合計金額の 5.6 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (9)として上記合計金額の 5.5 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (10)として上記合計金額の 4.8 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (11)として上記合計金額の 4.3 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (12)として上記合計金額の 4.5 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (13)として上記合計金額の 3.8 %が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (14)として上記合計金額の 2.8 %が加算されます。	

(2) その他の費用

- ① 食費 820円 (おやつ代含む)
※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っては、食事の提供ができないことがあります。
- ② 日常生活品費/1日 140円
石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、フェイスタオルや紙おしぼり等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ③ 教養娯楽費/1日 150円
倶楽部やレクリエーションで使用する、折り紙、粘土等の材料や風船等の遊具、ビデオソフト等の費用であり施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます

④ おむつ代

実 費

⑤ その他

診断書等の文書の発行、予防接種料等について実費を徴収することがあります。

上記のそれぞれの費用については、ご利用者及びご家族様に主旨説明を行い、その意向を確認し同意の上お支払いいただきます。

(3) 支払い方法

- ・ 毎月10日以降、前月分の請求書を発行しますので、事前に届けていただいた指定の銀行口座より毎月27日に自動引落しの方法でお支払下さい。(但し、引落日が金融機関休日の場合は翌営業日となります。)支払い後の領収書は、翌月の請求書発送時に同封させていただきます。
- ・ 新規入所の方は、契約時に預金口座振替(自動引落し)の手続きを行いますので、別途「預金口座振替」の書類を提出いただきますようお願い致します。なお、手続完了まで暫くかかりますので完了するまでは、その月の末日までに当施設の事務所窓口または銀行振込(振込手数料はご負担願います)のいずれかの方法でお支払いください。

令和 年 月 日

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)利用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。

施設名	説明者職名	氏 名
介護老人保健施設あみ		⑩

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、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)利用のサービス提供開始に同意しました。

※連帯保証人

施設利用をして頂くにあたり、利用者様又は扶養者様等が諸規定を厳守されず、また音信不通等により、責務不履行の状態に陥った場合、連帯保証人様に、金１８０万を限度として利用者様、扶養者様に関する一切の責務を担って頂きます。

利用者	住 所	〒
	氏 名	⑩

扶養者	住 所	〒
	氏 名	⑩

連帯保証人	住 所	〒
	氏 名	⑩

施設	所在地	〒421-2109 静岡県静岡市葵区福田ヶ谷 7 3 - 2
	名 称	医療法人社団松英会介護老人保健施設あみ
	代表者	理事長 朝来野 弦
	電話番号	(0 5 4) 2 0 6 - 1 7 7 7