

通所リハビリテーション 重要事項説明書

1 施設概要

事業者の名称	医療法人 光風会
法人所在地	栃木県小山市乙女 795
法人種別	医療法人
代表者氏名	理事長 須田 誠
電話番号	0285-45-7711
指定番号	栃木県 0950880054 号

施設の名称	介護老人保健施設 晃南
施設の所在地	栃木県小山市乙女 795
施設長名	小井田 時廣
電話番号	0285-45-6351
ファクシミリ番号	0285-45-8291
ご利用定員	85名

2 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法にもとづき、介護者等に対し居宅サービス計画に基づいた看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話をを行い、利用者の生活自立を支援する事を目的とする。
施設運営の方針	利用者の人間性を尊重し、家庭的で明るい雰囲気のなかで利用者が安心して療養できるよう処遇に万全を期した施設運営を実践する。

3 職員体制（主たる職員）

管理者	医師（施設兼任）
リハビリテーション	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
介護職員	介護福祉士等
看護職員	看護師・准看護師
管理栄養士	母体施設兼任

4 サービスの概要

種類	内容
食事サービス	・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。
送迎サービス	・利用者の状況に応じた車両により送迎サービスをいたします。 ご希望時間に合わせた移送サービスに努めます
入浴サービス	・一般浴槽を用いた介助浴や特殊浴槽を使った座浴のほか寝たきり等で座位のとれない方も特別浴で入浴が可能です。

個別機能訓練	・理学療法士等による利用者の状況に適合した個別機能訓練実施計画を策定し これに基づきサービスを実施いたします。
健康管理	・緊急等必要な場合には協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・協力医療機関 光南病院
相談及び援助	・施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもつて応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

5 営業日及び営業時間・実地地域

営業日	月～土、日曜日はお休み。年末年始（12/30～1/3）もお休みとなります。
営業時間	8時～17時 *その他ご希望のより時間の延長も可能です。
実地地域	小山市内、野木町、栃木市藤岡町及び結城市、古河市

6 苦情等申立先

苦情等利用相談	事業所および従業員のサービス内容に対する苦情等の御意見やご要望などを承ります。 苦情受付担当者 白鳥 美佳 苦情解決責任者 木村 透 * ご意見箱（苦情相談の投書箱）を老健事務室 前インフォメーションに設置しています。
---------	--

7 その他ご利用に当たってのお約束

居室・設備等の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに入所施設等へは立ち入らないようにしてください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みはお断りします。

8 非常災害対策

スプリンクラー、防火扉、消化器、消化栓、非常通報等の防災設備が施されており、また、「晃南消防計画」に基づき予防対策を行います。年2回を定例に、夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。

(緊急時の対応)

当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関での診療を依頼することができます。

前項のほか、利用中に利用者的心身の状態が急変した場合、当施設は、扶養者への連絡が不通の場

合は、連帯保証人、又は、指定する者に連絡します。

(事故発生時の対応)

サービスの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。

前2項ほか、当施設は利用者の家族等利用者又は扶養者が指定する者及び保険
者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

9 通所リハビリテーションの概要

通所リハビリテーションについては、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、当施設を一定期間ご利用いただき、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、利用者にかかる医師及び理学療法士その他もっぱ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が作成されますが、その際、利用者・扶養者（ご家族）の要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 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。

1.1 利用料金

(1) 基本料金

施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度、利用者負担の割合によって利用料が異なります。以下は、負担割合が1割の場合の1日あたりの自己負担分です）
※負担割合が2割の場合は、基本料金がおよそ2倍となります。

提供時間	介護度	1割負担	2割負担	3割負担
1時間以上 2時間未満	要介護1	363円	726円	1089円
	要介護2	394円	788円	1182円
	要介護3	422円	844円	1266円
	要介護4	452円	904円	1356円
	要介護5	483円	966円	1449円
2時間以上 3時間未満	要介護1	378円	756円	1134円
	要介護2	434円	868円	1302円
	要介護3	490円	980円	1470円
	要介護4	545円	1090円	1635円
	要介護5	601円	1202円	1803円
3時間以上 4時間未満	要介護1	477円	954円	1431円
	要介護2	556円	1112円	1668円
	要介護3	633円	1266円	1899円
	要介護4	731円	1462円	2193円
	要介護5	829円	1658円	2487円
4時間以上 5時間未満	要介護1	533円	1066円	1599円
	要介護2	621円	1242円	1863円
	要介護3	707円	1414円	2121円
	要介護4	818円	1636円	2454円
	要介護5	927円	1854円	2781円
5時間以上 6時間未満	要介護1	593円	1186円	1779円
	要介護2	703円	1406円	2109円
	要介護3	813円	1626円	2439円
	要介護4	944円	1888円	2832円
	要介護5	1070円	2140円	3210円
6時間以上 7時間未満	要介護1	686円	1372円	2058円
	要介護2	815円	1630円	2445円
	要介護3	941円	1882円	2823円
	要介護4	1095円	2190円	3285円
	要介護5	1244円	2488円	3732円
7時間以上 8時間未満	要介護1	726円	1452円	2178円
	要介護2	861円	1722円	2583円
	要介護3	999円	1998円	2997円
	要介護4	1159円	2318円	3477円

	要介護 5		2644 円	3966 円
--	-------	--	--------	--------

※8 時間を超えるご利用につきまして、1 時間毎に 50 単位加算され、14 時間までご利用頂けます。

※地域区分加算（10. 17）は上記の基本サービス費に加算され、包括されています。

(2) 各種加算

加算名	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算（I）	40 円／日	80 円／日	120 円／日
入浴介助加算（II）	60 円／日	120 円／日	180 円／日
リハビリテーションマネジメント加算 イ 開始日から 6 ヶ月以内	560 円／月	1120 円／月	1680 円／月
開始日から 6 ヶ月超	240 円／月	480 円／月	720 円／月
リハビリテーションマネジメント加算 ロ 開始日から 6 ヶ月以内	593 円／月	1186 円／月	1779 円／月
開始日から 6 ヶ月超	273 円／月	546 円／月	819 円／月
リハビリテーションマネジメント加算 ハ 開始日から 6 ヶ月以内	1063 円／月	2126 円／月	3189 円／月
開始日から 6 ヶ月超	743 円／月	1486 円／月	2229 円／月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 円／日	220 円／日	330 円／日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）	240 円／日	480 円／日	720 円／日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（II）	1920 円／月	3840 円／月	5760 円／月
退院時共同指導加算	600 円／回	1200 円／回	1800 円／回
若年性認知症利用者受入加算	60 円／日	120 円／日	180 円／日
栄養改善加算	200 円／月 2 回	400 円／月 2 回	600 円／月 2 回
栄養アセスメント加算	50 円／月	100 円／月	150 円／月
口腔機能向上加算（I）	150 円／月 2 回	300 円／月 2 回	450 円／月 2 回
口腔機能向上加算（II） イ ロ	155 円／月 2 回 160 円／月 2 回	310 円／月 2 回 320 円／月 2 回	465 円／月 2 回 480 円／月 2 回
サービス提供体制強化加算（I）	22 円／日	44 円／日	66 円／日
サービス提供体制強化加算（II）	18 円／日	36 円／日	54 円／日
科学的介護推進体制加算	40 円／月	80 円／月	120 円／月
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／回	24 円／回	36 円／回
4 時間以上 5 時間未満	16 円／回	32 円／回	48 円／回
5 時間以上 6 時間未満	20 円／回	40 円／回	60 円／回
6 時間以上 7 時間未満	24 円／回	48 円／回	72 円／回
7 時間以上	28 円／回	56 円／回	84 円／回
中重度者ケア体制加算	20 円／日	40 円／日	60 円／日
重度療養管理加算	100 円／日	200 円／日	300 円／日
介護職員等処遇改善加算（I）	8.6%		

※送迎費は、基本サービスに包括されております。送迎を行わない場合 47 単位減算となります。

※基本サービス費は、大規模型となっています。

○通所リハビリテーション事業所の医師又は、医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、その退院日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行なった場合、短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定出来る。

(3) その他の料金

① 食費 (食材料費等) 昼食 550円 夕食 880円

*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 理美容代 実費（別途資料をご覧ください。）

③ その他（利用者が選定する特別な食事の費用、日用品費、教養娯楽費等）は、別途資料をご覧ください。

④おむつ代（処理代含む）

テープとめオムツ165円、尿取りパット55円、リハビリパンツ165円

(4) 支払い方法

毎月11日以降に、前月分の請求書を発行、郵送しますので、その月の**25日まで**にお支払いください。お支払い方法は、通所リハビリテーションご利用時にご持参いただくか、又は、直接受付窓口でのお支払いをお願い致します。受付時間は、月曜日から土曜日（祝祭日含）の午前8時30分から午後5時30分となっております。

尚 郵便振替による自動引き落としのご利用も可能ですので、お申し出ください。

1.1 個人情報に関する同意

私及び下記の者と、介護老人保健施設晃南との間の介護保険法に元づく通所介護リハビリテーション契約約款第8条の秘密保持に関し、介護老人保健施設晃南が、サービス担当者会議において、私及び下記の者の個人情報を契約の有効期間中用にすることに同意します。

1 使用する用途

- ① 円滑にサービスを提供するために実施される、サービス担当者会議に関する事項
- ② 介護支援専門員など関連部署との連絡調整に必要な事項
- ③ 医療上緊急の必要がある場合に医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供事項
- ④ 緊急時下的行政機関等への情報開示が必要になった場合の事項

2 使用する事業者の範囲

かかりつけ等の医療機関、行政機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター

3 使用する期限

契約書に基づく契約開始より契約終結日まで

4 条件

- ① 個人情報の提供については必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れる事がないようにする。
- ② 個人情報を提供した会議、相手方、内容等の経過を記録する。

通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設 晃南の通所リハビリテーションを利用するにあたり、通所リハビリテーション利用重要事項説明書を受領し、その内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名 印

<扶養者>

住 所

氏 名 (続柄) 印