

## 介護予防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
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中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
通常サービス	介護予防プランにより送迎・食事・入浴及び日常生活上のサービスを選択にて提供いたします。
健康管理	・緊急時必要な場合には協力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って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

### 5 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。
---------	--

### 6 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・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。

## 7 非常災害対策

スプリンクラー、防災扉、消化器、消火栓、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。

## 8 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

### （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あります。

前項のほか、利用中に利用者の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。

## 9 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。

② 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。

③ 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。

## 10 介護予防通所リハビリテーションの概要

介護予防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、利用者にかかわる医師及び理学療法士その他もっぱら介護予防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、介護予防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。

## 1 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。

## 1 2 利用料金

### (1) 基本料金

- 基本利用料 (介護保険制度では、要介護認定による要支援の程度、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、基本料金がおおよそ2倍となります。

	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,306 円／月	4,612 円／月	6,918 円／月
要支援2	4,299 円／月	8,598 円／月	12,897 円／月

\*利用開始日の属する月から12か月を超える場合3カ月に1回リハビリ会議実施。

※地域区分加算(10.17)は、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
栄養改善加算	200 円／月	400 円／月	600 円／月
一体的サービス提供加算	480 円／月	960 円／月	1440 円／月
口腔機能向上加算 (I)	150 円／月	300 円／月	450 円／月
(II)	160 円／月	320 円／月	480 円／月
栄養アセスメント加算	50 円／月	100 円／月	150 円／月

サービス提供体制強化加算			
要支援 1 (Ⅰ)	88 円／月	176 円／月	264 円／月
(Ⅱ)	72 円／月	144 円／月	216 円／月
(Ⅲ)	24 円／月	48 円／月	72 円／月
要支援 2 (Ⅰ)	176 円／月	352 円／月	528 円／月
(Ⅱ)	144 円／月	288 円／月	432 円／月
(Ⅲ)	48 円／月	96 円／月	144 円／月
科学的介護推進体制加算	40 円／月	80 円／月	120 円／月

### (3) その他の料金

食費            550 円／1 食 (昼食)            880 円/1 食 (夕食)

オムツ代    ・テープ止め 165 円    ・尿取りパット 55 円    ・リハビリパンツ 165 円

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) 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。

## 13 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の間の介護保険法に基づく通所介護予防+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、サービス担当学会議において、私及び下記の者の個人情報を、契約の有効期間中用い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、サービス担当学会議に関する事項

- 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 緊急時下での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、居宅介護支援事業者、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了日まで

## 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ことがないようにする。
- 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。

# 介護予防通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設 晃南の介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護予防通所リハビリテーション利用約款及び重要事項説明書、個人情報に関する同意を受領し、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