

老人保健施設尽誠苑 重要事項説明書

(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)

あなたに対する介護サービス提供開始にあたり、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（厚生省令第 37 号）第 8 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

名称・法人種別	医療法人積善会
事業者の所在地	愛知県豊橋市二川町字北裏 1 番地の 17
代表者名	理事長 近藤貴久
電話番号	0 5 3 2 - 4 1 - 0 8 0 0

2 事業所

施設の名称	老人保健施設尽誠苑	
施設の所在地	愛知県豊橋市大脇町大脇ノ谷 74 番 54	
施設長名	仁瓶江理子	
電話番号	0 5 3 2 - 6 5 - 2 7 7 0	
ファクシミリ番号	0 5 3 2 - 6 5 - 2 7 7 1	
東三河広域連合の事業者指定	指定年月日	令和 6 年 1 月 1 日
	事業所番号	2 3 5 2 0 8 0 0 7 7

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		東三河広域連合の事業者指定		利用定員
		指定年月日	事業所番号	
施設	介護老人保健施設	6 年 1 月 1 日	2352080077	100 人
居宅	短期入所療養介護			
	介護予防短期入所療養介護			
	認知症対応型共同生活介護	6 年 1 月 1 日	2392000846	27 人
	介護予防認知症対応型共同生活介護			
	短期入所生活介護	6 年 1 月 1 日	2372005245	27 人
	介護予防短期入所生活介護			
	訪問看護	6 年 1 月 1 日	2362090546	
	介護予防訪問看護			
	訪問リハビリテーション	6 年 1 月 1 日	2372005252	
	介護予防訪問リハビリテーション			
	居宅介護支援	6 年 1 月 1 日	2372005260	
	介護予防支援	6 年 1 月 1 日	2302000225	
		豊橋市長の事業者指定		

	指定年月日	事業所番号	
障害者短期入所	6年1月1日	2315102331	

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護予防・通所リハビリテーションの事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護従業者及び計画作成担当者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護予防・通所リハビリテーションを提供することを目的とする。
施設運営の方針	事業所の介護従業者等は、介護予防通所リハビリテーション計画書・通所リハビリテーション計画書に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態等となった場合でも、利用者が事業所においてそ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援助を行う。

5 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地		9657.84㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート造3階建（耐火建築）
	延べ床面積	670.48㎡
	利用定員	120名（月～金曜日）

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人当りの面積
居間・食堂	1室	474.1㎡	3.3㎡
浴室	1室	84㎡	
リハビリ室	1室	112.3㎡	

6 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数	区分				業務内容
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
・管理者、医師	1		1			サービスの管理、統括及び診療業務
・看護職員	3	1		2		医師の指示に従い診療補助・看護業務
・介護職員	21	20	0	1		利用者に対する介護業務
・理学療法士・作業療法士 ・言語聴覚士	21		15		6	医師の指示に従い理学・作業・言語療法

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務	4週8休
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・日勤（8：30～17：30） ・早番（8：00～17：00） ・遅番（9：00～18：00） 	原則 4週8休

8 営業日

営業日	月曜日～金曜日（12/29～1/3を除く）
-----	-----------------------

9 サービス提供時間

提供時間	9:50～16:00（6時間以上7時間未満）
------	------------------------

10 介護予防・通所リハビリテーションサービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種類
食事の介助
排泄の介助
入浴の介助
着替え等の介助
機能回復訓練
健康管理
相談および援助
送迎

(2) 介護保険給付外サービス

種類
おむつの提供
食事の提供

11 苦情の受付について

当事業所におけるサービス、または当事業所で作成した介護予防通所リハビリテーション計画書・通所リハビリテーション計画書に基づいて実施されたサービスについての苦情やご相談は次の窓口で受付致します。遠慮なくお申し出下さい。尚、苦情受付時には速やかに対応を図り、必要に応じ再発防止策を立案します。加えて、当施設に設置する再発防止委員会にて再発防止策の妥当性の確認を行い、再発予防に向け対応策を実施致します。

(1) 当施設における苦情の受付

当施設による苦情の受付	窓口担当者：大林ゆかり（デイケアセンター主任） ご利用時間 午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法 電話 0532-65-2770
-------------	---

(2) 行政機関その他苦情解決機関

東三河広域連合介護保険課	所在地：440-0806 豊橋市八町通二丁目16 TEL:0532-26-8471 FAX:0532-26-8475 受付時間：毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00
--------------	--

愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課内苦情相談室	所在地：461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号 TEL:052-971-4165 FAX:052-962-8870 受付時間：毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00
-------------------------------	---

12 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 積善会 積善病院	医療法人 積善会 積善クリニック	医療法人 積善会 第二積善病院
院長名	橋本眞徳	玉井良樹	近藤貴久
所在地	愛知県豊橋市二川町 字北裏1番地の17	愛知県豊橋市大岩町 字北山78番地5	愛知県豊橋市大岩町 字北山6番地110
電話番号	0532-41-0800	0532-65-6565	0532-39-4771
診療科	内科、循環器内科、呼吸器内 科、消化器内科、神経内科、 リハビリテーション科、 放射線科、皮膚科	整形外科、リハビリテーシ ョン科、内科、循環器内 科、糖尿病内科	内科、循環器内科、 人工透析内科、腎臓内科、 泌尿器科、糖尿病内科、 呼吸器内科、消化器内科、 リハビリテーション科
入院設備	ベッド数 414床	無	ベッド数 248床
救急指定の有無	無	無	無

13 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

14 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「尽誠苑 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	協力医療機関である積善病院と非常災害時の相互の応援体制を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「尽誠苑 消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、通所者も参加して実施します。			
防災設備 (老人保健施設 と共通)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	2個所
	避難階段	3個所	屋内消火栓	3個所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	6個所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております			
消防計画等	消防署への届出日：平成24年7月30日 防火管理者：三浦信介			

15 当施設ご利用の際に留意いただく事項

面会	面会者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員にお申し出下さい。
利用中の受診	協力医療機関等への医療機関への受診が必要となった場合、緊急時を除き、家族の方で受診調整及び付添いをお願いします。
居室・設備・器具の利用	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。
喫煙・飲酒	敷地内は禁煙となります。 飲酒は原則禁止とさせていただきます。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者や職員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および飼育はお断りします。
連絡先	緊急時に備え、連絡先をお知らせください。

16 ハラスメントの防止

介護現場で働く職員の安全を確保するため、いかなるハラスメント行為も許容しません。ここでいうハラスメントとは、利用者様やご家族等からの身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメント（以下、セクハラ）を総称しています。

ハラスメント事案が発生した場合、速やかに当該者への事実確認、ご家族等への連絡を行うとともに、マニュアルに則り再発防止策の検討など、必要な措置を講じます。また当該者に改善依頼をしたにも関わらず改善が見られない場合は、ご利用を中止させていただく場合があります。

17 介護サービス情報の公表について

介護サービス情報の公表は、介護サービス事業者で行われているサービスの内容等を調査し、客観的情報をインターネット等により公表する制度で、介護保険法の改正に伴い、平成18年4月1日から施行されています。

この制度は、介護サービスの利用者等が公表されたサービス事業者の情報を比較検討することにより、利用者等の主体的な事業者選択を可能にすることを目的としています。

公表する介護サービス情報は厚生労働省令規定されていますが、その内容は概ね以下の通りです。

- ・基本情報：事業所の名称、所在地、連絡先、利用者数、職員配置など
- ・運営情報：サービスの質の確保への取り組み、事業所の運営状況など

※関係ホームページ

(愛知県介護サービス情報公表システム) <http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

18 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施無し。

19 利用料金

下記単位数は、厚生労働省が告示で定める単位になります。また、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担頂くこととなります。

また、介護度が確定する前にご利用いただいた場合は、介護度が確定してからのご請求となります。万が一、結果が「非該当」と認定された場合は、実費相当分をご負担いただきます。

(1) 基本料金

通所リハビリテーション

1) 大規模型通所リハビリテーション費

- ・ 1日につき、下記の単位数が算定されます。
- ・ 一定の条件を満たした月は、右側の単位数となります。
- ・ 一定の条件とは、利用者の総数のうちリハビリテーションマネジメント加算を算定した利用者の割合が80%以上であること、専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること、です。

【6時間以上7時間未満】

通常の場合	要介護1 (675 単位)	一定の条件を満たした場合	要介護1 (715 単位)
	要介護2 (802 単位)		要介護2 (850 単位)
	要介護3 (926 単位)		要介護3 (981 単位)
	要介護4 (1,077 単位)		要介護4 (1,137 単位)
	要介護5 (1,224 単位)		要介護5 (1,290 単位)

【5時間以上6時間未満】 ※通所サービスを途中で打ち切った場合

通常の場合	要介護1 (584 単位)	一定の条件を満たした場合	要介護1 (622 単位)
	要介護2 (692 単位)		要介護2 (738 単位)
	要介護3 (800 単位)		要介護3 (852 単位)
	要介護4 (929 単位)		要介護4 (987 単位)
	要介護5 (1,053 単位)		要介護5 (1,120 単位)

【4時間以上5時間未満】 ※通所サービスを途中で打ち切った場合

通常の場合	要介護1 (525 単位)	一定の条件を満たした場合	要介護1 (553 単位)
	要介護2 (611 単位)		要介護2 (642 単位)
	要介護3 (696 単位)		要介護3 (730 単位)
	要介護4 (805 単位)		要介護4 (844 単位)
	要介護5 (912 単位)		要介護5 (957 単位)

【3時間以上4時間未満】 ※通所サービスを途中で打ち切った場合

通常の場合	要介護1 (470 単位)	一定の条件を満たした場合	要介護1 (486 単位)
	要介護2 (547 単位)		要介護2 (565 単位)
	要介護3 (623 単位)		要介護3 (643 単位)
	要介護4 (719 単位)		要介護4 (743 単位)
	要介護5 (816 単位)		要介護5 (842 単位)

2) 加算項目

・ 1) の料金以外に、下記の料金が別途加算される事があります。

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	12 単位/日
	4時間以上5時間未満	16 単位/日
	5時間以上6時間未満	20 単位/日
	6時間以上7時間未満	24 単位/日
入浴介助加算 (I)		40 単位/日
入浴介助加算 (II)		60 単位/日
リハビリテーションマネジメント加算イ	6月以内	560 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算イ	6月超	240 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算ロ	6月以内	593 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算ロ	6月超	273 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算ハ	6月以内	793 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算ハ	6月超	473 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 (医師が利用者等へ説明)		270 単位/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110 単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I) ※週2日を限度		240 単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)		1920 単位/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算 6月以内		1250 単位/月
若年性認知症利用者受入加算		60 単位/日
栄養アセスメント加算		50 単位/月
栄養改善加算 ※月2回を限度		200 単位/回
口腔・栄養スクリーニング加算 (I) ※6月に1回を限度		20 単位/回
口腔・栄養スクリーニング加算 (II) ※6月に1回を限度		5 単位/回
口腔機能向上加算 (I) ※月2回を限度		150 単位/回
口腔機能向上加算 (II) イ ※月2回を限度		155 単位/回
口腔機能向上加算 (II) ロ ※月2回を限度		160 単位/回
重度療養管理加算 (介護3・4・5に限る)		100 単位/日
中重度者ケア体制加算		20 単位/日
科学的介護推進体制加算		40 単位/月
退院時共同指導加算 (退院時1回を限度)		600 単位/回
サービス提供体制強化加算 (I)		22 単位/回
サービス提供体制強化加算 (II)		18 単位/回
サービス提供体制強化加算 (III)		6 単位/回
介護職員等処遇改善加算 (III)		6.6%/月
地域区分加算		10.17 円

3) 減算項目

・ 1) の料金以外に、下記の料金が別途減算される事があります。

送迎（事業所が送迎を行わない場合）	-47 単位/片道
-------------------	-----------

注) 介護保険自己負担額（単位表記の部分）は、介護保険負担割合証に記載された割合により負担が変わります。

介護予防通所リハビリテーション

1) 介護予防通所リハビリテーション費

要支援 1	2268 単位/月
要支援 2	4228 単位/月

2) 加算項目

・ 1) の料金以外に、下記の料金が別途加算される事があります。

生活行為向上リハビリテーション実施加算 6月以内	562 単位/月	
若年性認知症利用者受入加算	240 単位/月	
退院時共同指導加算	600 単位/回	
栄養アセスメント加算	50 単位/月	
栄養改善加算	200 単位/月	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）※6月に1回を限度	20 単位/回	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）※6月に1回を限度	5 単位/回	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 単位/月	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位/月	
一体的サービス提供加算	480 単位/月	
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援 1	88 単位/月
	要支援 2	176 単位/月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援 1	72 単位/月
	要支援 2	144 単位/月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要支援 1	24 単位/月
	要支援 2	48 単位/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	6.6%/月	
地域区分加算	10.17 円	

3) 減算項目

・ 1) の料金以外に、下記の料金が別途減算される事があります。

利用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 ※ただし3月に1回リハビリテーション会議を実施した場合を除く	要支援 1	-120 単位/月
	要支援 2	-240 単位/月

注) 介護保険自己負担額（単位表記の部分）は、介護保険負担割合証に記載された割合により負担が変わります。

料金計算方法

- ・ (1) 利用者負担額は、下記計算式 (1割負担の場合) にて算出します。

$$\begin{aligned} \text{介護報酬 (A)} &= \text{報酬単位数} \times \text{地域区分加算} && (1 \text{円未満切り捨て}) \\ \text{給付額 (B)} &= \text{介護報酬 (A)} \times 0.9 && (1 \text{円未満切り捨て}) \\ \text{利用者負担額} &= \text{介護報酬 (A)} - \text{給付額 (B)} \end{aligned}$$

(2) その他の料金

① 食費	昼食	500円	(1食につき)
② 基本時間外施設利用料金	30分当たり	500円	
③ 日用品		150円	(1日につき)
① 教養娯楽費		150円	(1日につき)
② 連絡帳ファイル		280円	(1冊につき)
③ 名札		25円	(1個につき)
④ ファスナー袋 (歯みがき用)		120円	(1袋につき)
⑤ 紙パンツ代	(ML) 95円/枚 (S・LL) 105円/枚		(1枚につき)
⑥ 紙おむつ代	(M) 95円/枚 (L) 105円/枚		(1枚につき)
⑦ 尿取りパッド代	(通常) 40円/枚 (大) 65円/枚		(1枚につき)

(3) 支払い方法

請求方法	利用料は毎月月末締めとし、翌月の中旬頃に請求書を所定の住所地に郵送します。
お支払い方法	<p>※請求書が届きましたら、決められた期限までにお支払いください。 下記のいずれかの方法でお願い致します。</p> <p>①現金払い…請求書兼領収書をご持参の上、当事業所 (老人保健施設尽誠苑1F受付) において、現金にて直接お支払いいただく方法。 【受付時間】 平日 <u>13:30~18:30</u> 土・日・祝日 <u>13:00~17:00</u></p> <p>②銀行振込み…当事業所指定の口座 (豊川信用金庫) へ銀行振込みしていただく方法。 ※振込手数料は、ご利用者様のご負担となります。</p> <p>③口座振替…①当事業所指定の銀行 (豊川信用金庫) から引き落とししていただく方法。 ②信用金庫、銀行、農業協同組合から引き落とししていただく方法。 ※①または②を選択して下さい。口座引き落とし手数料は、ご利用者様のご負担となります。一部取り扱いできない金融機関もあります。</p>

令和____年____月____日

事業所は、利用者へのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所	所在地	豊橋市大脇町大脇ノ谷74番54
	事業所名	老人保健施設尽誠苑
	電話番号	(0532) 65-2770
	管理者名	仁瓶江理子
	説明者名	

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文章が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住所	_____
	氏名	_____
	電話番号	_____

身元引受人	住所	_____
	氏名	_____
	続柄	_____
	電話番号	_____