

介護老人保健施設 アルカディア

通所リハビリテーション 重要事項説明書

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人 爽神堂
- (2) 法人所在地 大阪府泉南郡熊取町七山 2 丁目 2-1
- (3) 電話番号 072-452-2430
- (4) 代表者氏名 理事長 本多 義治

2. 施設の概要

- (1) 施設名 介護老人保健施設 アルカディア
- (2) 開設年月日 平成 13 年 5 月 24 日
- (3) 所在地 大阪府泉南郡熊取町七山 2 丁目 2-1
- (4) 電話番号 072-452-2430
- ファックス番号 072-452-7939
- (5) 管理者名 東堂 龍平
- (6) 介護保険事業所番号 介護老人保健施設 (2751280021 号)

3. 通所リハビリテーション事業の目的

介護老人保健施設アルカディアが実施する通所リハビリテーション事業の適正な運営を確保するために、必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の管理者や従業者が要介護状態の利用者に対し、適切な通所リハビリテーションサービスを提供することにより、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止・予防に資することを目的とする。

4. 運営の方針

施設が実施する事業は、事業の目的を達成するため、次のことを方針として運営するものである。

- (1) 施設の管理者や従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、全般的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅医療が継続できるよう支援する。
- (2) 事業に当たっては、利用者の所在市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業者、保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
- (3) 「指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準」に定める内容を遵守し、サービスを実施するものとする。

5. 通所定員 20 名

当該事業と一体的に介護予防通所リハビリテーション事業を実施しており、両事業の利用者数の合計が、当該定員を超えない範囲で実施するものとする。

6. 営業日及び営業時間

- (1) 営業日 : 月曜日から土曜日までとする。但し、国民の休日、12月30日から1月3日までを除く。
- (2) 営業時間 : 午前9時30分から午後4時15分までとする。

7. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、熊取町、貝塚市、泉佐野市の区域とする。

8. サービス内容

- (1) 通所リハビリテーション計画の立案と実施
- (2) 昼食は12時00分ごろよりおとりいただきます。
- (3) ご自宅までの送迎サービスを行います。
- (4) 入浴サービス（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）

- (5) 医学的管理・看護
- (6) 介護
- (7) 機能訓練（リハビリテーション実施計画、レクリエーション計画に基づいて行います）
- (8) 相談援助サービス
- (9) 行政手続代行
- (10) その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

9. 施設の職員体制

	常勤換算	基準人員	業務内容
医師	1	0.6	医療業務
看護職員 介護職員	3.2	3	看護業務 介護業務
理学療法士 作業療法士	1.02	1	理学療法業務 作業療法業務
管理栄養士	1（入所と兼務）	1	栄養管理業務
事務職員	1（入所と兼務）		事務業務

10. 利用料金

- (1) 利用者及び家族又はその他関係者は、連帯して、当施設に対し、本重要事項説明書に基づく介護保健施設サービスの対価として、利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

- (2) 当施設は、利用者及び家族又はその他関係者が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月 10 日までに送付し、利用者及び家族又はその他関係者は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の末日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。
- (3) 当施設は、利用者又は家族又はその他関係者から、利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び家族又はその他関係者が指定する送付先に対して、領収書を送付します。
- (4) 介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は
- ① 介護保険負担割合証に明示されている利用者負担割合分
 - ② 保険給付対象外の費用（食費、居住費、ティッシュペーパー等日常生活費、特別療養室料（個室）、理容代、クラブ等で使用する材料費、リハビリシューズ代、健康管理費、診断書等の文書作成費）を利用料としてお支払いしていただく 2 種類があります。

また、利用者負担は全国統一料金ではありません。介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数、で異なりますし、利用料も各施設ごとの設定となっております。当施設の利用者負担につきましては以下をご参照ください。

《通所リハビリテーションの利用者負担》

- (5) 保険給付の自己負担額（※利用者負担 1 割分で算出）

- ① 通所リハビリテーション費/回

(利用時間 6～7 時間の場合)

要介護 1	739 円
要介護 2	878 円
要介護 3	1,013 円
要介護 4	1,175 円
要介護 5	1,333 円

- ② 入浴介助加算（Ⅰ）（入浴中の利用者の観察を含む介助を行った場合）
41 円/日
- ③ 短期集中個別リハビリテーション実施加算（早期かつ集中的な個別リハビリテーションを行う。退院（所）日又は認定日から起算して3月以内。リハビリテーションマネジメント加算を算定していること。）
114 円/日
- ④ 中重度者ケア体制加算（通所リハビリテーション利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分30以上であることに加えて、別に指定基準等の加配員数配置条件等を満たしている。）
21 円/日
- ⑤ リハビリテーションマネジメント加算（ロ）（医師が理学療法士等に対し、リハビリの目的に加えて開始前又は実施中の留意事項等の指示を行い、それを明確に記録し、リハビリ会議を開催して情報を共有し、会議の内容を記録。3月に1回以上リハビリ会議を開催し、通所リハビリ計画を見直す。理学療法士等がケアマネジャーへ情報を提供し、他居宅サービスの従業者と利用者宅を訪問し、従業者や家族へ助言を行う。またその内容を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用する）
開始月から6月以内 613 円/月
開始月から6月超 282 円/月
（通所リハビリ計画について医師が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た場合は上記に279円を加算）
- ⑥ 重度療養管理加算（要介護3～5までの要介護者で、別に厚生労働大臣が定める状態である方が、医学的管理のもと通所リハビリテーションを受けた場合）
103 円/日
- ⑦ リハビリテーション提供体制加算（リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供）
25 円/日

- ⑧ 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）（介護職員等の処遇改善に要する費用として、施設サービス費と各種加算、減算額を合計した金額の6.6%に相当する額を加算）
- ⑨ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算
（Ⅰ）退院（所）日又は通所開始日から3月以内。1週間に2日を限度に個別リハビリテーションを実施。 248円/日
- ⑩ 科学的介護推進体制加算（利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービス提供にあたって、それらの情報を活用した場合） 41円/月

(6) 保険給付対象外の自己負担額

① 食費 630 円

原則として食堂でおとり頂きます。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 日常生活費/1日 100 円

石鹸・ティッシュペーパー・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頂きます。

③ 教養娯楽費/1日 50 円

行事費、画用紙、クラブ材料費等の費用

④ オムツ代

利用者の身体の状態により、オムツの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払頂きます。

⑤ 文書作成

証明書 1,100 円 (税込)

診断書 (簡易) 3,300 円 (税込)

診断書 (複雑) 5,500 円 (税込)

⑥ リハビリシューズ代 実費 (サイズによって異なる)

☆保険給付対象外の利用料について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、利用者に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更いたします

☆支払い方法

毎月 10 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、「銀行自動引落とし」となりますので、あらかじめ手続きをお願いいたします。それ以外でのお支払い方法をご希望の場合やご不明な点がございましたら、事務室までお問い合わせください。

11. 当施設からの解除

- ・ 当施設は、利用者及び家族又はその他関係者に対し、次に掲げる場合には、本重要事項説明書に基づく通所リハビリテーションの利用を解除・終了することができます。
- (1) 利用者が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合
- (2) 利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
- (3) 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な通所リハビリテーションサービスの提供を超えると判断された場合
- (4) 利用者及び家族又はその他関係者が、本重要事項説明書に定める利用料金を 3 か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず 14 日間以内に支払われない場合
- (5) 利用者又は家族又はその他関係者が、当施設・当施設の職員又は他の利用者等に対して、運営規定に定める禁止行為を行った場合や利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- (6) 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合

12. 秘密の保持

- ・当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は家族又はその他関係者に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当施設は、利用者及び家族又はその他関係者から、予め同意を得た上で行うこととします。
 - (1) 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
 - (2) 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
 - (3) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

13. 高齢者虐待の防止

当施設は、利用者の人権擁護を図るとともに、高齢者虐待が発生しないよう次の措置を講じることとします

- (1) 倫理観とコンプライアンスを高めるための教育を実施します
- (2) 看護、介護職員の負担・ストレス・組織風土の改善を図ります
- (3) 利用者及び家族又はその他関係者からの苦情処理体制の整備を行います
- (4) 成年後見制度の利用支援を実施します

14. 身体の拘束等

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

15. 緊急時の対応

- (1) 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、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- (2) 前項のほか、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び家族又はその他関係者が指定する者に対し、緊急に連絡します。
- (3) 当施設は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族又はその他関係者、当該利用者のサービスに係る居宅介護支援事業者等の担当介護支援専門員に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

16. 要望又は苦情等の申出

利用者及び家族又はその他関係者は、当施設の提供する通所リハビリテーションサービスに対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備え付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます

17. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。（電話 072-452-2430）

要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、事務窓口、1階公衆電話に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

※その他苦情窓口

大阪府福祉部高齢介護室（電話 06-6944-7106）

熊取町健康福祉部介護保険課介護保険グループ（電話 072-452-6297）

国民健康保険団体連合会（電話 06-6949-5418）

18. 非常災害対策

(1) 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓

(2) 防災訓練 年2回

19. 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、ご請求ください。

令和 年 月 日

通所リハビリテーション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。

医療法人 爽神堂 介護老人保健施設 アルカディア

説明者氏名（職名）

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

<利用者>

住 所

氏 名

印

<家族又はその他関係者>

住 所

氏 名

印

説明担当者（ _____ ）

個人情報利用同意書

介護老人保健施設アルカディアでは、利用者の尊厳を守りお預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。
つきましては、サービス利用するにあたり個人情報の利用について同意します。

※ 介護サービス

- ◆ 当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ◆ 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
- ◆ 利用者の診療にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ◆ 検体検査業務の委託その他の業務委託
- ◆ 家族又はその他関係者への心身の状況説明

※ 介護保険事務

- ◆ 当施設での介護、公費負担に関する事務およびその委託事務
- ◆ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ◆ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ◆ 損害賠償保険などによる保険会社等への相談又は届出等

※ 管理運営業務

- ◆ 入退所・通所利用等の管理
- ◆ 会計・経理
- ◆ 事故等の報告
- ◆ 当該利用者の介護・医療サービスの向上
- ◆ 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ◆ 当施設において行われる学生等への実習の協力
- ◆ 当施設において行われる事例研究
- ◆ 外部審査機関への情報提供

令和 年 月 日

（利用者）※若しくは代理者

氏名	Ⓜ	続柄	
住所			