

通所リハビリテーション重要事項説明書
(令和6年 6月 1日現在)

負担割合	3割
------	----

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 今金町介護老人保健施設
- ・開設年月日 平成9年2月27日
- ・所在地 北海道瀬棚郡今金町字今金17番地の2
- ・電話番号 0137-82-2780・ファックス番号 0137-82-3867
- ・管理者名 所長 楯 秀 貞
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(0151780012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に、(介護予防短期入所療養介護)や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)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。

[今金町介護老人保健施設の運営方針]

1. 要介護老人の自立を支援し、その家庭への復帰を目指すものとし、管理運営にあたっては、介護老人保健施設に係る関係法令の精神及び基準に基づき、入所者の健康増進と福祉の向上に資するよう努めるものとする。
2. 入所者の自主性を重んじ、家族や地域との結びつきを深めて、明るく楽しい生活ができるような環境づくりを重視した運営を行うものとする。

(3) 施設の職員体制

	常 勤	非常勤	夜 間	業務内容
・管理者(医師)	1			施設管理
・医 師	1			
・看護職員	7			療養看護全般
・介護職員	4			療養介護全般
・支援相談員	1			支援相談に関すること
・理学・作業療法士	2			機能訓練等に関すること
・管理栄養士	1			給食・栄養管理に関すること
・歯科衛生士	1			口腔衛生管理に関すること

(4) 入所定員等 ・定員80名(うち短期入所療養介護を含む)

・療養室 個室 4室、2人室 6室、3人室 0室、4人室 16室

(5) 通所定員 10名

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 短期入所療養介護計画の立案
- ③ 通所リハビリテーション計画の立案
- ④ 食事(食事は原則として食堂でおとりいただきます。)
朝食 7時50分～8時50分
昼食 11時50分～12時50分
夕食 17時50分～19時00分
- ⑤ 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。入所利用者は、週に最低2回ご利用いただきます。ただし、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。)
- ⑥ 医学的管理・看護
- ⑦ 介護(退所時の支援も行います)
- ⑧ 機能訓練(リハビリテーション、レクリエーション)
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理

- ⑪ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑫ 口腔衛生管理サービス
- ⑬ 理美容サービス（原則月1回実施します。）
- ⑭ 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用）
- ⑮ 行政手続代行
- ⑯ 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。

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 北海道瀬棚郡今金町字今金17番地の2
- ・ 住 所 今金町国保病院
- ・ 協力歯科医療機関
- ・ 名 称 北海道瀬棚郡今金町字今金119番地の5
- ・ 住 所 ポテト歯科

◇緊急時の連絡先

なお、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。
- ・ 面会・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 原則9時～21時まで、必ず面会簿に記入願います。
- ・ 外出・外泊・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 必ず許可を受けること。
- ・ 飲酒・喫煙・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 飲酒は医師の指示のもとで可能、喫煙は禁止。
- ・ 火気の取扱い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 禁 止。
- ・ 設備・備品の利用・・・・・・・・・・・・・・・・ 公共性を認識し大事に扱って下さい。
- ・ 所持品・備品等の持ち込み・・・・・・・・・・ 特に許可したもの以外禁止。
- ・ 金銭・貴重品の管理・・・・・・・・・・・・・・ 自己責任とする。
- ・ 外泊時等の施設外での受診・・・・・・・・・・ 特別な許可がない限り認めない。
(但し、緊急の場合は除く)
- ・ 宗教活動・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 禁 止。
- ・ ペットの持ち込み・・・・・・・・・・・・・・・・ 禁 止。

5. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、誘導灯、排煙筒
- ・ 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. 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0137-82-2780 内線441） 松村真吾

要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、1階エレベーター横に備えつけられた「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。

8. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

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（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス（介護予防サービス）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つては、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）計画が作成されますが、その際、利用者・身元引受人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）通所リハビリテーションの基本料金

① 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および利用時間によって利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担分です）

[5時間以上6時間未満]

・要介護1	1,866円
・要介護2	2,214円
・要介護3	2,556円
・要介護4	2,961円
・要介護5	3,360円
② 入浴介助加算（Ⅰ）	120円
入浴介助加算（Ⅱ）	180円
※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。	
③ リハビリテーションマネジメント加算（A）Ⅰ（開始月から6月以内）	1,680円
リハビリテーションマネジメント加算（A）Ⅱ（開始月から6月超）	720円
④ 科学的介護推進体制	120円
⑤ 栄養改善加算	600円
⑥ 栄養アセスメント加算	150円
⑦ 口腔機能向上加算（Ⅰ）	450円
⑧ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	66円
⑨ 事業所が送迎を行わない場合の減算（片道）	-141円

（2）介護予防通所リハビリテーションの基本料金

① 施設利用料（要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は1月当たりの自己負担分です）

・要支援1	6,804円
・要支援2	12,684円
② 科学的介護推進体制	120円
③ 栄養改善加算	600円
④ 栄養アセスメント加算	150円
⑤ 口腔機能向上加算（Ⅰ）	450円
⑥ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）：要支援1	264円
：要支援2	528円

(3) その他の料金

①食費 昼食 535円

※原則として食堂でおとりいただきます。なお、(介護予防)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。

※昼食のキャンセル：前日の午後5時までにキャンセルの連絡をいただけなかった場合は、昼食代を利用者に負担していただきます。

② 理美容代 実費 (1,500円～2,300円程度。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、日常生活品費、教養娯楽費等) は、別途資料 (利用者負担説明書) をご覧ください。

◇特記事項

上記(1)～(3)における料金については、現在の国の基準に従って制定されていますが、国の法律改正に伴い料金の改定が行われる場合がございますので、ご了承くださいませようお願い申し上げます。その場合は当施設より通知によってお知らせさせていただきますので、料金表のご確認をお願い致します。

(4) 支払い方法

- ・ 毎月10日前後までに、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、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの2つの方法があります。入所契約時にお選びください。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者乙 住所
事業者(法人)名 今金町
事業所名 今金町介護老人保健施設
(事業者番号) 015.17.8001.2
代表者名 所長 楯 秀 貞 印

説明者 職 名 支援相談員
氏 名 松 村 真 吾 印

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者甲 住 所
氏 名 印

身元引受人 住 所
氏 名 印