

介護老人保健施設 高砂白寿苑

介護予防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)

1. 施設の概要

(1)施設の名称等

| | |
|----------|-----------------------------|
| 施設名 | 社会医療法人社団 順心会 介護老人保健施設 高砂白寿苑 |
| 開設年月日 | 平成16年 8月 1日 |
| 所在地 | 〒671-0123 兵庫県高砂市北浜町西浜773-1 |
| 電話番号 | 079-247-9811 |
| FAX | 079-247-9815 |
| 施設長名 | 堀尾 英範 |
| 介護保険指定番号 | 2852180039 |

(2)定員・サービス実施エリア

| | |
|-----------|--------------------------------|
| 定員 | 午前・午後各40名(予防給付を含む) |
| サービス実施エリア | 高砂市 加古川市・姫路市の一部(送迎の関係があるので要相談) |

(3)営業日

| 営業日 | 営業時間 |
|--------|---------------------|
| 月～土曜日 | 9:00～17:00 |
| 営業しない日 | 日曜日 年未年始(12/30～1/3) |

* 休まれる場合など、連絡はできるだけ営業時間内にお問い合わせいたします。

* デイケア直通の電話です。《 090-2047-9951 》にお問い合わせいたします。

2. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 利用者が、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、通所リハビリテーションサービスを提供し、利用者の心身機能の維持回復を支援することを目的とします。 |
| 運営の方針 | 介護が必要な方に対し、家庭的な雰囲気のもと、各専門職が協同して利用者一人一人の状態に合わせたケアサービスを提供し、利用者の自立と在宅生活が継続できるよう支援します。 |

3. 施設の職員体制等

| 職種 | 業務 |
|--------------|--|
| 管理者 | 施設職員の管理・指導を行う。 |
| 看護職員 介護職員 | 看護職員は利用者の健康管理を行う。 介護職員は利用者の通所リハビリ計画に基づく介護を行う。 |
| 理学療法士等 | リハビリテーションプログラムの作成、機能訓練の実施・指導を行う。 |
| 管理栄養士 | 栄養管理・指導、栄養マネジメント等の栄養状態の管理を行う。 |
| 支援相談員 | 利用者および家族からの相談への対応を行う。 |
| 事務員 | 各種事務処理を行う。 |

4. 施設サービスの内容

(1)介護保険給付対象サービス

| 種 類 | 内 容 |
|------------------------------|--|
| 介護予防通所 リハビリテーション 計画の作成 | ①利用者の日常生活の状況および意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)に沿ってサービスを提供します。 ②介護予防通所リハビリテーション計画を作成した場合には、その写しを交付します。 |
| 健康管理 (医療・看護) | ①検温、血圧測定を行い、利用者の健康状態を把握します。 ②緊急時・心身状態の急変時等、施設医が必要と判断した場合には、主治医あるいは協力医療機関等に速やかに引き継ぎます。 |
| 栄養管理 | 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と身体状態に配慮した食事を提供します。 |
| 機能訓練 | 専門スタッフ(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下防止に努めます。 |
| 食 事 | 食事時間： 昼食 12 時～ おやつ 14 時～15 時 |
| 入 浴 | 入浴方法を検討し、安全に入浴サービスを提供します。必要に応じて介助も行います。 |
| 口腔ケア | 利用者の摂食嚥下状態を把握し、誤嚥防止に配慮した口腔ケアや訓練を行います。 |
| 排 泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 着替え・整容 | 身の回りのお手伝いをします。 |
| レクリエーション | 毎日行っています。 |
| 相談および 援助 | ①利用者とそのご家族からのご相談に応じます。 ②市町村、事業者等との連絡調整。 |
| 送 迎 | ご自宅から施設までの送迎を行います。 |

(2)介護保険給付対象外サービス

| 種 類 | 内 容 |
|-----|--|
| 日用品 | ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉、バスタオル、タオル等の施設内で利用していただく消耗品 |
| 理美容 | 美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。 (基本的には第1週目の月・火) |
| その他 | 電話代金、教養娯楽費等ご要望によるサービスは別途実費費用の負担が必要です。 |

5. 利用料金

平成 30 年度の介護報酬改定で地域区分の見直しがあり、1単位10円が1単位10.17円になります。利用者負担の割合は全体の1割で、9割は介護保険により支払われます。

(1)基本サービス費

| 介護区分 | 基本サービス費(単位) | 備 考 |
|------|-------------|------------------------------------|
| 要支援1 | 2,268 | 利用日数に関わらず、介護区分で決められた基本サービス費はかかります。 |
| 要支援2 | 4,228 | |

(2)加算

科学的介護情報システム L I F E(ライフ)について

科学的介護情報システム(LIFF)とは

エビデンス(根拠)に基づくデータ収集や分析を行い、それらをLIFEへ提出し、蓄積されたデータからフィードバックを受け利用者ごとの計画に基づくケアの改善・評価を行う事。

| 加算項目 | 加算費用 | 内 容 |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| 生活行為向上 リハビリテーション 実施加算 | 562単位/月 (6ヶ月以内) | ①専門的知識や経験を有する作業療法士、生活行為の充実を図る為の研修を修了した理学療法士・言語聴覚士が配置されている。 ②生活行為内容の充実を図る為の実施計画書を作成しリハビリテーションを提供していること ③当該計画で定めた実施期間の提供終了前1ヶ月以内にリハビリテーション会議を開催し、目標達成報告をすること ④医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価を概ね1月に1回以上実施すること。 |
| 退院時共同指導 加算 | 600 単位/回 | 事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、リハビリテーションを受けていた当該医療機関が作成した、リハビリテーション実施計画書等の情報の内容を把握した上で、在宅に必要な指導を共同で行い、サービス提供時のリハビリテーション計画に反映させる事ができた場合。 |
| 栄養改善加算 | 200単位/月 | ①②③の条件を満たしている場合。 ①管理栄養士を配置し、低栄養状態にある利用者又はその恐れのある利用者に対し、低栄養状態の改善等を目的として、個別に栄養食事相談等の栄養管理、サービスを行った場合。 ②利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士をはじめ他職種が共同して栄養ケア計画を作成し、利用者の栄養状態に応じて多職種共同による栄養管理と記録をし、定期的な見直しを行った場合。 ③栄養改善サービスの提供にあたっては、必要に応じて居宅へ訪問すること |
| 口腔機能向上加算(1) | 150単位/月 (1ヶ月に2回を 限度とする) | ①②の条件を満たしている場合。 ①言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を配置し、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導や実施、サービスを行った場合。 |

| | | |
|-------------------|--------------------------------|---|
| | | ② 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、医師、言語聴覚士をはじめ他職種が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、利用者の口腔機能を記録し、定期的な見直しを行った場合。 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)イ | 155単位/月 | 加算(Ⅰ)の要件に加え ① 口腔機能改善管理指導計画等の情報をLIFEに提出し口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他の口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること ② <u>リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を加算していない事</u> |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ | 160単位/月 | 加算(Ⅰ)の要件に加え ① 口腔機能改善管理指導計画等の情報をLIFEに提出し口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他の口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること ② <u>リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定している事</u> |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 20単位/月 (6ヶ月に1回を限度とする) | 利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び <u>栄養状態</u> について確認を行い、情報を利用者を担当している支援専門員に提供していること |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 5単位/月 (6ヶ月に1回を限度とする) | 利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態と <u>栄養状態のいずれかの</u> 確認を行い、情報を利用者を担当している支援専門員に提供していること |
| 一体的サービス提供加算 | 480 単位/月 | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、栄養改善加算及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合。 |
| 長期間利用の適正化 | 要支援1 120 単位/月 要支援2 240 単位/月 | 開始した日が属する月から12ヶ月を超えた場合、1月につき所定単位数から減算する。 <u>ただし、以下の条件を満たしている場合は減算とはしない</u> ① 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な知見から、利用者の状況に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すると共に、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直している場合 ② 利用者ごとのリハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたって、当該情報その他リハビリテーションの適応かつ有効な実施のために必要な情報を活用している事 |

| | | |
|-----------------|--|---|
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 176単位/月 | ①介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上 ②勤続10年以上の介護福祉士が <u>直接介護を提供する職員</u> の総数に占める割合が25%以上 (いずれかが該当する場合算定可) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 144単位/月 | <u>介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上</u> |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | | ① <u>介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が40%以上</u> ②利用者に <u>直接介護を提供する職員</u> の総数に占める7年以上の割合が30%以上 (いずれかが該当する場合算定可) |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位/月 | 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LIFEに提出していること |
| 介護職員処遇改善加算 | (Ⅰ) 8.6% (Ⅱ) 8.3% (Ⅲ) 6.6% (Ⅳ) 5.3% | 介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てる事を目的とした加算。 (Ⅰ) 加算(Ⅱ)に加え、以下の要件を満たす事 ・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置している事。 (Ⅱ)加算(Ⅲ)に加え、以下の要件を満たす事 ・改善後の賃金年金440万円以上が1人以上 ・職場環境の更なる改善、見える化【見直し】 (Ⅲ)加算(Ⅳ)に加え、以下の要件を満たす事 ・資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備 (Ⅳ)下記要件を満たしている事 ・加算(Ⅳ)の加算率2分の1以上の月額賃金で配分 ・職場環境の改善(職場環境等要件)【見直し】 ・賃金体系等の整備及び研修の実施等 |
| 業務継続計画未策定減算 | 所定単位数の100分の1に相当する単位数 | 以下の基準に適合していない場合を対象とする ①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画(業務継続計画)を策定する事 ②当該業務継続計画に従い、必要な措置を講ずる事 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 所定単位数の100分の1に相当する単位数 | 虐待の発生またはその再発を防止するための以下の祖†いが講じられていない場合を対象とする ①虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置などの活用可能)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底をする事 ②虐待防止のための指針を整備する事 ③従事者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施する事 ④上記措置を適切に実施するための担当者を置く事 |

(3)その他の料金

| 種 類 | 内 容 |
|--------|-------------------------------------|
| 食費 | 600円（午前利用の方は対象となります） |
| 日用品費 | 100円/日 施設内で利用していただく消耗品で午前・午後利用ともに対象 |
| 教養娯楽費等 | 実 費 |
| 理美容代 | 実 費（カット顔そり付き2,000円） |

6. 支払い方法

月末に1か月の利用料金を計算し、翌月初めに利用料金の案内書をお渡しします。ご利用料金をご確認の上、料金案内書をお渡した次の利用日にご持参ください。料金精算時には請求書兼領収書を発行いたします。その他のお支払方法については、ご相談ください。

7. 施設利用にあたっての留意事項

| | |
|--------------|--|
| 利用開始前の確認事項 | ご利用にあたり介護保険証等を確認させていただきます。 |
| 利用中の確認事項 | ①介護保険証、医療保険証、介護保険負担限度額認定証等は施設ではコピーを預かります。 ②各保険証の更新時には、必ず新しいものを施設にご提示ください。 |
| 事務所の受付時間 | ①受付時間は、月～土曜日 9時00分～17時30分 です。 ②休業日は、日曜日及び祝祭日、年末年始(12月31日～1月3日) です。 |
| 緊急連絡 | 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。 |
| 所持品・備品等の持ち込み | ①本人及び他利用者の療養に差し支える物については持ち込みを遠慮していただく場合があります。 ②なお、私物にはすべてお名前をお書き下さい。 |
| 食品等の持ち込み | 持ち込みは固くお断りいたします。 |
| 金銭・貴重品の管理 | 御自宅で保管して下さい。紛失の場合には責任を負えません。 |
| 飲酒・喫煙 | 苑内での飲酒・喫煙は禁止です。 |
| 迷惑行為等 | 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 |
| 宗教・政治活動・営利行為 | 高砂白寿苑では、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」は禁止です。 |
| 記録の開示 | 利用者および契約者等(利用者の代理人を含む)が記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。謄写については実費をいただきます。 |

8. 緊急時の対応方法

当施設における介護保険施設サービスでの対応が困難な状態、または専門的な医学的対応が必要と判断した場合、利用者の心身状況が急変した場合、指定の緊急時の連絡先に速やかに連絡します。また、救急車を要請することがあります。

9. 協力医療機関

当施設では利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応できるように以下の医療機関に協力をお願いしています。

| 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|------|-----------------|--------------|
| 順心病院 | 加古川市別府町別府 865-1 | 079-437-3555 |

10. 要望または苦情について

サービスについて、要望、ご不明な点や疑問、苦情などございましたら当施設の相談員までお気軽にご相談ください。その他、1F 廊下に備え付けている「ご意見箱」での受付もいたしておりますのでご利用下さい。顧客満足委員会で検討し、回答および改善いたします。

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------|-------------------------------|------|--------------|
| 当施設の 苦情・相談窓口 (8:30~17:30) | 苦情等対応責任者 | 堀尾 英範(施設長) | | |
| | 相談窓口担当者 | 工藤 聡子(通所リハビリ課主任) 森 敬祐(事務長) | | |
| | 電話番号 | 079-247-9811 | | |
| | *1階に専用用紙と「ご意見箱」を設置 | | | |
| 他の苦情・相談窓口 | 高砂市介護保険課 | 苦情相談窓口 | 電話番号 | 079-443-9063 |
| | 姫路市介護保険課 | 苦情相談窓口 | 電話番号 | 079-221-2445 |
| | 加古川市介護保険課 | 苦情相談窓口 | 電話番号 | 079-427-9123 |
| | 兵庫県国保連合会 | 苦情相談窓口 | 電話番号 | 078-332-5617 |

11. 非常災害時の対策

| | |
|------|---|
| 防災設備 | 避難階段・避難口・療養室等の内装等の防火材使用 |
| 消防設備 | 屋内消火栓・自動火災警報設備・スプリンクラー・非常警報装置漏電火災報知機 非常警報設備・避難器具非常電源設備・防火水・誘導灯及び誘導標識・耐火カーテン使用 |
| 防災訓練 | 避難訓練2回/年 通報訓練2回/年 消火訓練1回/年実施 |

12. 送迎について

利用者の送迎について、利用者の自宅と事業所間の送迎を原則とするが、運営上支障がなく、利用者の居住(例えば、近隣の親戚の家)がある場所に限り、と外場所への送迎を可能となります。(送迎範囲は事業所の送迎サービス提供エリア内)

他、利用者の心身の状況(急な体調不良)に限らず、降雪等の急な気象状況の悪化等より、利用者宅と事業所間の送迎に、平時よりも時間を要した場合を含む「やむを得ず利用時間が短くなった場合」には、計画上の所要時間で算定させて頂く事があります。

13. 事故発生時の対策

利用者に対するサービス提供にあたって事故が発生した場合には、別に定める当施設のマニュアルに沿って対応いたします。また、1ヶ月に1回、委員会を開催し事故発生予防に努めています。

14. 身体拘束及び虐待防止施策について

虐待防止のための指針及び対策を整備しています。また、1か月に1回、委員会を開催し発生予防に努めています。他、安全な行動を見守りするためにセンサー等を使用する際は、実施前に家族様に了承を頂き、使用状況の検討を随時行い必要以上に使用しないように努めております。

介護老人保健施設は、リハビリ施設であり、地震や火災発生などの緊急避難事態が生じない限り、原則として身体拘束はしません。転倒事故等の防止には全職員努力しておりますが、防ぎきれない転倒事故等があります。ご理解、ご協力の程よろしくお願いたします。

15. 感染予防対策

感染症が発生または蔓延しないように、感染症および食中毒の防止マニュアルに沿って対応いたします。また、1ヶ月に1回、委員会を開催し、感染予防に努めています。

16. 個人情報の利用目的

介護老人保健施設「高砂白寿苑」では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、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。

| | |
|---------------------|---|
| 介護老人保健施設内部での利用目的 | 1. 当施設が利用者等に提供する介護サービス 2. 介護保険事務 3. 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち ①入退所等の管理 ②会計・経理 ③事故等の報告 ④当該利用者の介護・医療サービスの向上 |
| 他の事業者等への情報提供を伴う利用目的 | 1. 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち ①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 ②利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合 ③検体検査業務の委託その他の業務委託 ④家族等への心身の状況説明 2. 介護保険事務のうち ①保険事務の委託 ②審査支払機関へのレセプトの提出 ③審査支払機関又は保険者からの照会への回答 3. 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等 |
| 当施設の内での利用に係る利用目的 | 当施設の管理運営業務のうち ・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の実習への協力 ・当施設において行われる事例研究 |
| 他の事業者等への情報提供に係る利用目的 | 当施設の管理運営業務のうち ・外部監査機関への情報提供 |

以上の重要事項説明を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印のうえ各1通を保有するものとします。

介護老人保健施設 高砂白寿苑 介護予防通所リハビリテーション

介護老人保健施設高砂白寿苑を利用するにあたり、本書面に基づいて、担当者から重要事項の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

(重要事項説明者; _____)

令和 年 月 日

事業者住所 高砂市北浜町西浜 773-1

事業所名 社会医療法人社団順心会

介護老人保健施設高砂白寿苑

代表者 堀尾英範 印

契約者 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

連絡先 _____

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

※ 契約者と同一人である場合には、利用者欄記載の必要はございません

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

連帯保証人 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

連絡先 _____

「連帯保証人は、事業所に対し、利用者が本契約上負担する一切の債務を連帯して保証する。」

【本重要事項に定める緊急連絡先①②】

①住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

連絡先 携帯: _____ 自宅: _____

②住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

連絡先 携帯: _____ 自宅: _____