

介護老人保健施設（介護予防・通所リハビリ）重要事項説明書

1.事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設 アザレア
所在地	高知県高岡郡四万十町見付902-1
管理者名	杉本 和彦
電話番号	0880-22-1112
FAX番号	0880-22-2226
名称・法人種別	医療法人 川村会
業務の概要	介護保健施設
事業所数	1
事業者指定番号	第3952580037号

2.職員の配置状況および職務内容

職 種	常 勤	非 常 勤	計
管理者	0.1名（兼務）		0.1名（兼務）
医師（施設長）	0.5名（兼務）		0.5名（兼務）
事務長	1名		1名
支援相談員	1名以上（常勤）		1名以上（常勤）
介護支援専門員	1名以上（常勤）		1名以上（常勤）
作業療法士又は 理学療法士・言語聴覚士	2名以上（常勤）		2名以上（常勤）
調理員		委 託	
事務職員	3名		3名
運転手	1名		1名
介護職	4名以上（常勤）		4名以上（常勤）

医師は介護予防・指定通所リハビリテーションの計画の策定に従業者と共同して作成するとともに介護予防・指定通所リハビリテーションの実施に関する従業者への指示を行う。

作業療法士または理学療法士、言語聴覚士は医師の指示のもとリハビリを実施し、リハビリ計画の評価を行い必要に応じて見直しを行う。

看護職はバイタルチェックや必要な医療行為を行う。体調の変化など観察する。

介護職は食事や入浴・排泄の介助を行う。また、送迎やレクリエーションも行う。

支援相談員は利用者の状態や生活環境などを把握し、利用者本人や家族、ケアマネージャーとの連絡調整を行う。

3. サービスの内容および利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

< サービス内容 >	
計画の立案	・介護予防通所リハ・通所リハビリテーションの立案
食 事	(食事時間) 昼食 12:00 ~ 13:00
看 護	ケアサービス この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご本人、扶養者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。 ※介護：サービス計画に基づいて実施します。 ※機能訓練：原則として機能訓練室で行いますが、施設内すべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行い、排泄の自立についても適切な援助を行います。
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。 ・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。
基本時間外施設 利用サ - 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終了に間に合わない場合に適用
そ の 他	・これらのサービスの中には、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。

<サービス利用料金>

- 介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1日あたり下記の自己負担額をお支払いいただきます。

所要時間 1 時間以上 2 時間未満の場合

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費	3690 円	3980 円	4290 円	4580 円	4910 円
自己負担金 (1 割)	369 円	398 円	429 円	458 円	491 円
食費	650 円				

所要時間 2 時間以上 3 時間未満の場合

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費	3830 円	4390 円	4980 円	5550 円	6120 円
自己負担金 (1 割)	383 円	439 円	498 円	555 円	612 円
食 費	650 円				

所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費	4860 円	5650 円	6430 円	7430 円	8420 円
自己負担金 (1 割)	486 円	565 円	643 円	743 円	842 円
食費	650 円				

所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費	5530 円	6420 円	7300 円	8440 円	9570 円
自己負担金 (1 割)	553 円	642 円	730 円	844 円	957 円
食費	650 円				

所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費	6220 円	7380 円	8520 円	9870 円	11200 円
自己負担金 (1 割)	622 円	738 円	852 円	987 円	1120 円
食費	650 円				

所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費	7150 円	8500 円	9810 円	11370 円	12900 円
自己負担金 (1 割)	715 円	850 円	981 円	1137 円	1290 円
食費	650 円				

所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費	7620 円	9030 円	10460 円	12150 円	13790 円
自己負担金 (1 割)	762 円	903 円	1046 円	1215 円	1379 円
食費	650 円				

●介護予防給付対象サービスを利用する場合は、1 ヶ月あたり下記の自己負担額 (1 割) をいただきます。

	介護予防通所リハ	科学的介護推進体制加算	サービス提供体制加算 (I)	栄養アセスメント加算	口腔・栄養スクリーニング 加算 (II) 6 月に 1 回
要支援 1	2268 円	40 円	88 円	50 円	5 円
要支援 2	4228 円	40 円	176 円	50 円	5 円

※デイケア実施時間 AM 9:00~PM 4:10 月曜日から土曜日

※利用定員 30 名 ※入浴介助加算 (I) 40 円/回 (II) 60 円/回

※延長デイケア 8 時間以上 9 時間未満 50 円 9 時間以上 10 時間未満 100 円

※サービス提供体制強化加算 (I) 22 円/回

※リハビリテーションマネジメント加算 □ 開始日から 6 月以内 593 円/月

開始日から6月超 273/月

※リハビリテーションマネジメント加算 Ⅷ 開始日から6月以内 793円/月

開始日から6月超 473/月

※短期集中個別リハビリテーション実施加算

退院（所）日又は認定日から起算して3月以内 110円/日

※介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）1ヶ月にかかった介護保険一部負担金の合計額の8.6パーセントを加算させていただきます。

※科学的介護推進体制加算 40円/月

※栄養改善加算（月2回） 200円

※栄養アセスメント加算 50円/月

※口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）20円（Ⅱ）5円 6月に1回を限度

※口腔機能向上加算（Ⅰ）150円（Ⅱ）イ155円（Ⅱ）ロ160円 月2回を限度

※中重度者ケア体制加算 20円/日

※生活行為向上リハビリテーション実施加算（開始月から6月以内） 1250円/月

※送迎を行わない場合 所定単位数片道につき47単位を減算します。

※退所時共同指導加算 600円/回

（2）介護保険給付対象外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。（課税対象分が外税）

種類	内容	利用料金
理・美容代	月に4回、美容師の出張による美容サービスをご利用いただけます。（広報「ふれあい新聞」にて散髪日をお知らせします。）	1回 2000円
おむつ代	リハビリパンツ・テープ止め紙オムツ	1枚 150円
	フラット	1枚 40円
	尿取パッド	1枚 15円
日用品費	ご希望に応じて、提供するティッシュ、ボディシャンプー、ヘアシャンプー、石鹸、タオル、おしぼり、バスタオル、ペーパータオルの日用品費に要する費用。	1日 150円
コーヒー代	1日当たり	1日 50円
健康管理費	インフルエンザ等予防接種	実費
診断書・証明書		実費

利用月毎に請求書を発行しますので、お手元に届いたら1週間以内に支払ください。

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、現金・銀行振込・銀行振替の3方法があります。利用申込時にお選びください。

4.介護老人保健施設の目的と運営方針

目的 介護老人保健施設 アザレアは通所リハビリテーションを提供するにあたり、「心身機能」「活動」「参加」などの生活機能の維持・向上を図るための取り組みを行います。また、可能な限りその有する能力に応じ日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促していきます。

- 方針 ①介護支援専門員や指定居宅サービス事業所の担当者、その他関係者等とリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの観点から利用者の日常生活に着目した支援方針や目標、計画を共有できるよう会議録を記録します。また、利用者の状態の変化に応じてリハビリテーション会議を開催し計画を見直していきます。
- ② リハビリ専門職員が介護支援専門員に対しリハビリテーションの見地から利用者の有する能力・自立のために必要な支援方法や日常生活上の留意点等に関する情報提供を行っていきます。
- ③ 通所リハビリテーションの利用により日常生活動作が向上し、社会参加が維持できるサービス等へ移行する体制作りを行っていきます。
- ④ 中重度要介護者に対して適切なケアを実施し居宅での生活を 1 日でも長く継続できるケアを提供していきます。

5.医療機関

名 称	医療法人川村会 くぼかわ病院
住 所	高知県高岡郡四万十町見付 902-1

6.協力歯科医療機関

名 称	小畠歯科医院
住 所	高知県高岡郡四万十町琴平町 14-35

7.要望及び苦情の相談

当施設には相談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。

当施設利用者様相談窓口	電 話 番 号	0 8 8 0 - 2 2 - 1 1 1 2
	F A X 番 号	0 8 8 0 - 2 2 - 2 2 2 6
	支 援 相 談 員	竹 村 典 泰
四万十町役場相談窓口	電 話 番 号	0 8 8 0 - 2 2 - 3 1 1 5
国保連合会相談窓口	電 話 番 号	0 8 8 - 8 2 0 - 8 4 1 0

8.施設利用にあたっての留意事項

面会時間	面会時間 10：00～16：00 感冒等が流行した場合には、制限させていただく場合がありますのでご了承ください。
飲酒・喫煙	全く禁止するものではありませんが、医師又は職員にお尋ねください。
設備・備品の利用	ご自由にお使いください。また、ご希望があればお申し出ください。
所持品・備品等の持ち込み	使い慣れたもの、馴染みのあるものをお持ちください。
金銭・貴重品の管理	多額の金銭や貴重品は事務所で管理させていただきます。
営業時間	A M 8：30～P M 5：00
通常の事業の実施範囲	四万十町(旧窪川町 旧大正町のみ)、黒潮町、中土佐町
宗教活動	他の利用者の迷惑にならない範囲で、ご自分だけで行う場合のみ可能です。

ペットの持ち込み	不可とさせていただきます。
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為に、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。

9.事故発生時の対応

- ・ 当施設は、利用者に対するサービスの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・ケアマネージャー等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- ・ 当施設は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- ・ 事故に対し取った対応については、記録する。

10.非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行う。

- (1) 防火管理者は事業所管理者を当て、火元責任者には事業所看護師を当てる。
- (2) 始業時・終業時には火災危険防止のため、自主的に点検を行う。
- (3) 非常災害用の設備点検は契約保守業者に依頼する。点検の際は防火管理者が立ち会う。
- (4) 非常災害設備は常に有効に保持するよう努める。
- (5) 火災の発生や地震等の障害が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行にあたる。
- (6) 防火管理者は従業員に対して防火教育、消防訓練を実施する。
 - ①防火教育および基本訓練（消火・通報・避難） 年1回以上
 - ②利用者を含めた総合訓練 年1回以上
 - ③非常災害用設備の使用方法的徹底 随時
- (7) その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとる。