

重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション)

医療法人三秋会

介護老人保健施設さわなり苑

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 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 三秋会
代表者名	長澤 茂
所在地・連絡先	(住所) 岩手県一関市中央町二丁目4番2号 (電話) 0191-21-0613 (FAX) 0191-21-0677

2 事業所（ご利用施設）

施設の名称	介護老人保健施設さわなり苑
所在地・連絡先	(住所) 岩手県西磐井郡平泉町長島字砂子沢6番1 (電話) 0191-46-3010 (FAX) 0191-46-5003
事業所番号	0352680003
施設長の氏名	田澤 睦夫
利用定員	20名

3 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

介護予防通所リハビリテーションは、要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」といいます。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図ることにより、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

(2) 運営方針

- ア 当施設では、介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法及び作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努めます。
- イ 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れ等緊急やむを得ない場合を除き、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- ウ 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- エ 当施設では、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- オ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又は身元引受人、利用者の家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- カ 当施設では、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、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します。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短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、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、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援します。
- キ 当施設では、地域に根ざした医療・保健・福祉の推進と心のこもったサービスと安心の提供をモットーに、広く地域住民と交流する中で、地域に開かれた施設、明るく家庭的な雰囲気が感じられる施設、そして常に利用者の立場に立ってお世話させていただく施設として、何時でも安心して皆さんからご利用いただけるよう心掛けた施設運営を行います。

4 施設の職員体制

(1) 介護保健施設サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護

従業者の職種	人数	職務の内容
施設長	1名	介護老人保健施設に携わる従業者の総括管理、指導を行います。
医師	1名以上	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。
薬剤師	1名以上	医師の指示に基づき調剤を行い、施設で保管する薬剤を管理するほか、利用者に対し服薬指導を行います。
看護職員	8名以上	医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行なうほか、利用者の施設サービス計画、短期入所療養介護計画、介護予防短期入所療養介護計画に基づく看護を行います。
介護職員	20名以上	利用者の施設サービス計画、短期入所療養介護計画、介護予防短期入所療養介護計画に基づく介護を行います。
支援相談員	1名以上	利用者及びその家族からの相談に適切に応じると共に、レクリエーション等の計画や指導を行い、市町村との連携を図るほか、ボランティアの指導を行います。
理学・作業療法士 ・言語聴覚士	2名以上	医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画を作成すると共にリハビリテーションの実施に際し、指導を行います。
管理栄養士	1名以上	献立の作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等利用者の食事管理を行います。(栄養管理)
歯科衛生士	1名以上	利用者の施設サービス計画、短期入所療養介護計画、介護予防短期入所療養介護計画に基づく口腔ケアを行います。
介護支援専門員	1名以上	利用者の施設サービス計画の原案をたてると共に、要介護認定及び要介護認定更新の申請手続きを行います。
事務職員	2名以上	施設運営の中で一般的な事務手続きを行います。
技能職員	2名以上	施設等での送迎及び雑務を行います。

※ 夜間については、看護職1名、介護職3名の体制となっています。

※ 医師、理学・作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、支援相談員、介護支援専門員については、兼務を含みます。

(2) 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション

従業者の職種	人数	職務の内容
医師	1名以上	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。
看護職員	1名以上	医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行なうほか、利用者の通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画に基づく看護を行います。
理学・作業療法士 ・言語聴覚士	1名以上	医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画を作成すると共にリハビリテーションの実施に際し、指導を行います。
管理栄養士	1名以上	献立の作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等利用者の食事管理を行います。(栄養管理)
歯科衛生士	1名以上	利用者の通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画に基づく口腔ケアを行います。
介護職員	2名以上	利用者の通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画に基づく介護を行います。
技能職員	1名以上	施設等での送迎を行います。

※ 医師、理学・作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士については、兼務を含みます

5 事業の実施地域

平泉町、一関市（旧一関市に限る）及び奥州市（旧衣川村に限る）

6 営業日

営業日	営業時間
平日	＊送迎時間を含む通常の営業時間・・・8：30～17：30 （送迎時間を含まないサービス提供時間・・・9：30～16：00） ＊延長サービス提供時間（対応可能時間）は8：00～19：00 （上記記載の通常の営業時間を含む）の間に連続して10時間未満となります。
営業しない日	土曜日・日曜日・祝日・8月14日～8月16日・12月31日～1月3日

7 介護予防通所リハビリテーションサービス内容及び費用

(1) サービス内容

- ・ 介護予防通所リハビリテーション計画の立案
- ・ 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
 昼食 12時00分～
- ・ 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。
- ・ 介護
- ・ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ・ 相談援助サービス
- ・ 栄養管理、栄養ケア計画の作成
- ・ 居宅及び施設間の送迎
- ・ 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。

(2) 費用

介護予防通所リハビリテーションをご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる通常1割の自己負担分と保険給付対象外の費用（食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、クラブ等で使用する材料費、文書作成費等）を利用料としてお支払いいただく2種類があります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は介護保険給付額の全額（下記料金表の利用料金×10）をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

当施設の利用者負担につきましては、下記以降をご参照下さい。

【料金表】

ア 保険給付の自己負担額

介護予防通所リハビリテーション費（介護保険制度では、要支援認定による要支援の程度によって利用料が異なります。）

なお、料金表には利用者負担が1割の方の負担金額を掲載しております。このため、2割負担の方は負担金額が2倍、3割負担の方は負担金額が3倍となりますのでご留意願います。

- ・ 要支援1 1月につき 2,268円
- ・ 要支援2 1月につき 4,228円

(ア) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師等が通常の事業の実施地域を越えて、中山間地域等に居住する利用者へ介護予防通所リハビリテーションを行った場合、1月につき介護予防通所リハビリテーション費の100分の5に相当する金額が加算されます。

(イ) 生活行為向上リハビリテーション実施加算

生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画

的に行い、利用者の有する能力の向上を支援した場合、利用を開始した日の属する月から起算して6ヶ月以内に限り、1月につき562円が加算されます。

(ウ) 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症利用者に対して介護予防通所リハビリテーションを行った場合、1月につき240円が加算されます。

(エ) 利用を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

介護予防通所リハビリテーションを12ヶ月を超えて利用した場合、1月につき120円（要支援1）又は240円（要支援2）が減算されます。ただし、3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーション計画を見直し、その情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けた情報を活用することによってケアの質の向上を図った場合、減算されません。

(オ) 退院時共同指導加算

病院等から退院するに当たり、医師又は理学療法士等が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回の通所リハビリテーションを行った場合、1回に限り600円が加算されます。

(カ) 栄養アセスメント加算

管理栄養士が、介護職員等と共同して低栄養状態のリスクや栄養管理上における課題の把握を行い、栄養管理等に関する情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けた情報を活用することによってケアの質の向上を図った場合、1月につき50円が加算されます。

(キ) 栄養改善加算

低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が共同して利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを行った場合、1月につき200円が加算されます。

(ク) 口腔・栄養スクリーニング加算

①口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

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、栄養状態の確認を行い、利用者の口腔の健康状態、及び、栄養状態に関する情報を介護支援専門員に提供した場合、1回につき20円が加算されます。

②口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定し、口腔の健康状態や栄養状態のいずれかの確認を行い、利用者の口腔の健康状態、又は、栄養状態に関する情報を介護支援専門員に提供した場合、1回につき5円が加算されます。

(ケ) 口腔機能向上加算

①口腔機能向上加算（Ⅰ）

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、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員、介護職員等が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスを行った場合、1月につき150円が加算されます。

②口腔機能向上加算（Ⅱ）

口腔機能向上加算（Ⅰ）に加え、口腔機能改善管理計画等の情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けた情報を活用することによってケアの質の向上を図った場合、1月につき160円が加算されます。

(コ) 一体的サービス提供加算

栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していることや栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けた場合、1月につき480円が加算されます。

(サ) 科学的介護推進体制加算

利用者ごとの日常生活動作（ADL）の値や栄養状態、口腔機能、認知症の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合、1月につき40円が加算されます。

(シ) サービス提供体制強化加算

①サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護職員の介護福祉士資格保有者の割合が70%以上の場合、1月につき88円（要支援1）又は176円（要支援2）が加算されます。

②サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

介護職員の介護福祉士資格保有者の割合が50%以上の場合、1月につき72円（要支援1）又

は144円（要支援2）が加算されます。

(ス) 介護職員等処遇改善加算

①介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

介護職員処遇改善加算の基準を満たすため、介護予防通所リハビリテーション費に上記（ア）から（シ）に該当する加算を加えた金額に8.6%が加算されます。

②介護職員処遇改善加算（Ⅱ）

介護職員処遇改善加算の基準を満たすため、介護予防通所リハビリテーション費に上記（ア）から（シ）に該当する加算を加えた金額に8.3%が加算されます。

イ 利用料（介護保険給付対象外サービス）

項目	金額	備考
食費（昼食代）	690円	1食あたり
教養娯楽費	実費	個別に使用する器具・遊具費及び材料費等
おむつ代（紙おむつ）	180円	1枚あたり
尿取りパット	70円	1枚あたり
証明書作成費	2,200円	通所利用証明書、各種証明書作成・発行に係る費用

(3) サービス内容及び費用の変更

サービス内容及び費用が変更となる場合、変更後の重要事項説明書、または利用サービス内容変更説明書により、その内容をご説明し、同意を得ることとします。

8 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに「7 介護予防通所リハビリテーションサービスの内容及び費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料請求書により、利用者及び身元引受人が指定する送付先に対し請求いたしますので、毎月月末までに現金、口座引落または下記口座に振込送金してお支払いください。入金確認後、領収証を発行、送付いたします。

振込先 一関信用金庫 山目支店
普通預金 口座番号 1069122
口座名義 医療法人三秋会 介護老人保健施設さわなり苑
理事長 長澤 茂

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 当施設における苦情等相談窓口

当施設お客様相談窓口	対応責任者 施設長 田澤 睦夫 窓口責任者 支援相談員 小林 貴恵 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話（0191-46-3010） ご意見箱（1階事務室前カウンターに設置）
------------	--

(2) 当施設以外の苦情等相談窓口

岩手県国民健康保険団体連合会 保健介護課	所在地 盛岡市大沢川原三丁目7番30号 電話 019-604-6700 FAX 019-604-6701 受付 9:00～17:00 (土曜、日曜、祝祭日、12/29～1/3は除く)
-------------------------	---

保 険 者	一関地区広域行政組合 介護保険課	所在地 一関市竹山町7番2号 電 話 0191-31-3223 受 付 8:30~17:15 (土曜、日曜、祝祭日、12/29~1/3は除く)
	上記以外	所在地の各市町村介護保険担当課 (介護保険の相談苦情窓口)

10 事故発生時・緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合または事故が発生した場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、介護予防サービス計画を作成した介護予防支援事業者等へ連絡をします。

また、サービスの提供にあたって、賠償すべき事故が発生した場合は、契約書第16条により、その損害を賠償します。

11 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設さわなり苑消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「介護老人保健施設さわなり苑消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	屋内消火栓	9箇所
	避難階段	2箇所	ガス漏れ探知機	あり
	自動火災報知機	あり	消火器	21箇所
	誘導灯	20箇所		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			

12 協力医療機関等

医療機関	病 院 名 及 び 所 在 地	岩手県立磐井病院 岩手県一関市狐禅寺字大平17番地
	電 話 番 号	0191-23-3452
	診 療 科	内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・小児科・神経内科・外科・整形外科・脳神経外科・眼科・産婦人科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・麻酔科・放射線科・形成外科・リハビリテーション科・皮膚科・病理科
	入 院 設 備	有
歯 科	病 院 名 及 び 所 在 地	平泉歯科診療所 岩手県西磐井郡平泉町平泉字志羅山11番地4
	電 話 番 号	0191-46-2130

13 秘密保持・個人情報保護

事業者、従業者は当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者及び身元引受人、利用者の家族の秘密・個人情報を保護します。但し、介護サービス上必要ある場合（別紙「個人情報の利用目的」の範囲内）については、利用者及び身元引受人、利用者の家族の情報を使用します。

14 施設の利用にあたっての留意事項

(1) 施設内での飲酒、喫煙は禁止とします。但し、施設行事の中で、医師から許可を得た利用者様に、施設

から提供する場合の飲酒についてはこの限りではありません。

- (2) 火器（マッチ、ライター）類、刃物（ナイフ、ハサミ）類など危険物の施設への持ち込みは一切禁止とします。
- (3) ペット類の施設への持ち込みは禁止とします。
- (4) (2)・(3)に記載のほかにも、日常生活上並びに療養生活上必要と思われるもの以外は、原則として施設への持ち込みを禁止とします。
- (5) 施設内設備・備品等利用の際は、危険を伴う場合もあることから、事前に職員に相談して下さい。
- (6) 高額な金銭・貴重品の施設への持ち込みは禁止とします。これ以外の金銭・貴重品については、利用者様ご本人の責任の下で管理してください。
- (7) 医療機関での受診は、通所リハビリテーション利用時間外とします。
- (8) 利用者様の施設内での営業活動、布教等の宗教活動、政治活動は一切禁止といたします。
- (9) 他の利用者様への迷惑行為、暴力行為並びに職員への暴力行為は一切禁止といたします。
- (10) 施設の設備・備品等を故意に破損、汚損する行為は一切禁止といたします。
- (11) 施設利用中は、栄養計算された食事を通して利用者様の栄養状態を管理していただく必要があることから、特段の事情・理由がない限り施設が提供する食事をお召し上がりいただきます。

15 お客様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証、介護負担割合証を提示して下さい。
その他、必要に応じて各種書類等提出を求める場合があります。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護予防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しました。

令和 年 月 日

事業所 住所 岩手県西磐井郡平泉町長島字砂子沢6番1
事業者(法人)名 医療法人 三秋会
事業所名 介護老人保健施設さわなり苑

説明者 職名
氏名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護予防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、介護予防通所リハビリテーションサービスに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 印

身元引受人 住所
氏名 印

連帯保証人 住所
氏名 印

【本契約書第10条の請求書・明細及び領収書の送付先】

請求書及び領収書送付先	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	()

【緊急時の連絡先】

緊急時連絡先(家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	()

