

重要事項説明書

(介護予防)通所リハビリテーション

医療法人社団 佳生会

介護老人保健施設 セントクリストファーズホーム

1. 事業所名(法人)の概要

①事業者(法人)の概要

名称	医療法人社団 佳生会
代表者名	野木 佳孝
所在地	兵庫県明石市魚住町長坂寺ツエ池 1003-1
連絡先	TEL:078-947-7272 FAX:078-947-3045

②事業所の概要

施設名称	介護老人保健施設 セントクリストファーズホーム
施設長名	齊藤 優子
所在地	兵庫県三木市志染町細目字橋ヶ谷 28-26
事業所番号	2852380027 号
連絡先	TEL:0794-84-2211 FAX:0794-84-2220

③ 職員体制

職種	職務内容	人数
施設長兼 医師	施設に携わる職員の統括管理、指導	1名
	診断、治療等日常的な医学的対応	
看護職員	看護全般、生活援助等	2名以上
介護職員	医学的管理下の介護、生活援助等	8名以上
PT・OT・ST	運動療法・作業療法・言語療法の計画、実施、評価等	2名以上
管理栄養士	献立作成、栄養価計算、栄養指導、栄養アセスメント・マネジメント	1名
事務職員他	運営管理の諸事務、運転、営繕等	2名以上

④サービス実施エリア

実施エリア	三木市・小野市・神戸市西区・神戸市北区
-------	---------------------

⑤営業日

営業日	営業時間
月曜～土曜(祝日含む)	9:45～16:00

2. サービスの内容と費用

①介護保険給付対象サービス

種類	内 容
食 事	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行う 昼食 : 12:00～13:00
入浴および清拭	入浴または清拭を行います。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行う

リハビリテーション	身体機能の低下を防止するため、セラピストにより利用者の状況に適した機能訓練を行う
健康管理	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
レクリエーション等	カラオケをはじめ、工夫を凝らしたレクリエーションを提供していきます。
相談及び援助	利用者及びその家族代表者からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から当施設までの送迎を行います。

※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。

②費用

- ・ サービスに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。
- ・ 保険料の滞納等により、当施設に直接介護保険給付が行われない場合がありますので、その場合、料金表の利用料金全額をお支払い頂きます。利用料のお支払い確認後、領収書を発行致します。
- ・ 領収書は、医療費控除を受ける際に必要となりますので大切に保管ください。

③ 利用料金

(1) 通所リハビリテーション【要介護】 (地域区分 三木市7級地 1単位=10.17円)

	1 時間以上 2 時間未満	2 時間以上 3 時間未満	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満
要介護 1	357 単位/日	372 単位/日	470 単位/日	525 単位/日	584 単位/日	675 単位/日
要介護 2	388 単位/日	427 単位/日	547 単位/日	611 単位/日	692 単位/日	802 単位/日
要介護 3	415 単位/日	482 単位/日	623 単位/日	696 単位/日	800 単位/日	926 単位/日
要介護 4	445 単位/日	536 単位/日	719 単位/日	805 単位/日	929 単位/日	1077 単位/日
要介護 5	475 単位/日	591 単位/日	816 単位/日	912 単位/日	1053 単位/日	1224 単位/日

・ その他加算についての留意事項

費 目	加算単位	備 考
リハビリテーション 提供体制加算	3 時間以上 4 時間未満	12 単位/回
	4 時間以上 5 時間未満	16 単位/回
	5 時間以上 6 時間未満	20 単位/回
	6 時間以上 7 時間未満	24 単位/回
リハビリテーション マネジメント加算(口)	6 月以内	593 単位/月
	6 月超	273 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算に加えて		270 単位/月
		医師が利用者又は家族に説明し同意を得た場合

短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位/日	退院・退所、認定から3ヶ月以内の方を対象にリハビリを行った場合に加算します。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	240 単位/日	
若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日	個別に担当者を定め、その者を中心に利用者の特性やニーズに応じたサービスを行うことに基づく加算です。
入浴介助加算(Ⅰ)	40/日	人員及び設備を有して入浴介助を行った場合に加算されます。
入浴介助加算(Ⅱ)	60/日	上記(Ⅰ)に加えて医師等が居宅を訪問、浴室での動作、環境を評価し、他職種連携にて入浴計画書を作成、居宅の状況に近い環境で入浴介助を行った場合に加算されます。
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150 単位/回	口腔機能が低下しているもの又はその恐れのある方に対し、歯科衛生士・言語聴覚士・看護師が、口腔機能改善のための計画を策定し、それに基づくサービスの実施・定期的な評価・計画を行った場合の加算です。(月2回を限度)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 単位/回	上記(Ⅰ)に加えて厚生労働省に情報の提供を行い活用する事で加算されます。
重度療養加算	100 単位/日	要介護3・4・5で胃瘻・褥瘡・頻回吸引・ストマ処置等が対象
中重度ケア体制加算	20 単位/日	通所リハの時間帯を通じて、サービス提供する看護職員1以上の配置の場合に加算します。
事業所が送迎を行わない場合(片道につき)	—47 単位	
退院時共同指導加算	600/回	退院時に、医師又は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行い、通所リハビリテーションを行った場合に加算されます。
科学的介護推進体制加算	40/月	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚労省に提出を行い活用する事で加算されます。
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位/日	介護職員のうち介護福祉士を50%以上配置
〃 (Ⅲ)	6 単位/日	介護職員のうち介護福祉士を40%以上配置
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	8.6%	所定の金額に左記%を乗じた額

(2) 介護予防通所リハビリテーション【要支援】

費 目		加算単位	備 考
介護予防通所 リハビリテーション費	要支援 1	2268 単位/月	基本サービス費
	要支援 2	4228 単位/月	
起算日より 12 月を超えたサービスを行った場合	要支援 1	▲120/月	以下の要件を満たさない場合減算されます。 ・3 月に 1 回以上、リハビリテーション会議を行い、計画を見直すこと。 ・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実施のために必要な情報を活用していること。
	要支援 2	▲240/月	
若年性認知症利用者受入加算		240 単位/月	個別に担当者を定め、その者を中心に利用者の特性やニーズに応じたサービスを行うことに基づく加算です。
科学的介護推進体制加算		40/月	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出を行い活用する事で加算されます。
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150 単位/月	口腔機能が低下しているもの又はその恐れのある方に対し、歯科衛生師等が、口腔機能改善のための計画を策定し、実施・定期的な評価・計画を行った場合の加算です。
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160 単位/月	上記(Ⅰ)に加えて厚生労働省に情報の提供を行い活用する事で加算されます。
サービス提供体制強化 加算(Ⅱ)	要支援 1	72 単位/月	介護職員の総数のうち介護福祉士を 50%以上配置した場合
	要支援 2	144 単位/月	
サービス提供体制強化 加算(Ⅲ)	要支援 1	24 単位/月	介護職員の総数のうち介護福祉士を 40%以上配置した場合
	要支援 2	48 単位/月	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		8.6%	所定の金額に左記%を乗じた額

(3) 介護保険給付対象外サービスの利用料

介護保健給付対象外サービスの利用料は全額負担となります。

種類	内容	利用料
食 費	昼食・おやつ	600 円/日
日常生活品費	石けん・シャンプー・ティッシュペーパー・ ペーパータオル・おしぼり等	(入浴される場合) 150 円/日 (入浴されない場合) 100 円/日
教養娯楽費	クラブやレクリエーションで使用する折り紙・粘土等、 風船、輪投げ等の遊具等	80 円/日
基本時間外施設利用料	サービス終了後長時間施設滞在する場合	1,000 円/時間
オムツ代	はくパンツ	135 円/枚
	尿パッド	30 円/枚

	紙オムツ	88 円/枚
送迎費(地域実施外)	片道(1kmにつき)	200 円/km

※キャンセル料について

ご利用日の前日17時までにお休みの連絡を頂けなかった場合には、食事代金全額をご負担頂きます。
ただし、急な体調不良等の場合にはキャンセル料はいただきません。

(4)利用料等の支払い方法

- ・ 毎月月末締めとし、翌月 7 日までに、前月分の請求書を発行しますので、15 日までにお支払いください。
- ・ 請求書は、原則ご利用者様にお渡しすることとさせていただきますが、郵送をご希望の場合、また利用者にお渡しできない場合は、請求書を送付いたします。
- ・ お支払い方法は、現金、銀行振込の 2 方法があります。契約時にお選びください。
ただし、銀行振込の手数料は、ご負担ください。お支払確認後、領収書を発行させていただきます。

(5) 利用者の解除権

利用者は、3 日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

(6) 当施設の解除権

当施設は、利用者が次の各号に該当する場合は、この契約の全部または一部を解除することができます。
その場合は終了 30 日前までに理由とともに文書により通知いたします。

- ・ 利用者およびその家族代表者が、正当な理由なく利用料その他自己の払うべき費用を 2 ヶ月以上滞納した場合
- ・ 利用者およびその家族の行動が、故意または重大な過失により当施設・従業者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことによって本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ・ 利用者及びその家族が故意に不実を告げたり、病状などを故意に告げなかったりしたために、介護方法を大きく変更しなければならなくなる等、円滑にサービスを提供できなくなる場合
- ・ 自然災害や施設設備の故障等その他やむを得ない理由により、当施設を利用することができない場合
- ・ 事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合

(7)施設が提供するサービス内容に関する苦情相談窓口

施設苦情相談窓口	窓口責任者	小林知子 ・ 奥田晃子
	ご利用時間	9:00～17:30(日曜日を除く)
	電話番号	0794-84-2211
	FAX 番号	0794-84-2220

*介護保険の苦情や相談に関しては、他の外部相談窓口があります。

外部苦情相談窓口	三木市役所 介護保険課 TEL:0794-82-2000(平日 8:30～17:00)
	兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 TEL:078-332-5617(平日 8:45～17:15)

3. 緊急時の対応及び協力医療機関等

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、下記の協力医療機関のみならず速やかに対応をお願いするようにしています。

協力病院	病院名	医療法人社団 一陽会 服部病院
	所在地	兵庫県三木市大塚 218-3
	電話番号	0794-83-9462
協力歯科病院	病院名	豊山歯科医院
	所在地	兵庫県三木市志染町中自由が丘 2-695
	電話番号	0794-85-9525

4. 施設利用に当たっての留意点

喫煙・飲酒	施設内では厳禁です。
火気の取扱い	認めておりません。
所持金管理	原則的に金銭管理は行っておりませんので、ご持参されないようお願いします。
ペット持込み・飼育	施設内へのペットの持込み・飼育は厳禁です。
居室・設備の利用	施設内の居室や設備は、利用法に従ってご利用ください。 利用により破損等が生じた場合、賠償いただくことがあります。
迷惑行為	騒音または他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
宗教・政治活動	施設内での執拗な宗教・政治活動はご遠慮ください。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、複合装置、非常通報装置
- ・防災訓練 年2回