

介護老人保健施設 淡路白寿苑
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）
利用について

（重要事項説明書 令和6年6月1日現在）

社会医療法人社団 順心会
介護老人保健施設 淡路白寿苑

【介護老人保健施設 淡路白寿苑 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) 利用について】

(重要事項説明書 令和6年6月1日現在)

1. 介護保険証等の確認

ご利用にあたり介護保険証、居宅介護サービス計画書（居宅介護支援事業者からの提出）等確認させていただきます。

2. 施設の概要

(1) 施設の概要

施設名・・・社会医療法人社団 順心会
介護老人保健施設 淡路白寿苑
開設日・・・平成 8年 4月 1日
所在地・・・〒656-2151
兵庫県淡路市大町畑584-6
電話番号・・・0799-62-7200
FAX番号・・・0799-62-7201
管理者名・・・林 民樹
建物構造・・・鉄筋コンクリート3階
療養室 診察室 デイ・ルーム
ボランティアルーム 家庭介護教室 浴室 洗濯室
建築面積・・・5,459㎡

介護保険事業者番号： 介護保険施設 2851680013号

(2) 介護老人保健施設の目的

介護老人保健施設とは、要介護・要支援者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、通所リハビリ計画に基づいて、看護、医療的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世話をを行うことを目的とする施設。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいたうえでご利用ください。

介護老人保健施設 淡路白寿苑の運営方針

利用者様の自立を支援し、身体・精神機能維持向上を目指し、明るく家庭的な雰囲気地域や家族と連携した運営を行います。

利用定員

定員 60名（介護予防通所リハビリテーションを含む）

職員体制

医師・看護職員・介護職員・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・支援相談員・事務員

3. サービス内容

当施設でのサービスは、利用者様やご家族の希望を十分に取り入れ、また、通所サービス計画（リハビリテーション計画）に基づいて提供いたします。

① 通所サービス計画（リハビリテーション計画）の立案

② 食事（治療食を含む）提供

・昼食 12:00～ ・おやつ 14:30～

※食事は食堂で召し上がっていただいています。

※利用者様の体調に合わせた食事を提供いたします。食事時間や食事内容、その他食事の場所等の変更をご希望の場合、職員にお申し出下さい。

③ 入浴（一般浴・中間浴・特殊浴）サービス

※病状的に入浴が困難と思われる場合は、状態にあわせてシャワー浴、又は清拭いたします。

④ 排泄のお世話

毎日利用者の状態にあわせて、おむつ交換とトイレ誘導を定時に行います。

⑤ 医学的管理・看護

⑥ 口腔ケア：必要に応じ、口腔ケアを行ないます。

⑦ リハビリテーション：理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士等による機能訓練。

⑧ レクリエーション活動

⑨ 支援相談サービス

⑩ 居宅介護支援事業者との連携

4. 利用料金

(1) 基本料金（介護サービス費・通常規模型）

時間	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1～2 時間（円）	369	398	429	458	491
2～3 時間（円）	383	439	498	555	612
3～4 時間（円）	486	565	643	743	842
4～5 時間（円）	553	642	730	844	957
5～6 時間（円）	622	738	852	987	1,120
6～7 時間（円）	715	850	981	1,137	1,290
7～8 時間（円）	762	903	1,046	1,215	1,379

※当施設では、時間延長サービス体制の対応が可能（最長 10 時間まで）。

※ご利用時間が 8 時間を超えた場合、1 時間につき 50 円追加されます。

※介護保険制度では、要介護認定による介護区分によって介護サービスが異なります。

基本料金（介護予防サービス費）

要支援 1	1ヶ月につき 2268
要支援 2	1ヶ月につき 4228

（２）利用希望時加算（介護サービス）

入浴介助加算（Ⅰ）	40 円／日	
入浴介助加算（Ⅱ）	60 円／日	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 円／日	介護職員の総数の内介護福祉士 70%以上もしくは、勤続 10 年以上の介護福祉士 25%以上
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援 1 要支援 2	88 円／月 176 円／月	
リハビリテーションマネジメント加算（イ） 開始日から 6 月以内 開始日から 6 月超	560 円／月 240 円／月	
リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 開始日から 6 月以内 開始日から 6 月超	593 円／月 273 円／月	
リハビリテーションマネジメント加算（ハ） 開始日から 6 月以内 開始日から 6 月超	793 円／月 473 円／月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 円／日	退院（所）日又は認定日から 3 月以内。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240 円／日	退院（所）日又は通所開始から起算して 3 月以内（週に 2 日を限度）
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1,920 円／月	退院（所）日の翌日の属する月又は開始から起算して 3 月以内（1 か月 4 回以上リハビリテーションを実施）
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250 円／月	開始日から 6 月以内
理学療法士等体制加算	30 円／日	1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーションについてのみ加算
重症療養加算	100 円／日	要介護 3・4・5 で別に定める医学的管理が必要な方
中重度者ケア体制加算	20 円／日	
若年性認知症利用者受入加算	60 円／日	
栄養アセスメント加算	50 円／月	
栄養改善加算	200 円／月	月 2 を限度 原則 3 月以内

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 円／回	6 月に 1 を限度
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 円／回	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 円／回	月 2 回を限度 原則 3 月以内
口腔機能向上加算（Ⅱ）（イ）	155 円／回	
口腔機能向上加算（Ⅱ）（ロ）	160 円／回	
リハビリテーション提供体制加算	12 円／日	
3 時間以上 4 時間未満	16 円／日	
4 時間以上 5 時間未満	20 円／日	
5 時間以上 6 時間未満	24 円／日	
6 時間以上 7 時間未満	28 円／日	
7 時間以上 8 時間未満		
移行支援加算	12 円／日	「社会参加への移行状況」の達成状況に応じて
科学的介護推進体制加算	40 円／月	利用者ごとの基本的な情報を厚労省へ提出
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数×8.6%	請求書の保険適用額に加算されます
事業所が送迎を行わない場合	-47 円／回	片道につき

利用希望時加算（介護予防サービス）

① 一体的サービス提供加算		480 円／月	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援 1	88 円／月	介護職員の総数の内介護福祉士 70%以上もしくは、勤続 10 年以上の介護福祉士 25%以上
	要支援 2	176 円／月	
生活行為向上リハビリテーション実施加算		562 円／月	開始日から 6 月以内
若年性認知症利用者受入加算		240 円／月	
科学的介護推進体制加算		40 円／月	利用者ごとの基本的な情報を厚労省へ提出
利用を開始した日に属する月から起算して 12 カ月を超えた期間に利用した場合	要支援 1	-20 円／月	
	要支援 2	-40 円／月	
介護職員処遇改善加算Ⅰ		1ヶ月の総単位数×8.6%	請求書の保険適用額に加算されます

※上記、基本料、各種加算において、一定所得以上の方は 2 割・3 割負担となることがあります。

（3）実費料金

項目	日 額	内 訳
食費	618 円	1 食分（おやつ含む）
タオル使用料	51 円/1 回	※教養娯楽費に関しては一部自費で頂く場合があります。
オムツ代	実費	紙おむつ・紙パンツ 1 枚/103 円、パット 1 枚/51 円

※実費料金について、変更になる場合は 1 か月以上前に文章にて連絡し「利用料金の説明同意書」を持って利用者へ説明・同意を受けることとします。

す。毎月委員会を実施し、適正を他職種で評価し、全職種に周知するとともに、研修も行います。身体拘束廃止に向けて指針は施設内に掲示しています。

8. 感染症・褥瘡防止対策

入所者の使用する施設、食器その他の設備又は飲料水などの衛生管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行い、当施設において感染が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講ずるための体制を整備し利用者の安全確保を図ります。褥瘡が発生しないよう適切な介護に努めるとともに、その発生を防止するための体制を整備します。毎月委員会を実施し全職員に周知するとともに研修も行います。

9. 事故発生の防止及び発生時の対応

当施設における介護、医療事故を防止し、安全かつ適切に、質の高い介護・医療を提供する体制を確立するために指針を定め整備します。報告システムによる事故、ヒヤリハット事例の収集、分析、再発防止の検討策定、実施、実施後の評価を多職種で展開します。事故発生時は家族への説明とともに、必要な措置を行います。毎月委員会を実施し全職員へ周知するとともに研修も行います。

10. 非常災害対策

- ① 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
- ② 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 漏電火災警報機 非常警報設備 防火水
非常電源設備 誘導灯及び誘導標識 カーテン等の防火性能
- ③ 防火訓練・・・総合訓練 年1回 自衛消防訓練 年1回

11. 禁止事項

淡路白寿苑では、安心して快適な通所生活を送っていただくために、「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

12. 緊急の連絡

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。

13. 要望、苦情について

当施設には相談窓口を設置しておりますので何でもお気軽にご相談ください。ご要望、苦情等について速やかに対応いたします。また、1階談話室に備え付けられた「ご意見箱」をご利用ください。顧客満足委員会で検討し対応させていただきます。

苦情等対応責任者	林 民樹	(施設長)
苦情・相談窓口	藤井 雅章	(介護福祉士)
	大河内美加子	(介護福祉士)
	徳永 依里	(介護福祉士)

TEL 0799-62-7200

FAX 0799-62-7201

淡路市健康福祉部長寿介護課

苦情相談窓口 0799-64-2145

洲本市介護福祉課

0799-22-9333

兵庫県国保連合会

苦情相談窓口 078-332-5617

1 4. 守秘義務及び個人情報の保護

施設職員に対して、施設職員である期間及び施設職員でなくなった後においても、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように指導教育を適時行います。

1 5. その他

パンフレットも用意しておりますのでご覧ください。

1 6. 個人情報の利用目的

介護老人保健施設「淡路白寿苑」では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、知りえた個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・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
 - －入退所等の管理、会計・経理、
 - －事故等の報告、当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔公的機関、他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －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
 - －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
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明

- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・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
 - －入退所等の管理、会計・経理、事故等の報告、当該利用者の介護・医療サービスの向上
- ・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
- ・火災、災害時等における消防隊等公的機関への情報提供

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部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

〔公的機関、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

介護老人保健施設 淡路白寿苑 通所リハビリテーション

利用同意書

介護老人保健施設 淡路白寿苑を通所利用するにあたり、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 淡路市大町畑 584-6
事業所名 社会医療法人社団 順心会
介護老人保健施設 淡路白寿苑
代 表 者 林 民樹 印

契 約 者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

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； _____