介護老人保健施設あじさい　　令和８年１０月１日

# 介護老人保健施設通所リハビリテーション　重要事項説明書

## １：事業の目的・運営方針

（１）事業の目的

介護老人保健施設は、要介護状態と認定された利用者（以下「利用者」）に対し、施設サービス計画に基づいて看護、医学的管理の元で介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上の介護を提供し、利用者の能力に応じ自立した生活を営むことができるよう支援します。

（２）運営方針

① 要支援者、要介護者が居宅において、その有する能力に応じ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うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。

② 利用者の介護状態の軽減もしくは悪化の防止または、要介護状態となることの予防に資するよう、その目的を設定し計画的に行う。

③ 居宅介護支援事業者その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努める。

## ２：施設概要

①事業の名称、及び所在地

- 事業所名　介護老人保健施設あじさい（介護保険指定番号 1850180090 号）
- 所在地　　福井市西下野町１５号１２番地　ＴＥＬ：0776-33-5911
- 管理者名　大門　和（医師）

②通所定員　：　４０人（介護予防サービス定員含む）

④ 職員体制

| | |
|---|---|
| (1) 管理者（兼） | 1.0 人 |
| (2) 医師　（兼） | 1.0 人以上 |
| (3) 看護職員 | 1.0 人以上 |
| (4) 介護職員 | 4.0 人以上 |
| (5) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 1.0 人以上 |

(6) 調理員業務はシダックスフード KK に委託するものとする

## ３：利用の曜日および時間

＊営業日：日曜日・年始１／１～３日以外の日（但しやむを得ない状況が発生したときは、事前に連絡、承諾を得て休業する場合もあります）

＊８時３０分～１６時３０分、９時３０分～１７時３０分（時間延長、短縮等も可能です。ご相談下さい）送迎の時間はその日の交通事情、天候等により前後する事があります。予めご了承下さい。

## ４：緊急時の対応

心肺停止、またはそれに近い状態になったときには、病院に救急搬送します。
あじさいでの「気管内挿管」は出来ません。バックマスクによる人工呼吸と心臓マッサージを行いながら救急車到着を待ち、迅速に病院に搬送します。

## ５：サービス内容

①通所リハビリテーション計画の立案
②サービス担当者会議開催（各種合同の看護介護方針の会議）
③食事：医師の指示のもと、管理栄養士による病状に合わせた食事（心臓食、糖尿病食)、身体状況に合わせた食事（柔らか食、粥等）の提供。
昼食　１２：００／おやつ　１５：００
④入浴：一般浴槽、利用者の身体に応じた特別浴槽での入浴。入浴時の介助。
⑤医学的管理、看護：医師・看護師による日常的な医療管理。
⑥機能訓練：集団リハビリ･･･身体に合わせた集団でのリハビリを提供します。
（下肢筋力訓練、立ち上がり訓練、歩行訓練）
物理療法･･････必要とされる方へ疼痛緩和のために物理療法を行います。
個別リハビリ･･個々での訓練が必要な方に、個別に行います。
⑦相談援助サービス：利用者やご家族及び、身元引受人の生活相談、悩み事について支援相談員が応じます。解決に必要な方法、社会的サービスについて相談、援助します。
⑧行政手続き代行：支援相談員が手続きに関する援助、又は代行します。
⑨時間延長ｻｰﾋﾞｽ体制加算：事情により通常の規定利用時間を越える場合に介護保険ｻｰﾋﾞｽとして１０時間までの延長が可能です。但し延長の場合、時間外となる為送迎は行えません。
⑩その他：健康チェック、介護教室、爪切り、耳の垢取りなどの介護を適宜行います。
⑪自宅とあじさいへの送迎：自宅とあじさいの間を送迎します。自宅外への送迎は行いません。

## ６：通所リハビリテーションの実施地域

通常の事業の実施区域は次のとおりとする。　―　福井市　―

## ７：協力医療機関

・協力医療機関　－　光陽生協病院（福井市光陽３－１０－２４）
－　光陽生協クリニック（福井市光陽３－９－２３）
・協力歯科機関　－　光陽歯科診療所（福井市光陽２－１８－１５）
・緊急時の連絡　－　緊急の場合「利用申込書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

## ８：非常災害対策

・防災設備　－　スプリンクラー、消火器、消火栓、非常階段、非常滑り台、火災受信機、自動火災報知機

・防災訓練　－　年２回以上

## ９：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頂くために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止しています。

## １０：利用料、その他費用、支払い方法

①基本利用料　　（〇で囲んである事項が対象となります）

(単位:単位数)

| | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
|---|---|---|---|---|---|
| １時間以上～２時間未満 | 369 | 398 | 429 | 458 | 491 |
| ２時間以上～３時間未満 | 383 | 439 | 498 | 555 | 612 |
| ３時間以上～４時間未満 | 486 | 565 | 643 | 743 | 842 |
| ４時間以上～５時間未満 | 553 | 642 | 730 | 844 | 957 |
| ５時間以上～６時間未満 | 622 | 738 | 852 | 987 | 1.120 |
| ６時間以上～７時間未満 | 715 | 850 | 981 | 1.137 | 1.290 |
| ７時間以上～８時間未満 | 762 | 903 | 1.046 | 1.215 | 1.379 |

②施設体制に関する加算　　（〇で囲んである事項が対象となります）

(単位:単位数)

| | | |
|---|---|---|
| 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／日 | |
| | ４時間以上５時間未満　　１６／日 | |
| | ５時間以上６時間未満　　２０／日 | |
| | ６時間以上７時間未満　　２４／日 | |
| | ７時間以上　　２８／日 | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | ２２／日 | 職員体制において、介護職員の総数の内、介護福祉士が７０％以上配置されている場合、又はまたは勤続年数が１０年以上の介護福祉士が２５％以上配置されている場合に加算されます。 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | １８／日 | 職員体制において、介護福祉士が５０％以上配置されている。 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | ６／日 | 介護福祉士４０％以上もしくは勤続７年以上が３０％以上。 |

| | |
|---|---|
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ） | 所定単位数の 10.3%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ） | 所定単位数の 11.1%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱイ） | 所定単位数の 10.0%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ） | 所定単位数の 10.8%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） | 所定単位数の 8.3%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） | 所定単位数の 7.0%を加算 |

③リハビリテーションに関する加算　（○で囲んである事項が対象となります）

(単位:単位数)

| | | |
|---|---|---|
| リハビリテーションマネジメント加算（A）イ | ５６０／月 | 開始月から６月以内 |
| | ２４０／月 | 開始月から６月超 |
| リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ | ５９３／月 | 開始月から６月以内 |
| | ２７３／月 | 開始月から６月超 |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | １１０／日 | 月に４回以上通所リハビリテーションを行い、利用開始後１月以内に利用者宅を訪問しリハビリテーション計画書を策定した場合に算定。 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）<br>（退院日又は通所開始日から起算して３月以内） | ２４０／日 | 施設基準に適合する通所リハビリ事業所において、認知症であり、かつ、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると医師が判断した者に対して、医師の指示を受けた作業療法士、又は言語聴覚士が、集中的なリハビリテーションを個別に行った場合。 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）<br>（退院日又は通所開始日の属する月から起算して３月以内） | １９２０／月 | |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算<br>（開始から６月以内） | １２５０／月 | 生活行為向上のための研修を修了したリハビリ職員が、個別に計画を立て、通所と訪問を組み合わせてリハビリを行う場合に算定。<br>（原則６か月間にて通所リハビリ修了） |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | １５０／回<br>（月に２回） | 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、看護職員を１名以上配置し、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。 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）イ・ロ | イ１５５／回<br>ロ１６０／回 | 口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組に加え、作成した計画書等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって必要な情報を活用した場合。 |

| | | |
|---|---|---|
| | | ※原則３か月以内、月２回を限度 |

④入浴に関する加算　（〇で囲んである事項が対象となります）　(単位:単位数)

| | | |
|---|---|---|
| 入浴介助加算（Ⅰ） | ４０／日 | 入浴介助を行った場合。 |
| 入浴介助加算（Ⅱ） | ６０／日 | 浴室における当該利用者の動作及び浴室環境を評価し、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合に、浴室の環境整備に係る助言を行う場合。<br>身体の状況や訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成した場合。 |

⑤食事に関する加算　（〇で囲んである事項が対象となります）　(単位:単位数)

| | | |
|---|---|---|
| 栄養アセスメント加算 | ５０／月 | 利用者ごとに栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応した場合に算定。 |
| 栄養改善加算 | ２００／月 | 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、改善を目的として個別的に栄養管理を行った場合に算定。 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | ２０／回 | 利用開始時及び利用中６か月毎に栄養状態について確認を行い、その情報を介護支援専門員と共有した場合に算定。 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | ５／回 | 栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、その情報を介護支援専門員と共有した場合。 |

⑥その他加算（必要に応じ請求いたします）（〇で囲んである事項が対象となります）

(単位:単位数)

| | | |
|---|---|---|
| 若年性認知症利用者受入加算 | ６０／日 | 若年性認知症利用者の受入を行った場合に加算。 |
| 移行支援加算 | １２／日 | 通所リハビリを修了し、社会参加のための支援を行った場合に算定。 |
| 延長加算（Ⅰ） | ５０／日 | 算定対象時間が８時間以上９時間未満の場合。 |
| 延長加算（Ⅱ） | １００／日 | 算定対象時間が９時間以上１０時間未満の場合。 |
| 延長加算（Ⅲ） | １５０／日 | 算定対象時間が１０時間以上１１時間未満の場合。 |
| 延長加算（Ⅳ） | ２００／日 | 算定対象時間が１１時間以上１２時間未満の場合。 |
| 延長加算（Ⅴ） | ２５０／日 | 算定対象時間が１２時間以上１３時間未満の場合。 |
| 延長加算（Ⅵ） | ３００／日 | 算定対象時間が１３時間以上１４時間未満の場合。 |
| 送迎減算 | －４７／片道 | 利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき４７単位を所定単位数から減算する。 |
| 科学的介護推進体制加算 | ４０／月 | 利用者ごとのＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、上 |

| | | |
|---|---|---|
| | | 記の情報その他指定通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するための情報を活用している場合に算定。 |
| 重度療養加算 | １００／日 | 所要時間１時間以上２時間未満の利用者以外の者であり、要介護３、要介護４又は５であって、別に厚生労働大臣が定める状態（注１）であるものに対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。 |
| 中重度者ケア体制加算 | ２０／日 | 指定基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で１以上確保していること。<br>前年度又は算定日が属する月の前３か月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護３以上の利用者の占める割合が１００分の３０以上であること。<br>指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を１以上確保していること。 |
| 退所時共同指導加算 | ６００／回 | 病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しく言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時に共同指導を行った後に、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき１回限り、所定単位数を加算する。 |
| 業務継続計画未実施減算 | 所定単位数の<br>１．０％を減算 | 以下の基準に適合していない場合<br>・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、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること<br>・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること<br>※令和７年３月 31 日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 所定単位数の<br>１．０％を減算 | 虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合<br>・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）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図ること。<br>・虐待の防止のための指針を整備すること。<br>・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。<br>・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。 |

(注 1)以下のいずれかに該当する状態

・常時頻回の喀痰吸引を実施している　・呼吸障害等により人口呼吸器を使用している　・中心静脈注射を実施している　・人工腎臓を実施しており、かつ重篤な合併症を有する　・重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している　・膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の４以上であり、ストーマの処置を実施している　・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている　・褥瘡に対する治療を実施している　・気管切開が行われている

＊福井市は地域区分が「７級地」であるため、上記表の単位数に１０．１７円を乗じた金額の１割が自己負担となります。ただし、１ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

⑦その他・介護保険外の自費　（〇で囲んである事項が対象となります）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 日常生活費 | １７５円／１日 | 食費 | ７６０円／昼食<br>６７０円／夕食 |
| 歯ブラシ代 | １７０円／１本 | 行事参加費 | 実費 |

＊日常生活費は、利用者の必要範囲に応じて別紙内容にて個別に設定する事もできます。

＊各種証明書　１通につき１１００円　となります。

⑧支払方法

毎月１３日前後に前月分の請求書を発行します。支払い方法については引き落としか、銀行振り込みの２方法とさせていただいております。引き落としをご希望の方は、別紙の「預金口座振替依頼書」にご記入いただき、毎月引き落としがされる２７日までにはご準備をお願いいたします。またお振込みをご希望の方は下記の振込先へ３１日までにお振込み下さい。なお領収書については医療費控除対象となる場合がありますので、大切に保管下さい。再発行はお断りしています。（引き落とし、振込み確認日が土日祝日の場合、以降の平日にさせていただきます。）

| 振　込　先 |
|---|
| 振込先：福井信用金庫　工大前店<br>口座番号：普通０１９３３０６<br>口座名：老人保健施設あじさい　施設長　大門和<br>※３１日までに振込がない場合は次月請求書の未収金欄に載ることがあります。 |

## １１：秘密の保持

当事業所の職員は、業務上知り得た個人の秘密は一切漏らしません。しかし、介護保険運営上、サービス担当者会議などにおいて個人情報を用いる場合がありますので、本書面にて同意を得させていただきますのでご協力の程お願いいたします。また利用者、身元引受人から情報の開示の希望があった場合は、基本的に開示を行います。

## １２：利用にあたっての留意事項

・飲酒、喫煙は禁止しております。
・施設内・敷地内の火気使用は厳禁としております。喫煙場所はありません。
・設備、備品は事前に職員の了解の上ご使用下さい。
・金銭、貴重品はなるべくお持ち頂かないようお願いします。持参された場合、管理責任は基本的に個人にあるものとします。（必要な金銭に関しては事前にご連絡いたします）
・ペットの持ち込みはご遠慮下さい。
・利用者の方の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動はご遠慮下さい。

## １３：苦情申し立てと処理について

あじさいでの苦情及び疑問、ご要望は、気兼ねなく当施設の職員にお申し出下さい。又所定の場所（１階事務所前・各療養棟廊下）に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることもできます。苦情処理窓口として、下記の関係者が中心となって対応を行います。また、苦情解決にあたり中立性を保つため、第三者委員も設けています。

（苦情受付時間は基本的に８：３０～１７：３０となります）

| 苦情受け付け担当者 | | |
|---|---|---|
| 苦情受付担当者 | 青山昭一　（寿の会事務長） | ０７７６－３３－５９１１ |
| 苦情解決責任者 | 佐々木紀明　（寿の会理事長） | ０７７６－３３－５９１１ |
| 第三者委員 | 松永久美恵　（民生・児童委員） | ０７７６－２６－２４９９ |
| 同上 | 今冨廣子（社地区民生委員） | |

面接、電話、書面、苦情意見箱などで受け付け、受け付け担当者を通じ解決責任者へ連絡し、関係者で解決に向けた協議の上、ご報告させていただきます。第三者委員に直接申し出ることも可能です。

苦情内容については記録を行い、施設内掲示板にて改善内容を掲示いたします。

更に、以下の機関が苦情相談窓口を設置しております。

福井市　苦情相談窓口：　福井市介護保険課　０７７６－２０－５７１５

## １４：カスタマーハラスメントについて

当施設では、利用者及びご家族からのご意見、苦情、ご要望等を受け付け、適切なサービスの提供及びその改善に努めています。

一方、職員に対する暴言、脅迫、暴力、威圧的な言動、誹謗中傷、長時間にわたる不当な要求、過度な謝罪や金銭等を求める行為、その他職員の就業環境を害する著しい迷惑行為等については、カスタマーハラスメントとして適切に対応します。

カスタマーハラスメントに該当する行為が認められた場合には、職員及び他の利用者の安全を確保するため、複数の職員での対応、対応時間や方法の制限、対応の中止等の措置を講じる場合があります。

また、行為の内容や状況に応じて、警察、弁護士その他の関係機関に相談又は連絡する場合があります。

なお、正当なご意見、苦情、ご要望等については、これまでどおり「１３：苦情申し立てと処理について」に定める方法によりお申し出ください。

## １５：事故発生時の対応等

あじさいでの通所リハビリテーションサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村・身元引受人・担当居宅介護支援事業所に連絡すると共に、状況に応じて適切な病院へ搬送、処置を行います。

また、サービスの提供によりあじさいが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。但し、あじさいに責任が及ばない事由による事故に関しては、この限りではありません。

以上

契約にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

契約締結日　　令和　　年　　月　　日

契約者氏名

事業者　　所在地　　福井県福井市西下野町１５号１２番地

名称　　社会福祉法人寿の会
介護老人保健施設あじさい
施設長　　大門　和

説明者　　所属　　介護老人保健施設あじさい

氏名　　加茂　美裕記

契約書及び本書面により、事業者から重要な事項の説明を受けるとともに、通所リハビリテーションの開始及び個人情報の使用について同意しました。

利用者　　住所

氏名

身元引受人　　住所

（続柄）＿＿＿　氏名