

介護老人保健施設 紅寿の里
介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書
(平成21年4月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 : 医療法人社団みゆき会 介護老人保健施設 紅寿の里
- ・開設年月日 : 平成13年1月11日
- ・所在地 : 山形県西村山郡河北町大字溝延字本丸8-1
- ・電話番号 : 0237-73-5850
- ・ファックス番号 : 0237-73-5860
- ・管理者名 : 渡邊 智子
- ・介護保険指定番号 : 介護老人保健施設 (0652380023)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、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、自立支援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すること、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、介護予防短期入所療養介護や介護予防通所リハビリテーションといったサービスを提供し、利用者の自立の可能性を最大限引き出すよう支援することを目的とした施設です。

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 紅寿の里 運営方針]

- 一、地域の保健・医療・福祉等の連携を図り、高齢社会に即したサービスを提供するために、明るく家庭的な施設づくりを目指し、病弱老人や認知症老人等にも対応した、利用者本位の高齢者介護サービスに取り組みます。
- 二、看護・介護その他の職種間のチームワークを重視し、働きやすい職場づくりを目指します。
- 三、地域のボランティア活動等との連携を大切にし、地域の福祉環境のボトムアップを支援します。

(3) 施設の職員体制（老人保健施設、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との兼務を含む。）

	常勤専従（うち兼務）	非常勤	業務内容
管理者	1（1）		従業者の管理、指導
医師	1（1）		利用者の医学的対応等
看護職員	1（1）		看護および医師の指示による医療行為等
介護職員	10（10）		介護等
支援相談員	1（1）		相談、苦情受付等
理学療法士	2（2）		機能訓練の実施および介護職員への指導等
作業療法士	0（0）		
言語聴覚士		1（1）	
管理栄養士	1（1）		食事管理、栄養指導等
事務職員	2（2）		利用料の請求等

(4) 定員

・月曜日～土曜日 40名（2単位）

2. ご利用にあたって

(1) 介護保険証の確認

ご利用のお申込にあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

(2) 介護予防通所リハビリテーションの概要

介護予防通所リハビリテーションは、要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された介護予防サービス計画に基づき、事業所をご利用いただき、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション、支援を行い、利用者の心身の機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師および理学療法士、作業療法士その他専ら介護予防通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、介護予防通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・代理人（ご家族）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。

3. サービス内容

① 介護予防通所リハビリテーション計画の立案

② 食事

昼食 12時00分～13時00分

③ 入浴

④ 医学的管理・看護

⑤ 自立支援

- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 居宅および施設間の送迎
- ⑧ 相談援助サービス
- ⑨ 特別な食事の提供（希望による）
- ⑩ 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。

4. 身体拘束等

原則として利用者に対し身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者または施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、施設の医師がその様態および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

5. 感染症管理体制の実施

施設では、施設において感染症または食中毒が発生し、またはまん延を防止するため委員会を設置し、必要な措置を講じます。

6. 褥創管理体制の実施

施設では、褥創が発生しないよう適切な介護を提供するとともに、その発生を防止するための委員会を設置し、必要な措置を講じます。

7. 利用料金

(1) 基本料金

① 施設利用料（1月あたりの金額です。）

項 目	金 額	利用者負担額
介護予防通所リハビリテーション費		
(1)要支援1	24,960円	2,496円
(2)要支援2	48,800円	4,880円
体制加算（「注」参照）		
・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		
要支援1	480円	48円
要支援2	960円	96円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		
要支援1	240円	24円
要支援2	480円	48円
加算（「注」参照）		

・運動器機能向上加算	2, 250円	225円
・若年性認知症利用者受入加算	2, 400円	240円
・栄養改善加算	1, 500円	150円
・口腔機能向上加算	1, 500円	150円
・事業所評価加算	1, 000円	100円

(注)

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合を100分の40以上配置した時、1回につき要支援1は48円、要支援2は96円が加算されます。

・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

指定介護予防通所リハビリテーションを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数が3年以上の者の占める割合を100分の30以上配置した時、1回につき要支援1は24円、要支援2は48円が加算されます。

・運動器機能向上加算

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置し、利用者ごとの運動器機能向上計画を作成し、それに基づいてサービスを行い、記録、評価した場合、1月につき225円が加算されます。

・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、指定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。

・栄養改善加算

管理栄養士を1名以上配置し、低栄養状態にあるまたはそのおそれのある利用者に対し、利用者ごとの栄養ケア計画を作成し、それに基づいてサービスを行い、記録、評価した場合、1月につき150円が加算されます。

・口腔機能向上加算

言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置し、口腔機能が低下しているまたはそのおそれのある利用者に対し、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し、それに基づいてサービスを行い、記録、評価した場合、1月につき150円が加算されます。

・事業所評価加算

介護予防通所リハビリテーションを3月間以上利用した利用者が、要支援更新認定又は状態区分の変更の認定を受けた際、要支援状態が維持又は向上した割合が、厚生労働大臣の定める基準を超えた場合、1月につき100円が加算されます。

(2) その他の料金

① おむつ代等は別途資料をご覧ください。

② 食費（提供した場合） 600円（食材費+調理費相当分）（昼食・おやつ）

③ その他

・ 特別な食事の提供に関わる費用

250円

月に1回、高級な食材を使用して提供する食材料にかかる費用です。ご希望されない場合はお申し出下さい。

- ・ 各種催事参加費 実費
喫茶等、施設で企画する催事の費用で、参加された場合にお支払いただきます。
- ・ 作業リハビリ作品材料費 実費
希望により、作業リハビリで使用する材料にかかる費用です。
- ・ 事業所の利用にあたり、通常の送迎の実施地域外の場合の送迎費は、その要した交通費実費を徴収します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、通常の送迎の実施地域を越えて1キロメートルあたり30円で計算します。
※ 通常の送迎の実施地域：河北町、寒河江市、天童市、村山市、東根市
- ・ その他介護予防通所リハビリテーションの提供にあたって、通常の日常生活上必要となるものに係る費用で、利用者の負担が適当と認められる費用（実費）

(3) 支払い方法

毎月15日頃までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払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、口座振替を原則としますが、別の支払方法（現金、銀行振込）を希望される場合は、利用申込時にお申し出ください。なお、申し出た支払方法は、いつでも変更することが可能です。ただし、現金の取扱いは事務室のみで行います。

8. 緊急時の対応

施設では、サービス利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、ご家族、居宅介護支援専門員に連絡の上、主治医または下記の協力医療機関で速やかに対応をお願いするようにしています。

➤協力医療機関

- ・ 名 称 山形県立河北病院
山形県西村山郡河北町谷地字月山堂111番地
- 寒河江市立病院
山形県寒河江市大字寒河江字塩水80番地
- 山形済生病院
山形県山形市沖町79番1

➤緊急時の連絡先

緊急の場合には、「連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

9. 施設利用にあたっての留意事項

- 食事 ・・・ 介護予防通所リハビリテーション利用中の食事は特段の事情がない限り施設の提供する食事を摂取していただきます。

- 飲酒・喫煙 ・・・ 飲酒はお断りいたします。決められた場所以外での喫煙はお断りいたします。
- 火気の取扱い ・・・ 喫煙以外は禁止します。なお、ライターは施設で管理させていただきます。
- 設備、備品の利用 ・・・ 本来の用法に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、弁償いただく場合があります。
- 所持品、備品等の持込 ・・・ 他の利用者に迷惑となる物の持ち込みはお断りいたします。
- 金銭、貴重品の管理 ・・・ 盗難等については、当施設では責任を負いかねますので、必要以上の金銭は所持しないでください。
- 宗教活動 ・・・ 他の利用者への執拗な宗教活動はご遠慮ください。
- ペットの持込 ・・・ ペットの持ち込みはお断りいたします。

10. 事故発生時の対応

介護予防通所リハビリテーションの提供により事故（転倒・転落等による骨折等）が発生した場合は、必要な措置を講じた上、速やかに利用者および代理人が指定した者ならびに市町村に連絡します。

事故の発生または再発を防止するため、指針を整備し、介護事故に対する安全管理体制の確保に努めます。

11. 非常災害対策

- 防災設備 スプリンクラー、火災自動通報装置、消火器、消火栓、他
- 防災訓練 年2回
- 非常災害用設備の契約内容及び使用方法の徹底 随時
- 非常災害に関する通報方法・連携体制の周知 随時

12. 禁止事項

施設では、多くの方に安心して介護予防通所リハビリテーションサービスをご利用いただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

13. 要望および苦情等の相談

施設に対する要望または苦情等については、担当者または支援相談員にお気軽にご相談いただくか、備え付けられた「皆様の声箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

【担当者】相談員：柴崎 敏明

【受付時間】月曜日から金曜日（但し、祝祭日及び12月30日から1月3日を除く）

午前8時30分から午後5時まで

電話番号 0237-73-5850

14. その他

施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

施設の事業計画・財務内容等を閲覧することもできますので、ご希望の方はお申し出ください。

介護予防通所リハビリテーション 基準額・加算額

介護老人保健施設 紅寿の里 (平成21年4月1日現在)

基 準 額	
介護予防通所リハビリテーション費	
(1)要支援1	2,496円
(2)要支援2	4,880円
加 算 額	
・運動器機能向上加算	225円
・若年性認知症利用者受入加算	240円
・栄養改善加算	150円
・口腔機能向上加算	150円
・事業所評価加算	100円
食費（提供した場合）（食材料＋調理費相当分）（昼食・おやつ）	
	600円

※上記金額は非課税です。

- 注) 1. 介護予防通所リハビリテーションの個人負担額は、上記基準額と加算額、食費を合算した額となります。
2. サービスの内容により、上記以外の加算額が算定されますのでご了承ください。
3. 上記金額は、1月または1回あたりの料金です。
4. 基準額・加算額・利用料は、月1回締めとし、お支払は口座振替を原則としますが、別の支払方法（現金、銀行振込）を希望される場合は、利用申込時にお申し出ください。なお、申し出た支払方法は、いつでも変更することが可能です。
5. 領収書の再発行はできかねますので、大切に保管してください。

利 用 料 金 表

介護老人保健施設 紅寿の里 (平成21年4月1日現在)

➤基本料金	
介護予防通所リハビリテーション費	厚生労働大臣が定める基準の利用料の1割
➤その他の料金	
食 費 (提供した場合)	600円/回 (昼食・おやつ)
※上記金額は非課税です。	
特別な食事に対する加算	250円/回
おむつ代	
尿取りパッド	15円/枚
パンツタイプ	65円/枚
平おむつ	20円/枚
各種催事費	実費
作業リハビリ作品材料費	実費
通常の送迎の実施地域外の場合の送迎費	実費 通常の送迎の実施地域 自動車 河北町、寒河江市、 使用 30円/km 天童市
通所リハビリテーションの提供にあたって、日常の生活上必要となるものに係る費用	実費

注) 上記料金には、消費税が含まれています。

平成 年 月 日

介護予防通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づき、重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	〒999-3522 山形県西村山郡河北町大字溝延字本丸8-1
	名称	医療法人社団みゆき会 介護老人保健施設 紅寿の里
	説明者	Ⓜ

私は、本書面により事業者から介護予防通所リハビリテーションについて重要事項の説明を受け、本書面を受領しました。

利用者	住所	〒 -
	氏名	Ⓜ
代理人	住所	〒 -
	氏名	Ⓜ