

介護老人保健施設湖水荘

指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーション

重要事項説明書

1 湖水荘通所リハビリテーションの概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名（施設名）	介護老人保健施設湖水荘 通所リハビリテーション
所在地	青森県北津軽郡鶴田町大字廻堰字東下山91-2
電話番号	0173-22-5694
FAX番号	0173-22-5876
事業所番号	指定事業所番号（0252480017号）
サービスを提供できる地域※	鶴田町、五所川原市（旧金木町、旧市浦村を除く）、板柳町、つがる市（旧稲垣村、旧車力村を除く）

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職 名	資 格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者	医師	1名		1名	介護従業者及び業務の管理
介護職員	介護福祉士				心身状況把握、健康管理等
看護職員	看護師				心身状況把握、健康管理等
機能訓練指導員	作業療法士				心身機能維持回復、機能訓練等
機能訓練指導員	理学療法士				
管理栄養士	管理栄養士				栄養管理、栄養指導
合計					—
勤務時間	8時00分～17時00分				

(3) サービスの提供時間及び定員

	営業時間	サービス提供時間
平日	午前8時～午後5時	午前9時～午後3時30分 （上記時間外はご相談ください）
休業日	土曜日、日曜日 冬季休暇12月31日～1月3日	
定員	18名	

2 当事業所（施設）の通所リハビリテーションの特徴等

（1）運営の方針

利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防を目的に、リハビリテーションの目標を設定し、計画的にリハビリテーションを行ないます。

また、自らその提供する指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

（2）サービス利用のために

事 項	備 考
従業員への研修の実施	随時行ないます。
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供いたします。

（3）サービスの利用に当たっての留意事項

送迎時間の連絡	送迎時間はおおよその時間をお伝えします。ただし、道路事情によりお伝えした時間が前後する場合がありますが、何卒ご理解をお願い致します。また、行事等で送迎時間が異なる場合がありますが、その都度別途ご連絡申し上げます。
体調確認	体調の確認は、皆様にお渡しする連絡帳でもご連絡をいただきますが、来所時に看護師による健康チェックを致します。
体調不良等によるサービスの中止・変更	当事業所は福祉施設ですので、医療対応は応急的なことしか出来ません。体調不良の場合でサービスの提供が困難と事業所側で判断した場合は、利用の中止をしていただく場合がございます。
食事のキャンセル	食事のキャンセルについては、原則としてご利用日の前営業日の午後5時までにご連絡下さい。（この場合のキャンセル料は無料です）ご利用当日に食事をキャンセルする場合は食事料費500円をいただきます。
時間変更	原則としてご利用日の前営業日の午後5時までにご連絡下さい。
設備、器具の利用	当事業所職員までお申し出下さい。

3 サービスの内容

- ①送迎
- ②食事
- ③入浴
- ④個別機能訓練
- ⑤レクリエーション
- ⑥生活相談

4 利用料金

※1「介護保険適用時の1日あたりの自己負担額」とは1割負担の場合です。

利用料

①通所リハビリテーション

ア 通所リハビリテーション利用料

(サービス提供時間6時間～7時間)

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要介護1	7,150円	715円
要介護2	8,500円	850円
要介護3	9,810円	981円
要介護4	11,370円	1,137円
要介護5	12,900円	1,290円

(サービス提供時間1時間～2時間)

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要介護1	3,690円	369円
要介護2	3,980円	398円
要介護3	4,290円	429円
要介護4	4,580円	458円
要介護5	4,910円	491円

(サービス提供時間2時間～3時間)

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要介護1	3,830円	383円
要介護2	4,390円	439円
要介護3	4,980円	498円
要介護4	5,550円	555円
要介護5	6,120円	612円

(サービス提供時間3時間～4時間)

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要介護1	4,860円	486円
要介護2	5,650円	565円
要介護3	6,430円	643円
要介護4	7,430円	743円
要介護5	8,420円	842円

(サービス提供時間 4 時間～ 5 時間)

	1 日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担額
要介護 1	5, 5 3 0 円	5 5 3 円
要介護 2	6, 4 2 0 円	6 4 2 円
要介護 3	7, 3 0 0 円	7 3 0 円
要介護 4	8, 4 4 0 円	8 4 4 円
要介護 5	9, 5 7 0 円	9 5 7 円

(サービス提供時間 5 時間～ 6 時間)

	1 日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担額
要介護 1	6, 2 2 0 円	6 2 2 円
要介護 2	7, 3 8 0 円	7 3 8 円
要介護 3	8, 5 2 0 円	8 5 2 円
要介護 4	9, 8 7 0 円	9 8 7 円
要介護 5	1 1, 2 0 0 円	1, 1 2 0 円

(サービス提供時間 7 時間～ 8 時間)

	1 日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担額
要介護 1	7, 6 2 0 円	7 6 2 円
要介護 2	9, 0 3 0 円	9 0 3 円
要介護 3	1 0, 4 6 0 円	1, 0 4 6 円
要介護 4	1 2, 1 5 0 円	1, 2 1 5 円
要介護 5	1 3, 7 9 0 円	1, 3 7 9 円

イ 付加サービスの利用料

	1 日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担額
入浴介助加算Ⅰ	4 0 0 円	4 0 円
入浴介助加算Ⅱ	6 0 0 円	6 0 円
リハビリテーション 提供体制加算	1 2 0 円～ 2 8 0 円 (利用時間によります)	1 2 円～ 2 8 円 (利用時間によります)
	(6 時間以上 7 時間未満の場合は 2 4 単位となります)	
短期集中個別リハビリ テーション実施加算 (退院・退所・認定日 から 3 月以内)	1, 1 0 0 円	1 1 0 円
認知症短期集中リハビリ テーション実施加算Ⅰ (退院・退所・通所開始日 から 3 月以内)	2, 4 0 0 円／月	2 4 0 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 5,600円/月 開始日から6月超 2,400円/月	開始日から6月以内 560円/月 開始日から6月超 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 5,930円/月 開始日から6月超 2,730円/月	開始日から6月以内 593円/月 開始日から6月超 273円/月
上記について 医師から説明し、 利用者の同意を得た場合	(追加) 2,300円	(追加) 230円
若年性認知症利用者 受入加算	600円	60円
栄養アセスメント加算	500円/月	50円/月
栄養改善加算 【月2回を限度】	2,000円	200円
口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅰ 【6ヶ月に1回を限度】	200円/月	20円/月
口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅱ 【6ヶ月に1回を限度】	50円/月	5円/月
口腔機能向上加算Ⅰ 【月2回を限度】	1,500円	150円
口腔機能向上加算Ⅱ 【月2回を限度】	イ 1550円 ロ 1600円	イ 155円 ロ 160円
重症療養加算	1000円	100円
中重度者ケア体制加算	200円	20円
科学的介護推進体制加算	400円/月	40円/月
事業所が送迎を行わない 場合	-470円/片道	-47円/片道
中山間地域等に居住する 者へのサービス提供加算	所定単位数の5%×10	所定単位数の5%
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	220円	22円
退院時共同指導加算 【退院時1回限り】	6000円	600円
感染症災害3%加算	所定単位数の3%×10	所定単位数の3%
介護職員等 処遇改善加算(Ⅰ)	サービス費総単位数の 8.6%×10	サービス費総単位数の 8.6%

ウ その他の費用

食事代	600円/日
おむつ代	実 費
レクリエーション費用	実 費
学習療法費(実施者のみ)	2,200円/月(税抜き2000円) ただし、認知症短期集中リハビリテーション実施期間中を除く。
CSセット	月額100円～(税抜き91円～)

②介護予防通所リハビリテーション

ア 介護予防通所リハビリテーション費

	1月あたりの利用料金	介護保険適用時の 1月あたりの自己負担額
要支援1	22,680円	2,268円
要支援2	42,280円	4,228円
利用開始月から12ヶ月 を超えて利用継続した場合	要支援1 - 1200円 要支援2 - 2400円	要支援1 - 120円 要支援2 - 240円

イ 付加サービスの利用料

	1月あたりの利用料金	介護保険適用時の 1月あたりの自己負担額
栄養改善加算	2,000円	200円
栄養アセスメント加算	500円/月	50円/月
口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅰ 【6ヶ月に1回を限度】	200円/月	20円/月
口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅱ 【6ヶ月に1回を限度】	50円/月	5円/月
口腔機能向上加算Ⅰ	1,500円	150円
口腔機能向上加算Ⅱ	1,600円	160円
一体的サービス提供加算	4,800円	480円
科学的介護推進体制加算	400円/月	40円/月
介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）	サービス費総単位数の 8.6%×10	サービス費総単位数の 8.6%
退院時共同指導加算 【退院時1回限り】	6000円	600円
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	要支援1 880円 要支援2 1,760円	要支援1 88円 要支援2 176円
若年性認知症利用者 受入加算	2,400円	240円
中山間地域等に居住する 者へのサービス提供加算	所定単位数の5%×10	所定単位数の5%

ウ その他の費用

食事代	600円/日
おむつ代	実 費
レクリエーション費用	実 費
CSセット	日額100円～（税抜き91円）
学習療法費（実施者のみ）	2,200円/月（税抜き2000円）

(2) 料金の支払方法

毎月、5日までに前月分の請求をいたしますので、その月の15日までにお支払いください。
お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中から自由によります。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1か月前までに文書で通知します。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合

- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・お客様が亡くなられた場合

- ・天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当事業所を利用させることができない場合

④ その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。

- ・お客様が、当事業所、当事業所の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行なった場合。

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 成田 百合子

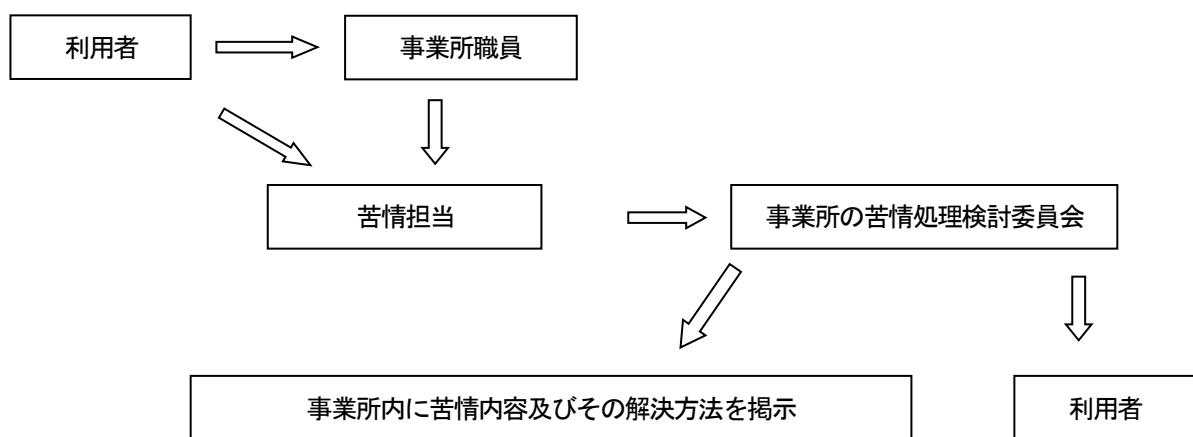
電 話 0173-22-5694 FAX 0173-22-5876

受付日 年中（ただし、土・日曜日、12月31日～1月3日を除く）

受付時間 午前8時～午後5時

(2) 苦情処理体制

苦情処理フロー



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 鶴田町介護福祉課

0173-22-2111

イ 青森県国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会）

017-723-1336

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

協力 医療機関	氏名	つがる西北五広域連合 鶴田診療所		
	住所	鶴田町大字鶴田字鷹ノ尾34	電話番号	0173-22-5484

主治医	病院名		受診科	
	氏名		電話番号	
ご家族	氏名		続柄	
	自宅 電話番号		その他 連絡先	

緊急 連絡先	氏名 続柄	続柄 ()	連絡先	
-----------	----------	--------	-----	--

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（当事業所はあいおいニッセイ同和損保と損害賠償保険契約を結んでおります。）

9 非常災害対策

防災設備	消火器（30個）、自動火災報知機（6台）誘導灯（26台） 消火用散水栓（6台）
防災訓練	年2回実施
防火責任者	長内勝靖

非常災害対策の計画を策定し、鶴田町及び関係機関との連携を密にして、災害訓練は施設周辺地域との連携を考慮して行います。また、感染症の発生・蔓延に備え、委員会の開催、計画の策定、研修・訓練を実施します。

10 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

11 身体拘束等・虐待防止について

当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、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、当施設の医師がその様態及び時間、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。

虐待・拘束の防止のための指針を整備し、検討をする委員会を定期的に開催し、検討事項に従業者に周知するとともに、研修を定期的実施します。

12 その他

- ・共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

- ・当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- ・職員が把握困難な金品等の紛失につきましては、当施設は一切責任を負いません。

令和 年 月 日

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いて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 青森県北津軽郡鶴田町大字廻堰字東下山 9 1 - 2

名 称 介護老人保健施設 湖水荘 通所リハビリテーション

説明者氏名

印

私は、本書面により、事業者から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所

氏名

印

(代理人) 住所

氏名

印

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

社会福祉法人 桂久会 殿

住所

氏名

印

(家族) 住所

氏名

印