

介護老人保健施設ヴィラ弘前

通所リハビリテーション重要事項説明書

1 指定通所リハビリテーション ヴィラ弘前の概要

(1) 当施設の概要

事業所名(施設名)	介護老人保健施設ヴィラ弘前
所在地	青森県弘前市大字岩賀2丁目12の11
電話番号	0172-37-7300
FAX番号	0172-37-7303
事業所番号	指定事業所番号 0250280039
サービスを提供できる地域	中弘南黒地域

※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 種	資 格	員 数					職 務 内 容
		常勤	非常勤	常勤 換 算	合 計	必要配置 基 準	
医 師	医 師	1名	1名	0.2名	1.2名 (入所兼務)	1名	利用者の病状等を把握し、利用者の診察・健康管理及び保健衛生指導に従事する。
介護職員	介護福祉士	5名	1名	0.5名	7.5名	2名	利用者の日常生活の援助に従事する。
	介護員	2名					
機能訓練 指導員	理学療法士	1名	1名	0.2名	1.0名 (入所兼務)	0.2名	利用者の機能回復の促進及び機能低下を予防する業務に従事する。
	作業療法士	4名		0.4名			
	言語聴覚士	4名		0.4名			

(3) 当事業所(施設)の設備の概要

定 員	20人	浴 室	一般浴槽室	74.61㎡
食 堂	207.65㎡		特殊浴槽室	12㎡
機能訓練室	160.15㎡	送迎車	4台	
相談室	1室 9.75㎡	その他		

(4) サービスの提供時間帯

営 業 日	営 業 時 間	利 用 定 員
月～土曜日	午前8時00分から午後5時00分まで	20人

※年末・年始(12/31～1/3)及びお盆(8/13～8/15)を除く。

(5) サービスの実施区域

実施区域	中弘南黒区域
------	--------

※ただし、可能な限り随時対応します。

2 当施設の通所リハビリテーションの特徴等

(1)運営の方針

当事業所(施設)は、要支援または要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅でその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように、要介護者及び要支援者の 家庭等での生活を継続する為に立案された居宅介護サービス計画に基づき、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とした施設です。サービスを提供するにあたっては利用者にかかわる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら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、利用者・扶養者(ご家族)の希望を十分に取り入れ、計画の内容に同意を得た上で、通所リハビリテーション計画を作成します。

(2)サービス利用のために

職員への研修の実施	年2回施設内外研修を実施しています。
サービスマニュアル	サービスマニュアルに沿った適切なサービスを提供します。
身体的拘束	利用者または他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行なわない。やむを得ず拘束する場合は利用者又はその家族に説明し同意を得た上で、医師の指示の下に行なうとともに、その状態、経過、心身の状況及び拘束の理由等を診療録に記録します。

(3)サービスにあたっての留意事項

送迎時間の連絡	交通又はその他の事情等により変更があった場合は、随時電話等でご連絡を致します。
体調確認	朝のお迎え時、体調を確認し、状態不良等の時はお休みいただく場合もあります。また、インフルエンザや感染症のもの(ノロウィルスなど)の感染が疑われる場合は、所定の日数をお休み頂きます。同居されている方が罹患した場合も同様の取り扱いとします。(発症後5日を経過。かつ解熱後2日経過するまでご利用をお休みして頂きます。)
体調不良等によるサービスの中止・変更	体調不良等又はその他の事情により通所リハビリテーション利用継続が困難となった場合、又は何らかの理由により変更を希望される場合はサービス計画(ケアプラン)を作成した介護支援専門員又は当事業所(施設)にご相談ください。
食事のキャンセル	利用日当日にキャンセルされた場合は、お食事代を頂きます。
飲酒・喫煙	施設内での飲酒・喫煙はご遠慮ください。
火気の取り扱い	施設内での火気取り扱いはご遠慮ください。
設備・備品の利用	施設内の居室や設備・器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により、破損が生じた場合、賠償して頂くこともあります。
所持品・備品等の持ち込み	所持品には、必ず大きく名前を記入してください。 ◎利用の際準備していただくもの バスタオル、洗顔タオル、入浴時の着替え(下着等)、お屋のお薬、おむつ類等
金銭・貴重品の管理	原則として職員は管理しません。持ち込みはご遠慮ください。
宗教活動	利用者に対する宗教活動・政治活動はご遠慮ください。
ペットの持ち込み	ペットの持ち込み飼育はご遠慮ください。
その他	◇利用中に、利用者やご家族の住所・連絡先に変更があった場合や、保険証類の更新・変更があった場合は、必ず当事業所(施設)へご連絡ください。

3 サービス内容

① 通所リハビリテーション計画の立案

- ② 食事(昼食午前11時45分～ 夕食午後5時30分～)
- ③ 入浴(一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。但し、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。)
- ④ 機能訓練(リハビリテーション、レクリエーション)
- ⑤ 相談援助サービス(支援相談員に日常生活に関することなどについて相談できます)
- ⑥ 理美容サービス
- ⑦ 基本時間外施設利用サービス(何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用)
- ⑧ その他
- *これらのサービスのなかには、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。

1 利用料金

(1) 利用料

① 通所リハビリテーション利用料(サービス提供時間6時間以上～7時間未満)

		1割	2割
要介護1	日 額	715(486)円	1430(962)円
要介護2	日 額	850(565)円	1700(1130)円
要介護3	日 額	981(643)円	1962(1286)円
要介護4	日 額	1137(743)円	2277(1486)円
要介護5	日 額	1290(842)円	2580(1684)円

※()内の料金はサービス提供時間3時間以上～4時間未満の場合

② 付加サービスの利用料

		1割	2割
時間延長利用 (8時間以上になった場合)	8時間以上9時間未満	50円/回	100円/回
	9時間以上10時間未満	100円/回	200円/回
リハビリテーション提供体制加算(3時間以上4時間未満の場合)		12円/回	24円/回
リハビリテーション提供体制加算(6時間以上7時間未満の場合)		24円/回	48円/回
リハビリテーション提供体制加算(7時間以上の場合)		28円/回	56円/回
入浴介助加算(Ⅰ)		40円/回	80円/回
リハビリテーションマネジメント加算イ	開始日から6ヶ月以内	560円/月	1120円/月
	開始日から6ヶ月超	240円/月	480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ヶ月以内	593円/月	1186円/月
	開始日から6ヶ月超	273円/月	546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ヶ月以内	793円/月	1586円/月
	開始日から6ヶ月超	473円/月	946円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算			
退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以内		110円/回	220円/回
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)			
退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以内(週2回まで)		240円/回	480円/回
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)			
退院(所)日翌日の属する月又は開始月から起算して3ヶ月以内		1920円/月	3840円/月
若年性認知症利用者受入加算		60円/回	120円/回
栄養アセスメント加算		50円/月	100円/月
栄養改善加算(3ヶ月以内、月2回を限度)		200円/回	400円/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6ヶ月に1回を限度)		20円/回	40円/回

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6ヶ月に1回を限度)	5円/回	10円/回
口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回を限度)	150円/回	300円/回
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(月2回を限度)	155円/回	310円/回
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(月2回を限度)	160円/回	320円/回
中重度者ケア体制加算	20円/回	40円/回
重度療養管理加算(要介護4・5のみ)	100円/回	200円/回
科学的介護推進体制加算	40円/月	80円/月
送迎を行わない場合(片道につき)	47円減算	94円減算
退院時共同指導加算	600円/回	1200円/回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円/回	44円/回
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	総基本料の8.6%	
高齢者虐待防止措置未実施減算	当事業所は減算なし	
業務継続計画未策定減算	当事業所は減算なし	

④その他の費用

食費	600円	日常生活費	理美容代	1800円/回
おむつ代	パンツタイプ紙おむつ	90円/枚	レクリエーション費	実費/回
	尿取りパット(小)	28円/枚	クラブ活動費	実費/回
	尿取りパット(大)	50円/枚		
	紙おむつ	110円/枚		

(2)料金の支払方法

毎月10日までに前月分の利用料金を出しますので、その月の11日～末日までにお支払いください。
お支払いいただきますと、領収証を発行いたします。

(3)保険給付のための証明書の交付

法定代理受領サービスに該当しないサービスの費用の支払いを受けた場合は、サービスの内容、費用の額、

その他の必要事項を記載したサービスの提供証明書を利用者に交付します。

5 サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

まずは、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ヶ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。

・お客様が他の介護保健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

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、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または、お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 サービス内容に関する苦情

本事業所では利用者からの苦情に適切に対応する体制を整え、本事業所における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員会を下記により設置し、苦情解決に努めています。

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

苦情解決責任者 下田 肇(理事長)

苦情受付担当者 支援相談員(野呂、安達、村元、工藤)

電 話 0172-37-7300 FAX 0172-37-7303

受 付 日 年中(ただし、日祝祭日、8/13~8/15、12/31~1/3を除く)

受付時間 (月~金)8:30~17:30

(土) 8:30~12:30

第三者委員 ①山本正人[連絡先 0172-27-1001]

②山本洋子[連絡先 0172-27-0999]

(2) 苦情解決の方法

① 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受け付け担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出る事もできます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員(苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く)に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち会いを求める事ができます。なお、第三者委員の立ち会いによる話し合いは、次により行います。

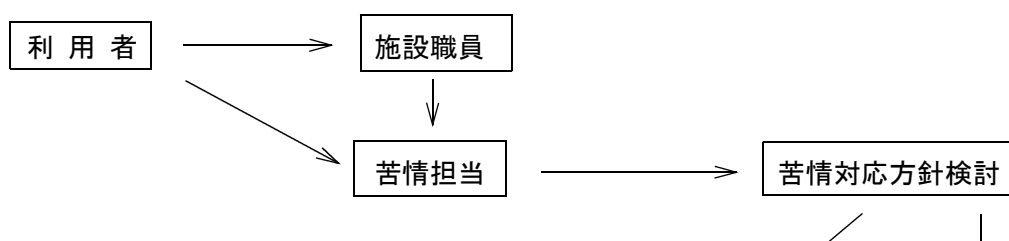
ア. 第三者委員による苦情内容の確認

イ. 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ. 話し合いの結果や改善事項等の確認。

(3) 苦情処理体制

苦情処理フロー



施設内に苦情内容及びその解決方法を掲示

利 用 者

(4) 都道府県「運営適正委員会」の紹介

当施設以外に、お住まいの市町村または青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

行政機関その他苦情受付機関

	所在地 電話番号 () 受付時間 毎週月曜日～金曜日(祝祭日を除く) 午前8時30分～午後5時
青森県国民健康保険 団体連合会	所在地 青森県青森市新町2-4-1 電話番号(017-723-1336) FAX(017-723-1088) 受付時間 毎週月曜日～金曜日(祝祭日除く) 午前8時30分～午後5時15分

本事業者で解決できない苦情は、青森県社会福祉協議会に設置された運営適正委員会に申し立てることができます。

青森県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 青森市中央三丁目20-30 県民福祉プラザ2階 電話番号(017-731-3039) 受付時間 毎週月曜日～金曜日(祝日と年末年始を除く) 午前9時～午後5時
------------------------	--

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。

主治医	氏 名		TEL	
	連 絡 先			
ご家族	氏 名		TEL	
	連 絡 先			

8 虐待防止

虐待の発生またはその再発を防止するための指針を整備し、また事態が発生した場合の改善策を従業者に周知徹底する体制を整える。

9 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、居宅介護新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、当施設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。当施設は有限会社全老健共済会と損害賠償保険契約を結んでおります。

10 非常災害対策

災害時の対応	災害対応マニュアル
防災設備	消火器・消火栓・火災報知器・非常口・避難誘導灯・防火扉 ・防火シャッター・自動通報設備・火災受信設備器 非常放送設備等

防災訓練	年2回(内夜間想定1回)
防火責任者	尾崎 賢吾

11 身元保証人

(1) 契約締結時に、ご契約者の署名、捺印を必要としますが、利用者ができない場合には代理人が署名することもできます。利用者による署名、代理人による署名のいずれの場合においても「身元保証人」を特定していただき、利用者が施設を利用している間、主たる連絡先として介護、医療方針等に関する判断、毎月の利用料が円滑に支払われるための援助をお願いします。

(2) 利用者または身元引受人の都合により、身元保証人を変更される場合は、当施設へ変更後の身元保証人を速やかに通知し、新たに契約書を作成するものとします。

(3) 身元保証人の前項の金融債務の限度額は、利用者の債務不履行月の施設利用料金の3ヶ月を上限とします。

履行の義務期間は、契約日から5年とします。

附 則

この規程は、令和6年6月1日から施行する。

令和 年 月 日

通所リハビリテーション提供にあたり、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 青森県弘前市大字岩賀2丁目12の11
 名 称 医療法人サンメディコ
 介護老人保健施設ヴィラ弘前

説明者氏名 _____

私は、本書面により、介護老人保健施設ヴィラ弘前から通所リハビリテーションについての重要事項と身体拘束の説明を受け、通所リハビリテーションの提供開始についての同意をします。

(利用者)

住 所 _____

電話番号 () _____

氏 名 _____

(身元引受人)

住 所 _____

電話番号 () _____

氏 名 _____

(身元保証人)

住 所 _____

電話番号

氏 名

利用者との関係()
