

# ハイム・アザレア通所リハビリテーション

## 重要事項説明書

### 1. 施設の概要

#### (1) 施設の名称等

- ・施設名 老人保健施設ハイム・アザレア
- ・開設年月日 平成7年10月2日
- ・所在地 岩手県奥州市前沢古城字丑沢上野 100 番地
- ・電話番号 TEL：0197-56-3646 FAX：0197-56-2614
- ・管理者名 井筒 大人
- ・介護保険事業所番号 介護老人保健施設ハイム・アザレア（0352580005号）

#### (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、通所リハビリテーションサービスの提供に於いては、看護、医学的管理の下で、心身機能の低下予防及び心身機能の維持・回復、日常生活自立の為の理学療法、作業療法その他リハビリテーション等のサービスを提供する事で、利用者が要介護状態となった場合に於いても、その利用者が可能な限りその家庭に於いて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営む事が出来る様に支援する事を目的としています。

この目的に沿って、当施設では、以下の様な運営の方針を定めていますので、ご理解頂いた上でご利用下さい。

#### [老人保健施設ハイム・アザレアの運営方針]

- ・利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努める。
- ・明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市区町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者や介護保険施設その他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

#### (3) 施設の職員体制（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を合わせた人員）

|              | 常 勤   | 非常勤 |    | 業務内容                 |
|--------------|-------|-----|----|----------------------|
| ・医 師         | 1 人   |     | 兼務 | 利用者の健康管理及び適切な医療処置    |
| ・看護職員        | 2 人以上 |     |    | 利用者の保健衛生並びに看護        |
| ・介護職員        |       |     |    | 利用者の日常生活全般にわたる介護     |
| ・作業療法士、理学療法士 | 1 人以上 |     | 兼務 | 利用者に対する作業療法、理学療法     |
| ・管理栄養士       | 1 人   |     | 兼務 | 利用者の栄養指導・管理及び給食の献立業務 |

#### (4) 建物設備：専用の部屋・ディルーム、食堂、レクリエーションルーム、機能訓練室 浴 室・一般浴、特浴

#### (5) 通所定員：定員：20名（介護予防通所リハビリテーション利用者と合わせて） 送迎地域 奥州市前沢

#### (6) 実施時間：営業日の午前9時30分～午後3時40分

#### (7) 実 施 日：日曜日、年末年始（12月30日～1月3日）、災害等や施設管理上やむを得ない事由で利用者に不利益になる恐れがあると施設長が判断した場合 以外

### 2. 利用手続きについて

ご利用にあたりましては、介護保険の認定が必要です。介護保険証の確認をさせていただきます。未認定の方は担当までご相談下さい。認定手続きについてご説明致します。

ご利用希望日を担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）の方へご相談

下さい。担当者がサービス計画を作成し調整した上でご利用頂けます。又、利用に際して、施設へ来所いただくか若しくはご自宅等に訪問し、サービスについてご説明させていただきます。

### 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 11:45分～ ＊食事は原則として食堂でお取り頂きます。
- 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。）
- ④ 送迎
- ⑤ 医学的管理・看護
- ⑥ 介護
- ⑦ リハビリテーション
- ⑧ レクリエーション、行事
- ⑨ 栄養管理、栄養ケアマネジメント等の栄養状態の管理、食事相談
- ⑩ 口腔衛生の管理
- ⑪ 相談援助サービス
- ⑩ 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。

通所リハビリテーションについては、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス計画に基づき、当施設で、看護、医学的管理の下における介護及びリハビリテーションその他必要な医療並びに日常生活上の援助を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減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、利用者に係るあらゆる職種の職員の協議によって、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。

医療：介護老人保健施設は、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

介護：居宅サービス計画の内容に沿った、通所リハビリテーション計画に基づいて実施します。

リハビリテーション：リハビリテーション実施計画書の立案と実施。原則として機能訓練室にて行いますが、施設内での全ての活動が機能維持・向上の効果を期待したものです。

栄養・口腔：心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービス、口腔機能向上サービスを提供します。

### 4. 利用料金

介護保険給付に係る通常の1割～3割の自己負担分と保険給付対象外の費用（食費、おむつ代等）を利用料としてお支払いいただく2種類があります。

（1）基本料金（要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。6時間以上7時間未満の利用1回につきの料金です。）

|      |  | 1割     | 2割     | 3割     |
|------|--|--------|--------|--------|
| 要介護1 |  | ¥715   | ¥1,430 | ¥2,145 |
| 要介護2 |  | ¥850   | ¥1,700 | ¥2,550 |
| 要介護3 |  | ¥981   | ¥1,962 | ¥2,943 |
| 要介護4 |  | ¥1,137 | ¥2,274 | ¥3,411 |
| 要介護5 |  | ¥1,290 | ¥2,580 | ¥3,870 |

(2) 加算料金 (要件を満たした場合に算定します)

| 加算項目                                        | 1割負担              | 2割負担   | 3割負担   | 算定要件                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------|-------------------|--------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| リハビリテーション提供体制加算<br>(1回につき)                  | ¥24               | ¥48    | ¥72    | 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。                                                                                                                                                                                |
| 中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算(1月につき)             | 所定単位数に5%を乗じた単位数   |        |        | 通常の事業実施地域(前沢)を超えて厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対するサービス提供した場合。(岩手県全域が豪雪地帯に指定されており、対象地域となる)                                                                                                                                                            |
| 入浴介助加算(Ⅰ)<br>(1回につき)                        | ¥40               | ¥80    | ¥120   | (Ⅰ)適切な人員・設備で入浴介助を行ったとき、(Ⅱ)加えて・医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。・理学療法士等が医師等の連携の下で、利用者の身体の状況、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すること。・入浴計画に基づき、個浴で入浴介助を行うこと。                                                                         |
| 入浴介助加算(Ⅱ)<br>(1回につき)                        | ¥60               | ¥120   | ¥180   |                                                                                                                                                                                                                                             |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ)<br>(1)(開始月から6か月以内)     | ¥593              | ¥1,186 | ¥1,779 | ・口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。・リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFEに提出した情報を活用していること。・共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。・さらに、事業所の医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合に270単位/月加算となる。 |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ)<br>(2)(開始月から6か月以降)     | ¥273              | ¥546   | ¥819   |                                                                                                                                                                                                                                             |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算<br>(退院・退所日又は認定日より3ヶ月以内) | ¥110              | ¥220   | ¥330   | 医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に個別リハビリテーションを集中的に行なった場合。                                                                                                                                                                |
| 栄養アセスメント加算<br>(1月につき)                       | ¥50               | ¥100   | ¥150   | ・管理栄養士を1名以上配置。・利用者ごとに多職種が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に結果を説明し、相談などに対応。・利用者ごとの栄養状態などの情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施のために情報を活用していること。                                                                                                                         |
| 栄養改善加算<br>(1月2回まで・1回につき)                    | ¥200              | ¥400   | ¥600   | ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを提供。栄養状態を記録し、評価。・必要に応じ居宅を訪問すること。                                                                                                                                 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)<br>(6月に1回まで・1回につき)        | ¥5                | ¥10    | ¥15    | 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、利用者を担当する介護支援専門員に情報提供していること。                                                                                                                                                               |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ<br>(原則3月以内、月2回まで・1回につき)        | ¥160              | ¥320   | ¥480   | ・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置。・利用開始時に口腔機能を把握し他職種の者が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うと共に口腔機能を定期的に記録し、指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。それらの情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上のために有効に活用していること。                                                                               |
| 重度療養管理加算<br>(1日につき)                         | ¥100              | ¥200   | ¥300   | 厚生労働省が定める医療の必要性の高い利用者(要介護3、4、5であるものに限る)に対し計画的な医学的管理のもと、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<br>(1日につき)                       | ¥20               | ¥40    | ¥60    | ・介護職員又は看護職員を常勤換算方法で1以上確保。・前年度の通所リハビリテーション事業所の利用者総数のうち、要介護3、4、5である者の占める割合が30%以上。・提供時間帯を通じて看護職員を1名以上配置。                                                                                                                                       |
| 科学的介護推進体制加算<br>(1月につき)                      | ¥40               | ¥80    | ¥120   | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の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ていること。必要に応じてサービス計画を見直すなど情報を活用していること。                                                                                                                                                |
| 送迎未実施減算<br>(片道につき)                          | ¥47               | ¥94    | ¥141   | 利用者に対して、その居宅と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減算する。                                                                                                                                                                                              |
| 退院時共同指導加算<br>(1回につき)                        | ¥600              | ¥1,200 | ¥1,800 | 入院中の者が退院するにあたり、通所リハビリテーション事業所の医師または理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に初回の通所リハビリテーションを実施した場合。                                                                                                                                     |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)<br>(1日につき)                  | ¥22               | ¥44    | ¥66    | 以下のいずれかに該当すること。①介護福祉士70%以上②勤続10年以上介護福祉士25%以上                                                                                                                                                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)                              | 所定単位数に6.6%を乗じた単位数 |        |        | ・職場環境の改善(職場環境等要件を満たすこと)。・賃金体系等の整備及び研修の実施等。・資格や経験等に応じて昇給する仕組みの整備。                                                                                                                                                                            |
| 感染症または災害の発生を理由とする加算                         | 基本サービス費の3%        |        |        | 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、前年度における月平均の利用者数よりも5%以上減少している場合。                                                                                                                                                                                  |

### (3) その他の料金

|               |                                                 |
|---------------|-------------------------------------------------|
| 食事            | 一食につき 740 円                                     |
| オムツ代 (1 枚につき) | パット : 33 円      紙オムツ : 171 円<br>リハビリパンツ : 220 円 |
| 私用コピー代        | 用紙の大きさを問わず、1 枚 11 円                             |

### (4) 支払い方法

- ・ サービス利用月毎に翌月の 10 日以降に請求書を発行しますので、その月の月末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、会計窓口での現金払いを原則とさせていただきます。

## 5. 他機関、施設との連携

### ・ 協力医療機関への受診 :

当施設では、病院・診療所や歯科診療所に協力を頂いていますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いする様にしています。

### ・ 他施設への紹介

当施設での対応が困難になった場合や、専門的な対応が必要となった場合には、他の機関を紹介します。

当施設では、下記の医療機関・歯科診療所に協力をいただいています。

### ・ 協力医療機関

- ・ 名 称 美希病院
- ・ 住 所 奥州市前沢古城字丑沢上野 100 番地

### ・ 協力歯科医療機関

- ・ 名 称 ちば歯科医院
- ・ 住 所 奥州市水沢字桜屋敷 420

## 6. 施設利用に当たっての留意事項

### ① 食事

施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮ください。

### ② 送迎

当施設では、利用者様の希望により居宅及び施設間の送迎を実施しております。

但し、居宅内の移動に関しては家族の責任にて行っていただきます。例外に関しては別途協議にて行うこととします。

また、送迎時にはペットをゲージに入れる、リードにつなぐ等の協力をお願いします。大切なペットを守るため、安全に送迎支援を行うためにご協力ください。

### ③ 飲酒

飲酒は禁止させていただきます。

### ④ 喫煙、火気の取扱について

施設内での喫煙は禁止となっております。施設内への火気の持ち込みはご遠慮ください。

#### ⑤設備・備品の利用

設備・備品の利用にあたっては、損傷や汚染等に十分にご注意願います。尚、寝具備品等を著しく破損又は汚染した場合には、修理代又はクリーニング代の実費を申し受ける場合があります。

#### ⑥金銭・貴重品・私物等の持ち込み

金銭・貴重品の持ち込みはご遠慮ください。万一、金銭等（小銭も含む）をご利用者ご自身でお持ちになる場合は、盗難や紛失に十分にお気を付け願います。尚この場合盗難や紛失が発生した場合でも、当施設ではその責任を一切負いません。

又通所リハビリテーションご利用に無関係な私物の持ち込み、売買・斡旋等は原則としてお断り致します。他ご利用者様にご迷惑がかかる場合には、ご利用を控えていただく場合もございます。

### 7. 非常災害対策

当施設では、次の様な防災設備と、防災訓練を実施しています。

- ・防災設備 屋内消火栓、スプリンクラー、自動火災報知器、非常通報装置、漏電火災警報機、非常電源装置、消火器、消防署への火災自動通報装置。
- ・防災訓練 年2回  
訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

### 8. 業務継続計画の策定

当施設は、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提供を継続的に実施するための、また非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定しています。

### 9. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して介護サービスを受けていただくために、利用者の「営利、斡旋行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

### 10. 相談・苦情等

当施設には、支援相談の専門員として介護支援専門員及び支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談下さい。

又、要望や苦情等も、介護支援専門員及び支援相談員にお寄せ頂ければ、速やかに対応致します。その他事務室前に備えられた「ご意見箱」をご利用下さい。

- ① 当施設苦情の受付 電話番号 0197-56-3646  
F a x 0197-56-2614

担 当：支 援 相 談 員 及川 美咲 村上 優希  
介護支援専門員 今野 純子

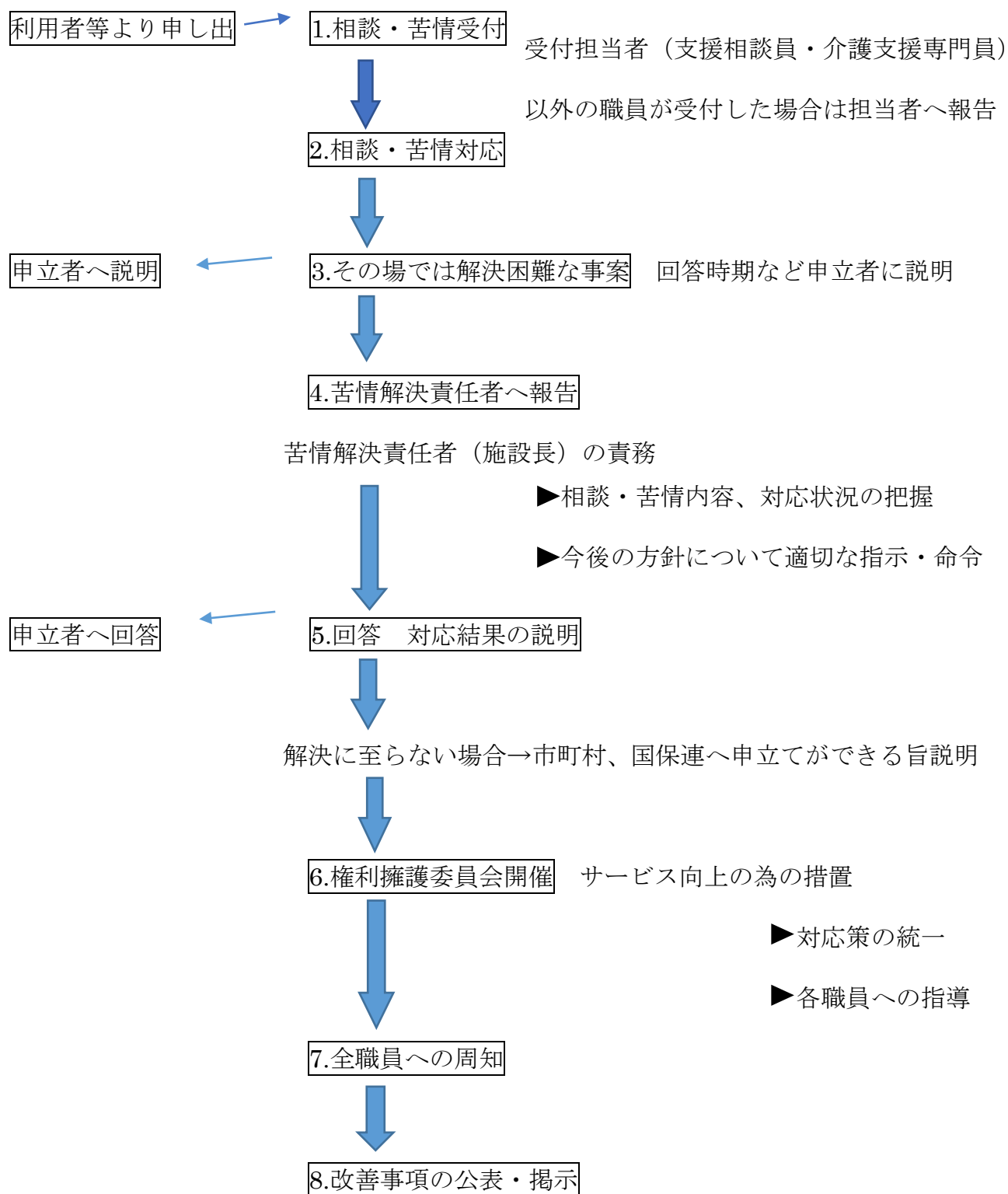
#### ② 奥州市役所

|        |            |      |              |
|--------|------------|------|--------------|
| 前沢総合支所 | 市民福祉グループ   | 電話番号 | 0197-34-0274 |
| 水沢総合支所 | 長寿社会課介護給付係 | 電話番号 | 0197-24-2197 |
| 胆沢総合支所 | 健康福祉グループ   | 電話番号 | 0197-46-2977 |
| 衣川総合支所 | 市民福祉グループ   | 電話番号 | 0197-34-2369 |

- ③ 平泉町役場 平泉町保健センター 電話番号 0191-46-5571

- ④ 岩手県国民健康保険団体連合 苦情相談窓口 電話番号 019-604-6700

## フローチャート



老人保健施設ハイム・アザレア  
令和7年4月

11. 提供するサービスの第三者評価の実施について  
当事業所において、第三者機関による評価の実施はしておりません。
12. その他  
当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

【説明確認欄】

年 月 日

老人保健施設ハイム・アザレア通所リハビリテーションをご利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 社団医療法人啓愛会 老人保健施設 ハイム・アザレア

説明者

氏 名 \_\_\_\_\_ (職名 \_\_\_\_\_)

私は、契約書および本書面により、事業者から老人保健施設ハイム・アザレア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、サービス提供の開始について同意します。

利用者

氏 名 \_\_\_\_\_

代理人

氏 名 \_\_\_\_\_

緊急連絡先

第1連絡先

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

住 所 (自宅・職場) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

第2連絡先

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

住 所 (自宅・職場) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## 介護老人保健施設 ハイム・アザレア 個人情報の利用に係る同意書

以下の定める条件とおり、老人保健施設ハイム・アザレアが、私および家族の個人情報について、必要最低限の範囲内で使用、提供、又は収集することに同意します。

### 1. 利用目的

#### 1) 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（入退所管理・会計・事故等の報告）

〔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
  - －家族など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、保険者等からの照会への回答
- ・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

#### 2) 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・介護サービスの維持・向上のための基礎資料
  - 学生の実習への協力      事例研究

〔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（外部監査機関への情報提供）

### 2. 利用期間      介護サービス提供に必要な期間および契約期間に準じます。

### 3. 利用条件

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。

利 用 者      氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

代 理 人      氏 名 \_\_\_\_\_      続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_