

介護老人保健施設 あさぎりの郷

通所リハビリテーション

介護保険施設サービス 重要事項説明書

山口県岩国市錦町広瀬705番地

社会福祉法人 錦福社会

TEL 0827-71-1111

重 要 事 項 説 明 書
(あさぎりの郷 通所リハビリテーションサービス)

あなたに対する通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第119条、第8条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	錦福社会		
法人所在地	山口県岩国市錦町広瀬758番地		
法人種別	社会福祉法人	代表者名	理事長 石井 忍
電話番号	0827-72-3523		

介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けている事業所名称 (指定番号)	本事業所が介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けているサービスの種類		
あさぎりの郷 通所リハビリテーション (山口県 3550880045)	指定通所リハビリテーション		
利用定員	18人	(指定介護予防通所リハビリテーション含む)	

2. ご利用施設

施設所在地	山口県岩国市錦町広瀬705番地		
管理者氏名	松本駿三		
電話番号	0827-71-1111	F A X : 0827-71-1112	

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	当事業所は、ご利用者様に対し「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションを行います。		
運営方針	1. 当事業所は、リハビリテーションを通じてご利用者様の「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るように努めます。		
	2. 当事業所は介護支援専門員や各指定居宅サービス事業所の担当者等がリハビリテーションカンファレンスの場に参画し、リハビリテーションの観点からご利用者主体の日常生活に着目した支援方針や目標、計画を共有できるよう努めます。		

4. 営業日、サービス提供時間ならびに通常の実施地域

営業日・時間	月曜日から金曜日（祝日および12/29～1/3を除く）午前8時30分より午後5時30分まで		
サービス提供時間	午前10時00分より午後3時10分まで		
サービス実施地域	岩国市（旧岩国市を除く） 周南市須金地区 島根県 旧・六日市町(吉賀町)		

5. 施設の概要

あさぎりの郷 通所リハビリテーション

敷 地		8,273.49 m ²		
建物	構造	鉄骨造平屋建て(準耐火建築)		
	延べ床面積	3,448.59 m ²		
設備	デイルーム	66.73 m ²		
	浴室（一般）	47.62 m ²		
	浴室（特別）	40.25 m ²		
	相談室	5.86 m ²		
備品等	特殊浴槽 血圧計 テレビ カラオケセット	車イス 歩行器 リハビリマット 寝具	機能訓練機器 (下段7.項参照) マッサージ機器	送迎用車両 8台 ・車イス用 ・ストレッチャー車

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	員数
管理者（医師）	1人
理学療法士	1人以上
看護職員	2人以上
介護職員	2人以上

※医師1名（常勤）、理学療法士・看護職員・介護職員をサービス提供時間を通じてご利用者数を10で除した数以上配置しています。
なお理学療法士は提供時間のうちリハビリテーションを提供する時間帯にご利用者数が100人またはその端数を増すごとに1人配置しています。
(その場合のご利用者数は定員ではなく実人数)

※管理者(医師)の勤務時間は8時30分～17時30分
看護職員は10時00分～11時00分 介護職員は8時30分～17時30分

7. 通所サービスの概要

種 類	内 容
食 事	・管理栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者様の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 (食事時間) 昼食 12時30分～13時30分 ※変更の可能性あり
入 浴 清 拭	・毎回入浴できるものとします。 ・ご利用者様の心身の状態等に応じ、お客様個人のプライバシーを尊重の上、適切な方法により、入浴の援助を行います。 ・入浴設備は、特殊浴槽と一般浴槽があります。 ・ご利用者様の心身の状態等によって、清拭及び部分浴（洗髪・陰部・足部洗浄）も行います。
排 泄	・ご利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
送 迎	・あさぎりの郷の車両で、送迎を行います。 ・送迎は原則として自宅からあさぎりの郷間とします。
機能訓練	・ご利用者様の心身の状態等に応じ、日常生活を営むのに必要な機能を回復し、又その減退を防止するための訓練を行うことができます。 ○移動式平行棒:1 ○肋木運動器:1 ○滑車運動器:2 ○フットトレーナー:2 ○自転車訓練器:1 ○干渉波治療器:1 ○ホットパック:1 ステッパー:1 ○上肢および下肢運動器:1 ○マイクロ波治療器:1 ○足関節背屈板:1 ○空気圧式マッサージ器:2 ○姿勢矯正用鏡:1 ○温熱機器:1

種 類	内 容
健康管理	・ 血圧・体温等の健康チェックを行い、常にご利用者様の健康状態に注意し、日常の健康の保持のために適切な措置をとり、必要に応じてその記録を保存します。 (当事業所の協力医療機関) 機関名：岩国市立錦中央医院 診療科：内科、耳鼻咽喉科、眼科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科 緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引継ぎます。
相 談	・ 当事業所では、ご利用者様及びご家族からのいかなるご相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。相談担当者に、ご相談下さい。

8. サービス利用料金

(1) 介護保険給付サービス利用料

下記の料金表によってご利用者様の要介護度に応じたサービス利用料金をお支払いください。

(サービス利用料金は、ご利用者様の要介護度に応じて異なります。)

※65歳以上の方で、一定以上の所得のある場合は2割負担、その中でも特に高い場合は3割負担となります。

◆ 1 割負担の場合

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
サービス利用 料 金	622円	738円	852円	987円	1,120円	※1回あたり

【各種サービス加算】

- ・ 入浴介助加算 (Ⅰ) 40円/日
- ・ 入浴介助加算 (Ⅱ) 60円/日
- ・ リハビリテーションマネジメント加算 ロ 593円/月 (要件を満たし同意を得た月から6ヵ月以内)
- ・ リハビリテーションマネジメント加算 ロ 273円/月 (要件を満たし同意を得た月から6ヵ月超)
- ※医師が利用者・家族に説明し同意を得た場合 270円/月
- ・ 口腔、栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) 20円/回 (要件を満たし6ヵごとに1回)
- ・ 移行支援加算 12円/日 (算定可能年度のみ)
- ・ サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) 22円/回 (算定可能年度のみ)
- ・ 科学的介護推進体制加算 40円/月
- ・ 退院時共同指導加算 600/月 (退院につき1回を限度)

- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ、基本サービス費に各加算減算を加えた総単位8.6%の1割負担とします。

◆ 2 割負担の場合

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
サービス利用 料 金	1,244円	1,476円	1,704円	1,974円	2,240円	※1回あたり

【各種サービス加算】

- ・ 入浴介助加算 (Ⅰ) 80円/日
- ・ 入浴介助加算 (Ⅱ) 120円/日
- ・ リハビリテーションマネジメント加算 ロ 1186円/月 (要件を満たし同意を得た月から6ヵ月以内)
- ・ リハビリテーションマネジメント加算 ロ 546円/月 (要件を満たし同意を得た月から6ヵ月超)
- ※医師が利用者・家族に説明し同意を得た場合 540円/月
- ・ 口腔、栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) 40円/回 (要件を満たし6ヵごとに1回)
- ・ 移行支援加算 24円/日 (算定可能年度のみ)
- ・ サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) 44円/回 (算定可能年度のみ)
- ・ 科学的介護推進体制加算 80円/月
- ・ 退院時共同指導加算 1200円/月 (退院につき1回を限度)

- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ、基本サービス費に各加算減算を加えた総単位8.6%の2割負担とします。

◆ 3割負担の場合

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用 料 金	1. 866円	2. 214円	2. 556円	2. 961円	3. 360円

※1回あたり

【各種サービス加算】

・入浴介助加算（Ⅰ）

120円/日

・入浴介助加算（Ⅱ）

180円/日

・リハビリテーションマネジメント加算 ロ

1779円/月（要件を満たし同意を得た月から6ヵ月以内）

・リハビリテーションマネジメント加算 ロ

819円/月（要件を満たし同意を得た月から6ヵ月超）

※医師が利用者・家族に説明し同意を得た場合

810円/月

・口腔、栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

60円/回（要件を満たし6ヵごとに1回）

・移行支援加算

36円/日（算定可能年度のみ）

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

66円/回（算定可能年度のみ）

・科学的介護推進体制加算

120円/月

・退院時共同指導加算

1800円/月（退院につき1回を限度）

・介護職員等処遇改善加算Ⅰ、基本サービス費に各加算減算を加えた総単位8.6%の3割負担とします。

※ご利用者様がまだ要介護認定を受けていない場合、認定の結果が出た後にサービス利用料金を請求させていただきます。

（2）介護保険給付外サービス利用料

- ①食事の提供に要する費用（食費）

ご利用者様に提供する食事の材料ならびに調理にかかる費用です。

料金：1回あたり 620円
- ②レクレーション・クラブ活動

ご利用者様の希望によりレクレーションやクラブ活動に参加していただく事ができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。
- ③複写物の交付

ご利用者様は、サービス提供について記録はいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をいただきます。

1枚につき 10円
- ④日常生活上必要となる諸費用実費

ご利用者様の日常生活に要する費用はご負担いただきます。

（例）おむつ代：用途に応じた製品により実費とします。

9. ご利用者様負担金のお支払い方法

* ご利用様が負担される費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月の26日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

*1ヶ月未満の期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

- (1) 金融機関口座からの自動引落とし

※ご利用できる金融機関

山口銀行
ゆうちょ銀行

- (2) あさぎりの郷窓口での現金によるお支払い

- | | | | | | |
|---------------|--------------|--------------------------|---------------------|------|---------|
| (３) 指定口座への振込み | 山口銀行
(名義) | 広瀬支店
社会福祉法人
あさぎりの郷 | 普通預金
錦福社会
理事長 | 石井 忍 | 6042693 |
|---------------|--------------|--------------------------|---------------------|------|---------|

10. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

①お電話等でお近くの居宅支援事業所へご相談ください。

通所リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

＊居宅サービス計画の作成を依頼している方は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの利用にあたっての留意事項

①当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような行為（身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメント等）はご遠慮願います。

(3) サービスの終了について

①ご利用者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下さい。

ただし、ご利用者様の病変、入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間1週間以内の通知でもこの契約を解約する事ができます。

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は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

・お客様の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、あるいは、お客様が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

※上記により、契約を解除する場合、事業者は居宅介護支援事業所、または保険者である区市町村と連絡を取り、利用者の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業所の紹介その他の必要な措置を講じる。

③自動終了

以下の場合、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。

- ・ご利用者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ご利用者様の要介護認定区分が要支援もしくは非該当と認定された場合
- ・ご利用者様が長期入院、長期休止等になられた場合
- ・ご利用者様がお亡くなりになった場合

④その他

以下の場合、直ちに契約を解約する事ができます。

- ・事業者が正当な理由がなくサービスを提供しない場合
- ・事業者が守秘義務に反した場合
- ・事業者がご利用者様やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・事業者が破産した場合
- ・ご利用者様のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう督促したにもかかわらず、支払いが行われない場合
- ・ご利用者様又はその家族が事業者に対して、契約を継続し難いほどの行為があった場合

11. 相談並びに苦情の受付について

- (1) 相談・助言に関すること
 - ・生活、身上、介護に関する相談・助言
 - ・住宅改良に関する相談・助言
 - ・その他必要な相談・助言

＊ご利用者様及びその家族からいかなる相談についても誠意を持って可能な限り援助を行うように努めます。
- (2) 当事業所における苦情の受付
 - 苦情解決責任者 業務統括部長 岩本直哉
 - 苦情受付担当者 介護職員 藤原 史成
 - 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時30分
 - 電話 0827-71-1111

- (3) 錦福社会における苦情の受付
 - 相談員 木原 敬子 TEL 0827-72-3643
 - 相談員 大黒屋 ゆり子 TEL 0827-21-2772

- (4) 行政機関その他苦情受付機関
 - ・岩国市岩国第五地域包括支援センター 岩国市錦町広瀬1067－1 TEL 0827-71-0055
 - ・岩国市高齢者支援課 地域包括支援センター地域支援班（美川） 岩国市美川町四馬神1057 TEL 0827-76-0231
 - ・山口県国民健康保険団体連合会 山口市朝田1980-7 TEL 083-995-1010
 - ・島根県国民健康保険団体連合会 島根県松江市学園1-7-14 TEL 0852-21-2113

12. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、お客様にサービスを提供するにあたり、次のことを遵守します。

- ①ご利用者様の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

②笑顔でやさしく心から対応します。

③ご利用者様の体調・健康状態を判断し、確認の上で介護サービスを実施するものとします。

④医師・医療機関への連絡体制を確保します。

⑤ご利用者様に対する介護サービスの実施について記録を作成し、それを2年間保管します。

ご利用者様又は代理人の請求に応じてこれを閲覧、又は複写物を交付します。

13. 非常災害対策

- 消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。
- (1) 防火管理者には、事業所職員を充てます。
- (2) 火元責任者には、事業所職員を充てます。
- (3) 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼します。点検の際は、防火管理者が立ち会います。
- (4) 非常災害設備は、常に有効に保持するよう努めます。
- (5) 火災や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当たります。
- (6) 防火管理者は、従業員に対して防火教育、消防訓練を実施します。

①利用者を含めた総合避難訓練

・・・年1回以上

②非常災害用設備の使用方法的徹底

・・・随時

14. 緊急時の対応方法

1. ご利用者様の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
2. 緊急連絡先に連絡いたします。

ご利用者様の主治医	氏名	
	所属医療機関	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	所在地	
	電話番号	

15. 協力医療機関

医療機関名	岩国市立 錦中央医院
所 在 地	岩国市錦町広瀬1072－1
電話番号	0827-72-2321
診 療 科	内科、耳鼻咽喉科、眼科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科
入院設備	有り
救急指定の有無	有り

16. 個人情報保護に対する基本方針

社会福祉法人錦福社会は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。
当法人が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイダンスを遵守し、個人情報の保護を図ります。

17. 個人情報の利用目的

- ・介護に関する事
- ①当事業所での介護サービスの提供
- ②他の事業所、病院、行政機関等との連携
- ③他の介護サービス事業者、医療機関等からの照会への回答
- ④利用者の看護、介護の為、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ⑤ご家族等への状態説明
- ⑥その他、利用者への介護提供に関する利用
- ・介護報酬費等請求のための事務
- ①当事業所での介護保険、公費負担介護、委託事業に関する事務
- ②審査支払機関へのレセプトの提出
- ③審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ④公費負担介護に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ⑤その他、介護保険及び公費負担介護に関する介護報酬・事業費請求の為の利用
- ・当時事業所の管理運営業務
- ①会計、経理
- ②監査行政機関等に対する事故等の報告
- ③当該利用者様の介護サービスの向上
- ④オンブズマン等の第三者評価に係る照会への回答
- ⑤その他、当事業所の管理運営業務に関する利用
- ・その他
- ①賠償責任保険などに係る、保険会社等への相談又は届出等
- ②当事業所内において行われる介護実習等への協力
- ③介護サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料
- ④サービス担当者会議や事例検討会などの地域ケア会議での情報提供
- ⑤市町村による文書提出等の要求への対応
- ⑥事故発生時の市町村への連絡
- ⑦市町村が行う利用者からの苦情に関する調査への協力
- ⑧利用者に急変が生じた場合等の主治医への連絡

18. 事故発生時の対応について

- ①事故発生（発見）直後は、救急搬送の要請など、ご利用者の生命・身体の安全を最優先に対応します。
- ②ご利用者の生命・身体の安全を確保したうえで、速やかにご家族に連絡をとり、その時点で明らかになっている範囲で事故の状況をご説明し当面の対応を協議致します。なお事故の内容によっては、事故現場を保存し、さらに、市町村等関係機関への連絡を行います。
- ③事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。
- ④事故に至る経緯、事故の対応、事故後の経過、事故の原因等を整理・分析します。
- ⑤利用者やご家族に対し、「③」の結果に基づいて、事故に至る経緯その他の事情をご説明致します。
- ⑥事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。

19. 高齢者虐待防止について

- 1. 当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のため次の措置を講じます。
 - ①職員に対して虐待防止の為の定期的な研修を実施して人権意識の向上を図り、虐待の未然防止に努めます。
 - ②利用者および家族からの苦情処理体制を整備しています。
 - ③虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知します。
 - ④前3項に対する担当者を設置します。 担当者：介護主任 藤原史成
- 2. 当事業所は、サービス提供中に当該事業所職員または擁護者（利用者の家族等、高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

令和 年 月 日

通所リハビリテーションでのサービスの提供開始にあたり、本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

通所リハビリテーション事業所
説明者職名 氏 名 _____

私たちは、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者

住 所 _____

氏 名 _____

身元引受人

氏 名 _____

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

氏 名 _____

(契約者との関係)

介護老人保健施設 あさぎりの郷

介護予防通所リハビリテーション

介護保険施設サービス 重要事項説明書

山口県岩国市錦町広瀬705番地

社会福祉法人 錦福社会

TEL 0827-71-1111

重 要 事 項 説 明 書

(あさぎりの郷 介護予防通所リハビリテーションサービス)

あなたに対する介護予防通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37条第8条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	錦福社会		
法人所在地	山口県岩国市錦町広瀬758番地		
法人種別	社会福祉法人	代表者名	理事長 石井 忍
電話番号	0827-72-3523		

介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けている事業所名称 (指定番号)	本事業所が介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けているサービスの種類		
あさぎりの郷 介護予防通所リハビリテーション (山口県 3550880045)	指定介護予防通所リハビリテーション		
利用定員	18人	(指定通所リハビリテーション含む)	

2. ご利用施設

施設所在地	山口県岩国市錦町広瀬705番地		
管理者氏名	松本駿三		
電話番号	0827-71-1111	F A X : 0827-71-1112	

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	当事業所は、ご利用者様の心身機能の維持回復を図り可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるように支援を行います。		
運営方針	1. 当事業所は、利用者が可能な限り居宅において、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ように努めます。		
	2. 当事業者は利用者の心身機能の維持回復を図り、リハビリテーションをもって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すよう努めます。		

4. 営業日、サービス提供時間ならびに通常の実施地域

営業日・時間	月曜日から金曜日（祝日および12/29～1/3を除く） 午前8時30分より午後5時30分まで		
サービス提供時間	午前10時00分より午後3時10分まで		
サービス実施地域	岩国市（旧岩国市を除く） 周南市須金地区 島根県 旧・六日市町(吉賀町)		

5. 施設の概要

あさぎりの郷 介護予防通所リハビリテーション				
敷 地		8,273.49 m ²		
建物	構造	鉄骨造平屋建て(準耐火建築)		
	延べ床面積	3,448.59 m ²		
設備	デイルーム	66.73 m ²		
	浴室 (一般)	47.62 m ²		
	浴室 (特別)	40.25 m ²		
	相談室	5.86 m ²		
備品等	特殊浴槽 血圧計 テレビ カラオケセット	車イス 歩行器 リハビリマット 寝具	機能訓練機器 (下段7.項参照) マッサージ機器	送迎用車両 8台 ・車イス用 ・ストレッチャー車

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	員数
管理者 (医師)	1 人
理学療法士	1 人以上
看護職員	2 人以上
介護職員	2人以上

※医師1名（常勤）、理学療法士・看護職員・介護職員をサービス提供時間を通じてご利用者数を10で除した数以上配置しています。
なお理学療法士は提供時間のうちリハビリテーションを提供する時間帯にご利用者数が100人またはその端数を増すごとに1人配置しています。
(その場合のご利用者数は定員ではなく実人数)

※管理者(医師)の勤務時間は8時30分～17時30分
看護職員は10時00分～11時00分 介護職員は8時30分～17時30分

7. 通所サービスの概要

種 類	内 容
食 事	・管理栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者様の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 (食事時間) 昼食 12時30分～13時30分 ※変更の可能性あり
入 浴 清 拭	・必要な場合にはご利用者様の心身の状態等に応じ、お客様個人のプライバシーを尊重の上、適切な方法により、入浴の援助を行います。 ・入浴設備は、特殊浴槽と一般浴槽があります。 ・ご利用者様の心身の状態等によって、清拭及び部分浴（洗髪・陰部足部洗浄）も行います。
排 泄	・ご利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
送 迎	・あさぎりの郷の車両で、送迎を行います。 ・送迎は原則として自宅からあさぎりの郷間とします。
機能訓練	・ご利用者様の心身の状態等に応じ、日常生活を営むのに必要な機能を回復し、又その減退を防止するための訓練を行うことができます。 ○移動式平行棒:1 ○肋木運動器:1 ○滑車運動器:2 ○フットトレーナー : 2 ○自転車訓練器: 1 ○干渉波治療器: 1 ○ホットパック: 1 ○ステッパー : 1 ○上肢および下肢運動器 : 1 ○マイクロ波治療器:1 ○足関節背屈板 : 1 ○空気圧式マッサージ器 : 2 ○姿勢矯正用鏡:1 ○温熱機器 : 1

種 類	内 容
健康管理	・ 血圧・体温等の健康チェックを行い、常にご利用者様の健康状態に注意し、日常の健康の保持のために適切な措置をとり、必要に応じてその記録を保存します。 （当事業所の協力医療機関） 機関名：岩国市立錦中央医院 診療科：内科、耳鼻咽喉科、眼科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科 緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引継ぎます。
相 談	・ 当事業所では、ご利用者様及びご家族からのいかなるご相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。相談担当者に、ご相談下さい。

8. サービス利用料金

（1）介護保険給付サービス利用料

下記の料金表によってご利用者様の要介護度に応じたサービス利用料金をお支払いください。

（サービス利用料金は、ご利用者様の要介護度に応じて異なります。）

※65歳以上の方で、一定以上の所得のある場合は2割負担、その中でも特に高い場合は3割負担となります。

◆ 1割負担の場合

	要支援 1	要支援 2
基本サービス利用料金	2, 268円	4, 228円

※1月あたり

【各種サービス加算】

- ・ 予防通所リハ科学的介護推進体制加算 40円/月
- ・ 予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ 20円/月
- ・ 予防通所リハサービス提供体制強化加算Ⅰ 88円/月（要支援1）
176円/月（要支援2）
- ・ 予防通所リハ12月超減算（要件を満たさない場合）-120円/月（要支援1）
-240円/月（要支援2）
※要件を満たした場合 減算無し
- ・ 退院時共同指導加算 600円/月（退院につき1回を限度）
- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ、基本サービス費に各加算減算を加えた総単位8.6%の1割負担とします。

◆ 2割負担の場合

	要支援 1	要支援 2
基本サービス利用料金	4, 536円	8, 456円

※1月あたり

【各種サービス加算】

- ・ 予防通所リハ科学的介護推進体制加算 80円/月
- ・ 予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ 40円/月
- ・ 予防通所リハサービス提供体制強化加算Ⅰ 176円/月（要支援1）
352円/月（要支援2）
- ・ 予防通所リハ12月超減算（要件を満たさない場合）-240円/月（要支援1）
-480円/月（要支援2）
※要件を満たした場合 減算無し
- ・ 退院時共同指導加算 1200円/月（退院につき1回を限度）
- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ、基本サービス費に各加算減算を加えた総単位8.6%の2割負担とします。

◆ 3割負担の場合		
	要支援 1	要支援 2
基本サービス利用料金	6,804円	12,684円

※1月あたり

【各種サービス加算】

・ 予防通所リハ科学的介護推進体制加算

120円/月

・ 予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ

60円/月

・ 予防通所リハサービス提供体制強化加算Ⅰ

264円/月(要支援1)

528円/月(要支援2)

・ 予防通所リハ12月超減算(要件を満たさない場合)

-360円/月(要支援1)

-720円/月(要支援2)

※要件を満たした場合

減算無し

・ 退院時共同指導加算

1800円/月(退院につき1回を限度)

・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ、基本サービス費に各加算減算を加えた総単位8.6%の3割負担とします。

※ご利用様がまだ要介護認定を受けていない場合、認定の結果が出た後にサービス利用料金を請求させていただきます。

(2) 介護保険給付外サービス利用料

- ①食事の提供に要する費用（食費）

ご利用様に提供する食事の材料ならびに調理にかかる費用です。

料金：1回あたり 620円
- ②レクレーション・クラブ活動

ご利用様の希望によりレクレーションやクラブ活動に参加していただく事ができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。
- ③複写物の交付

ご利用様は、サービス提供について記録はいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をいただきます。

1枚につき 10円
- ④日常生活上必要となる諸費用実費

ご利用様の日常生活に要する費用はご負担いただきます。

(例) おむつ代：用途に応じた製品により実費とします。

9. ご利用者様負担金のお支払い方法

＊ご利用様が負担される費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月の26日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

＊1ヶ月未満の期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

- (1) 金融機関口座からの自動引落とし

＊ご利用できる金融機関

山口銀行

ゆうちょ銀行
- (2) あさぎりの郷窓口での現金によるお支払い
- (3) 指定口座への振込み

山口銀行

広瀬支店

普通預金

6042693

(名義)

社会福祉法人

錦福社会

あさぎりの郷

理事長

石井 忍

10. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

①お電話等でお近くの居宅支援事業所へご相談ください。

通所リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

＊居宅サービス計画の作成を依頼している方は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの利用にあたっての留意事項

①当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような行為（身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメント等）はご遠慮願います。

(3) サービスの終了

①ご利用者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下さい。

ただし、ご利用者様の病変、入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間1週間以内の通知でもこの契約を解約する事ができます。

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は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

・お客様の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、あるいは、お客様が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

※上記により、契約を解除する場合、事業者は居宅介護支援事業所、または保険者である区市町村と連絡を取り、利用者の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業者の紹介その他の必要な措置を講じる。

③自動終了

以下の場合、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。

- ・ご利用者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ご利用者様の要介護認定区分が要介護もしくは非該当と認定された場合
- ・ご利用者様が長期入院、長期休止等になられた場合
- ・ご利用者様がお亡くなりになった場合

④その他

以下の場合、直ちに契約を解約する事ができます。

- ・事業者が正当な理由がなくサービスを提供しない場合
- ・事業者が守秘義務に反した場合
 - ・事業者がご利用者様やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・事業者が破産した場合
- ・ご利用者様のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう督促したにもかかわらず、支払いが行われない場合
- ・ご利用者様又はその家族が事業者に対して、契約を継続し難いほどの行為があった場合

11. 相談並びに苦情の受付について

- (1) 相談・助言に関すること

・生活、身上、介護に関する相談・助言

・住宅改良に関する相談・助言

・その他必要な相談・助言

＊ご利用者様及びその家族からいかなる相談についても誠意を持って可能な限り援助を行うように努めます。
- (2) 当事業所における苦情の受付

○苦情解決責任者

業務統括部長

岩本直哉

○苦情受付担当者

介護職員

藤原 史成

○受付時間

毎週月曜日～金曜日

8時30分～17時30分

○電話

0827-71-1111
- (3) 錦福社会における苦情の受付

相談員

木原 敬子

TEL 0827-72-3643

相談員

大黒屋 ゆり子

TEL 0827-21-2772
- (4) 行政機関その他苦情受付機関

・岩国市岩国第五地域包括支援センター

岩国市錦町広瀬1067-1

TEL 0827-71-0055

・岩国市高齢者支援課

地域包括支援センター地域支援班（美川）

岩国市美川町四馬神1057

TEL 0827-72-0231

・山口県国民健康保険団体連合会

山口市朝田1980-7

TEL 083-995-1010

・島根県国民健康保険団体連合会

島根県松江市学園1-7-14

TEL 052-21-2113

12. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、お客様にサービスを提供するにあたり、次のことを遵守します。

- ①ご利用者様の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

②笑顔でやさしく心から対応します。

③ご利用者様の体調・健康状態を判断し、確認の上で介護サービスを実施するものとします。

④医師・医療機関への連絡体制を確保します。

⑤ご利用者様に対する介護サービスの実施について記録を作成し、それを2年間保管します。

ご利用者様又は代理人の請求に応じてこれを閲覧、又は複写物を交付します。

13. 非常災害対策

- 消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。
- (1) 防火管理者には、事業所職員を充てます。

(2) 火元責任者には、事業所職員を充てます。

(3) 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼します。点検の際は、防火管理者が立ち会います。

(4) 非常災害設備は、常に有効に保持するよう努めます。

(5) 火災や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当たります。

(6) 防火管理者は、従業員に対して防火教育、消防訓練を実施します。

①利用者を含めた総合避難訓練

・・・年1回以上

②非常災害用設備の使用方法的徹底

・・・随時

14、緊急時の対応方法

1. ご利用者様の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
2. 緊急連絡先に連絡いたします。

ご利用者様の 主治医	氏名	
	所属医療機関	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	所在地	
	電話番号	

15. 協力医療機関

医療機関名	岩国市立 錦中央医院
所 在 地	岩国市錦町広瀬1072－1
電話番号	0827-72-2321
診 療 科	内科、耳鼻咽喉科、眼科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科
入院設備	有り
救急指定の有無	有り

16. 個人情報保護に対する基本方針

社会福祉法人錦福社会は、利用者等の個人情報을適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。
当法人が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイダンスを遵守し、個人情報の保護を図ります。

17. 個人情報の利用目的

- ・介護に関する事
- ①当事業所での介護サービスの提供
- ②他の事業所、病院、行政機関等との連携
- ③他の介護サービス事業者、医療機関等からの照会への回答
- ④利用者の看護、介護の為、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ⑤ご家族等への状態説明
- ⑥その他、利用者への介護提供に関する利用
- ・介護報酬費等請求のための事務
- ①当事業所での介護保険、公費負担介護、委託事業に関する事務
- ②審査支払機関へのレセプトの提出
- ③審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ④公費負担介護に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ⑤その他、介護保険及び公費負担介護に関する介護報酬・事業費請求の為の利用
- ・当事業所の管理運営業務
- ①会計、経理
- ②監査行政機関等に対する事故等の報告
- ③当該利用者様の介護サービスの向上
- ④オンブズマン等の第三者評価に係る照会への回答
- ⑤その他、当事業所の管理運営業務に関する利用
- ・その他
- ①賠償責任保険などに係る、保険会社等への相談又は届出等
- ②当事業所内において行われる介護実習等への協力
- ③介護サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料
- ④サービス担当者会議や事例検討会などの地域ケア会議での情報提供
- ⑤市町村による文書提出等の要求への対応
- ⑥事故発生時の市町村への連絡
- ⑦市町村が行う利用者からの苦情に関する調査への協力
- ⑧利用者に急変が生じた場合等の主治医への連絡

18. 事故発生時の対応について

- ①事故発生（発見）直後は、救急搬送の要請など、ご利用者の生命・身体の安全を最優先に対応します。
- ②ご利用者の生命・身体の安全を確保したうえで、速やかにご家族に連絡をとり、その時点で明らかになっている範囲で事故の状況をご説明し当面の対応を協議致します。なお事故の内容によっては、事故現場を保存し、さらに、市町村等関係機関への連絡を行います。
- ③事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。
- ④事故に至る経緯、事故の対応、事故後の経過、事故の原因等を整理・分析します。
- ⑤利用者やご家族に対し、「③」の結果に基づいて、事故に至る経緯その他の事情をご説明致します。
- ⑥事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。

19. 高齢者虐待防止について

- 1. 当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のため次の措置を講じます。
 - ①職員に対して虐待防止の為の定期的な研修を実施して人権意識の向上を図り、虐待の未然防止に努めます。
 - ②利用者および家族からの苦情処理体制を整備しています。
 - ③虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知します。
 - ④前3項に対する担当者を設置します。 担当者：介護主任 藤原史成
- 2. 当事業所は、サービス提供中に当該事業所職員または擁護者（利用者の家族等、高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

令和 年 月 日

通所リハビリテーションでのサービスの提供開始にあたり、本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

通所リハビリテーション事業所
説明者職名 氏 名 _____

私たちは、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者
住 所 _____
氏 名 _____

身元引受人
氏 名 _____

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者
氏 名 _____

(契約者との関係)