

介護老人保健施設 湧心苑
通所リハビリテーション重要事項説明書

＜令和6年 6月 1日現在＞

1 通所リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 藤榮会
代表者名	末藤久和
所在地・連絡先	(住所) 熊本市中央区出水1丁目5番38号 (電話) 096-371-6622 (FAX) 096-371-6622

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	湧心苑 通所リハビリテーション
所在地・連絡先	(住所) 熊本市中央区出水4丁目15番30号 (電話) 096(371)4165 (FAX) 096(364)1763
事業所番号	4350180099
施設長の氏名	白尾友宏
利用定員	54名

(2) 事業の目的

お年寄りの寝たきりを未然に防ぎ生活の質の向上の為、リハビリテーション・生活訓練・クラブ活動・入浴サービスのお手伝い、交流を通じ心身機能の維持向上を支援します。

(3) 運営方針

「お年寄りの心を自分の心として、私たちは常に尊敬と優しさと誠意をもって介護を行いお年寄りの自立に寄与します。」を施設理念とし、職員一人一人が利用者の在宅支援を目指します。

(4) 事業所の職員体制

常任医師 1名以上

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員 6名以上

(5) 事業の実施地域

事業の実施地域	江津・画図・出水・国府・水前寺地区を主とする
---------	------------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(6) 営業日

営業日	営業時間
平日・土・日・祝日	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

営業しない日	年始 3 日 程 度
--------	------------

3 サービスの内容及び費用
 (1) 介護保険給付対象サービス
 ア サービス内容

種 類	内 容
栄養管理 及び 口腔機能	(食事時間) 食事サービスの利用は任意です。 昼12:00～ おやつ15:00～ 夕18:00～ サービス提供票に基づいて利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、看護職員、介護職員その他の職種が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態、栄養量に配慮した栄養計画を作成します。また、利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、口腔機能改善管理指導計画を作成しサービスを提供します。
入 浴	サービス提供票に基づき、入浴サービスを行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練 (生活の中でのリハビリテーション)	医師、理学療法士、作業療法士、その他の職種が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成します。 理学療法士、作業療法士により利用者の状況に適した生活の中でのリハビリテーション個別訓練等を行い、心身機能の維持に努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 歩行器 歩行車 車椅子 シルバーカー 運動療法諸器具(平行棒、マット、その他) 物理療法諸器具(ホットパック、マッサージ器、他) 作業療法諸器具(革細工用品、ペグ、輪投げ、その他) ADL 関連諸器具(スプーン、フォーク各種、食器類、介護負担軽減のための福祉用具) 運動器機能向上トレーニング機器
レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
医学的管理	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 その他は主治医の指示に従います。また、原則としてサービス提供時間帯の医療機関への受診はできません。尚、投薬についても同様です。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。
通所リハビリテーションの 計画・立案	担当介護支援専門員が作成した計画に沿って、通所リハビリテーション利用中のケア計画を作成し、サービスを行います。
通所リハビリテーション 計画の作成及び事後評価	医師等の従業者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を診療記録に記載して利用者へ説明のうえ交付します。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割、2割又は3割が利用者の負担額となります。利用者の負担額については、下記の通りです。

【料金表】（1日につき）

			要介護1		要介護2	
			利用料	負担額	利用料	負担額
所要時間				369円		398円
1時間以上			3,690円	738円	3,980円	796円
2時間未満				1,107円		1,194円
所要時間				383円		4,390円
2時間以上			766円	878円		
3時間未満			1,149円	1,317円		
所要時間			4,860円	486円	5,650円	565円
3時間以上				972円		1,130円
4時間未満				1,458円		1,695円
所要時間			5,530円	553円	6,420円	642円
4時間以上				1,106円		1,284円
5時間未満				1,659円		1,926円
所要時間			6,220円	622円	7,380円	738円
5時間以上				1,244円		1,476円
6時間未満				1,866円		2,214円
所要時間			7,150円	715円	8,500円	850円
6時間以上				1,430円		1,700円
7時間未満				2,145円		2,550円
所要時間			7,620円	762円	9,030円	903円
7時間以上				1,524円		1,806円
8時間未満				2,286円		2,709円
	要介護3		要介護4		要介護5	
	利用料	負担額	利用料	負担額	利用料	負担額
所要時間		429円		458円		491円
1時間以上	4,290円	858円	4,580円	916円	4,910円	982円
2時間未満		1,287円		1,374円		1,473円
所要時間				498円		5,550円
2時間以上	4,980円	996円	1,110円	1,224円		
3時間未満		1,494円	1,665円	1,836円		
所要時間		643円	7,430円	743円	8,420円	842円
3時間以上	6,430円	1,286円		1,486円		1,684円
4時間未満		1,929円		2,229円		2,526円
所要時間		730円	8,440円	844円	9,570円	957円
4時間以上	7,300円	1,460円		1,688円		1,914円
5時間未満		2,190円		2,532円		2,871円

所要時間		852円		987円		1,120円
5時間以上	8,520円	1,704円	9,870円	1,974円	11,200円	2,240円
6時間未満		2,556円		2,961円		3,360円
所要時間		981円		1,137円		1,290円
6時間以上	9,810円	1,962円	11,370円	2,274円	12,900円	2,580円
7時間未満		2,943円		3,411円		3,870円
所要時間		1,046円		1,215円		1,379円
7時間以上	10,460円	2,092円	1,2150円	2,430円	1,3790円	2,758円
8時間未満		3,138円		3,645円		4,137円

○加算

種 類	利 用 料	負担額 (1割の場合)
入浴介助（1回につき）（Ⅰ） （Ⅱ）	（Ⅰ）400円 （Ⅱ）600円	（Ⅰ）40円 （Ⅱ）60円
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 開始日から6か月超	5,600円 2,400円	560円/月 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ヶ月以内 開始日から6ヶ月超	5,930円 2,730円	593円/月 273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 開始日から6ヶ月超	7,930円 4,730円	793円/月 473円/月
リハビリマネジメント加算 医師説明	2,700円	270円/月
短期集中リハビリテーション加算 (退院・退所日又は初回要介護認定後3ヶ月以内)	1,100円	110円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） (退院・退所日または通所開始日3ヶ月以内週2日を限度)	2,400円	240円
認知症短期集中リハマネージメント実施加算（Ⅱ）	19,200円	1,920円/月
理学療法士等体制強化加算	300円	30円
サービス提供体制強化加算 1	220円	22円
栄養改善加算 (月に2回を限度として1回につき)	2,000円	200円
栄養アセスメント加算	500円	50円/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） （Ⅱ）	（Ⅰ）200円 （Ⅱ）50円	（Ⅰ）20円/回 （Ⅱ）5円/回
口腔機能向上加算 I	1,500円	150円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ (月に2回を限度として1回につき)（Ⅱ）ロ	（Ⅰ）1,550円 （Ⅱ）1,600円	155円/回 160円/回
重度療養管理加算	1,000円	100円
中重度者ケア体制加算	200円	20円

移行支援加算	120円	12円
退院時共同指導加算	6,000円	600円/回
生活行為向上リハビリテーション実施加算 (開始月から6月以内)	12,500円	1,250円/月
科学的介護推進体制加算	400円	40円/月
介護職員処遇改善加算(I)	8.6%	8.6%

- 前記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払い時にサービス提供証明書と領収証を発行します。

サービス提供証明書と領収書は、後で利用料の償還払いを受けるときに必要となります。手続きについては相談課におたずね下さい。

(2) 介護保険給付対象外サービス

○ 食費

食事サービスを受ける方は、食費の実費が必要となります。

昼食 710円	夕食 720円	おやつ110円
---------	---------	---------

○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

○ その他の費用

本人が希望される物品の購入の費用は、利用者の負担となります。

(例) 手芸材料費(500円程度)、マスク、歯ブラシ等

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、10日頃までに前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたします。お支払方法として20日に決められた口座より引き落としさせて頂くか、当月末日までに当苑窓口でお支払頂くか、若しくは下記口座に振り込み送金してお支払いください。

熊本銀行 水前寺支店

普通預金口座(口座番号349670)

口座名義 医療法人社団藤榮会 老人保健施設湧心苑 理事長 末藤久和

4 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所苦情相談窓口	窓口責任者 久枝 照幸 利用時間 8:30~17:30 利用方法 電話(371-4165) 面接(当事業所相談室) 意見箱(各階に設置)
------------	--

苦情の申し出があった場合には施設内で定めた手順に沿ってすみやかに対処及び処理方法を検討し、改善や処理を行います。

○ また、次のような相談窓口もありますので、ご利用ください。

名 称	連 絡 先
熊本県国民健康保険団体 連合会 苦情相談窓口	〒 8 6 2 - 0 9 1 1 熊本市東区健軍 2 丁目 4 番 1 0 号 T E L 0 9 6 - 2 1 4 - 1 1 0 1 F A X 0 9 6 - 2 1 4 - 1 1 0 5
熊本市役所高齢介護福祉課	〒 8 6 0 - 8 6 0 1 熊本市中央区手取本町 1 番 1 号 T E L 0 9 6 - 3 2 8 - 2 1 1 1 F A X 0 9 6 - 3 2 7 - 0 8 5 5

5 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

6 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設湧心苑消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「介護老人保健施設湧心苑消防計画」にのっとり年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	8 個所
	避難階段等	3 個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	2 3 個所	消火器	31 箇所
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	中央消防署への届出日：平成 2 7 年 1 2 月 2 5 日 防火管理者：古澤 浩幸			

7 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や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等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 当施設は敷地内全面禁煙及びサービス提供中は禁煙となっておりますので喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動、政治活動及びセールス活動はご遠慮ください。

当事業者は、通所リハビリテーション重要事項説明書及び通所リハビリテーション契約書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	熊本市中央区出水4丁目15番30号
	事業者(法人)名	医療法人社団 藤栄会
	事業所名	湧心苑 通所リハビリテーション
	(事業所番号)	4350180099
	代表者名	末藤久和 印

説明者 職名

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サービスについての説明を受けました。

利用者 氏名 印

代理人(選任した場合) 氏名 印

身元引受人(続柄) 氏名 () 印

連帯保証人 氏名 印