

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ
介護予防通所リハビリテーションサービス重要事項説明書
(令和5年4月1日現在)

1. 要望及び苦情対応

(1)当施設には、要望及び苦情対応のための相談窓口が常設されております。サービスに対する相談苦情等は、迅速に対応いたしますので担当者までご連絡ください。

相談窓口担当者 池澤 由美江 0248(24)2525

(2)要望及び苦情に対して公正に対応するため、施設長を苦情解決責任者とする苦情対応委員会を設置しています。委員は施設長をはじめ常設窓口担当者、各部門長及び法人が選定する第三者で構成され、合議による解決方策を提供します。

2. 施設の概要

(1)名称及び定員等

施設名	医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ
開設年月日	平成18年4月1日
所在地	福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地
連絡先	電話：0248(24)2525 FAX：0248(21)2525
管理者氏名(施設長)	佐藤 健(医師)
介護予防通所定員	1日あたり最大50名
介護予防指定番号	0752880013

(2)運営理念

①リハビリテーションを通じた地域交流の中から、高齢者の豊かな知識・経験・技術を受け継ぎ、安らぎのある理想社会の創造を目指します。

②地域における介護予防・福祉サービスの中核施設となり、家庭復帰・在宅介護予防を支援するトータルヘルスケアを提供します。

(3)介護予防通所リハビリテーションの運営目的

介護保険法令に基づき認定された利用者に対し、看護、医学的管理の下における介護予防及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の支援を行い、利用者の心身の機能回復、生活の質の向上、及び利用者家族の身体的ならびに精神的負担の軽減を図るための、介護予防通所リハビリテーションサービスを提供することです。

(4)サービスの内容

①診察

一般に医師として診察の必要があると認める疾病または負傷に対して、的確な診断をもととし、検査、投薬、注射、処置等は療養上妥当適切に行います。

②サービス計画作成ならびに実施

介護予防通所者の病状、心身の状態に応じて介護予防看護を適切に行い、日常生活の充実に資するように行います。

③食事の提供

介護予防通所者の食事は、昼食12:00、おやつ10:00と15:00を目安に、食堂で行います。

④入浴

一般浴槽又は特別浴槽による入浴を行います。

⑤機能訓練

理学療法、作業療法、音楽療法、園芸療法などを取り入れた効果的なリハビリテーションと、言語・聴覚・視能・嚥下訓練などを効率的に行います。

⑥趣味

文化活動、年中行事などを行います。

⑦相談援助

利用者、利用者家族からの相談やカウンセリング、家族介護予防教育などを行います。

⑧その他

利用者が在宅と変わらない生活を送れるよう、貴重品の管理をはじめ、洗濯、理美容、嗜好品、日常生活に必要とされる事項については、利用者及び利用者家族などと十分な相談を行い、誠心誠意サービス提供に努めます。

(5)施設の職員体制（1単位あたり）

職種	人数	職務内容
管理者・施設長 (医師)	1人	施設と利用者の安全管理、従業員の業務の管理指導などを行う。 利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
医師 (1名は管理者・施設長と兼務)	1人以上	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
理学療法士 作業療法士 等	2人以上	リハビリテーション及びレクリエーション等計画に基づいた機能維持回復を図るためのリハビリテーションなどを行う。
看護職員	1人以上	計画に基づいた適切な看護及び必要な医療サービスの提供等を行う。
介護職員	9人以上	計画に基づいた適切な介護及び計画に基づいた心身の介護、機能訓練、きめ細やかな日常上のサービス提供を行う。
管理栄養士 (兼務)	1人以上	計画に基づいた食事提供管理、献立管理、栄養管理、食事指導、利用者の嗜好調査などを行う。
事務員 (兼務)	2人以上	施設運営に関する事務業務、利用料の請求受領管理、庶務用度全般を行う。

(6)利用案内

①利用定員 1日あたり最大50名

②営業時間 月曜日～金曜日 午前8時45分から午後5時45分

サービス提供時間6時間以上7時間未満：午前9時45分～午後4時00分以内

サービス提供時間3時間以上4時間未満：午後12時45分～午後4時00分以内

※日曜日、年末年始(12月31日～1月3日)その他当施設が指定する日は休みとなります。

(7)通常の事業実施地域

介護予防通所リハビリの通常のサービス実施地域は、旧白河市、西白河郡西郷村となります。

3. 利用料金

(1) 介護予防通所リハビリテーション費

※利用者の負担額は、1割または一定以上の所得のある方は2割・3割の負担となります。

①介護予防通所リハビリテーション費（1月につき）

	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,053円	4,106円	6,159円
要支援2	3,999円	7,998円	11,997円

※以下の加算料金は、1割負担の場合の自己負担金額です。

②「中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算」 所定単位数の5%を加算

③「科学的介護推進体制加算」 1月につき 330円

④「生活行為向上リハビリテーション実施加算」

利用開始月から6月以内 1月につき 562円

⑤「若年性認知症利用者受入加算」 1月につき 240円

⑥「運動器機能向上加算」 1月につき 225円

⑦「栄養改善加算」 1月につき 200円

⑧「栄養アセスメント加算」 1月につき 50円

⑨「口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）」 1回につき 20円

「口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）」 1回につき 5円

⑩「口腔機能向上加算（Ⅰ）」 1月につき 150円

「口腔機能向上加算（Ⅱ）」 1月につき 160円

⑪「選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）」 1月につき 480円

「選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）」 1月につき 700円

※選択的サービス：[運動機能向上サービス] [栄養改善サービス] [口腔機能向上サービス]

⑫「事業所評価加算」 1月につき 120円

⑬「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）」 要支援1 1月につき 88円

要支援2 1月につき 176円

「サービス提供体制強化加算（Ⅱ）」 要支援1 1月につき 72円

要支援2 1月につき 144円

「サービス提供体制強化加算（Ⅲ）」 要支援1 1月につき 24円

要支援2 1月につき 48円

⑭利用を開始した日の属する月から12月を超えて利用した場合

要支援1 所定単位数から1月につき20単位が減算

要支援2 所定単位数から1月につき40単位が減算

⑮厚生労働大臣が定める基準に適合し介護職員の賃金改善を実施した場合、「介護職員処遇改善加算」として、介護報酬で定められ積算された所定単位数に4.7%又は3.4%を乗じた単位数が加算され金額に反映されます。

⑯厚生労働大臣が定める基準に適合し介護職員の賃金改善を実施した場合、「介護職員等特定処遇改善加算」として、介護報酬で定められ積算された所定単位数に2.0%又は1.7%を乗じた単位数が加算され金額に反映されます。

⑰厚生労働大臣が定める基準に適合し介護職員の賃金改善を実施した場合、「ベースアップ等支援加算」

として、介護報酬で定められ積算された所定単位数に1.0%を乗じた単位数が加算され金額に反映されます。

(2) 基本利用料

①食費 昼食およびおやつ代 660円（昼食600円・おやつ60円）

※但し、昼食を持参される方はおやつ代のみとなります。また、持参された昼食については、当施設の管理外となりますので、あらかじめご了承ください。

②教養娯楽費 1日あたり 100円

クラブ活動、レクリエーション、季節行事、ビデオソフト、書籍、遊具など、療養中の娯楽などに関する費用です。

③日用品費 1日あたり 180円

日常生活に必要な日用消耗品（例：シャンプー、ペーパータオル、カミソリなど）やおしぼりに関する費用です。

(3) その他の料金（その他の料金については消費税課税対象：価格は税込み表示）

①おむつ代 実費

②行事費用 実費（屋外行事、特別行事など）

③医療特別食 1食あたり 110円

④経管栄養食 実費

⑤通常の実施地域を超えて行う送迎に要する費用

実施地域の境界を超えた距離数（片道1km） 33円

⑥希望入浴料 1回 550円

⑦文書料 証明書 550円～

診断書 2,200円～

⑧嗜好品及び特別行事など 実費

※医療機関受診及びインフルエンザ予防接種代等は実費料金がかかります。

(4) 健康上の理由による中止

①風邪など病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。

②当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容変更または中止することがあります。その場合、指定された方に連絡のうえ適切に対応します。また、必要に応じて速やかに医師の診察、または主治医に連絡を取るなど必要な処置を講じます。

※サービスを中止した場合、同月内であれば定員に余裕がある日に振り替えることができます。

(5) 支払い方法

毎月末に精算し、翌月15日頃迄に利用契約書にご記入いただいた請求先に手渡し、もしくは郵送いたします。

お支払いは、請求書の到着月末までに受付窓口（窓口での現金取り扱いは、月～金曜日の午前8時30分から午後6時30分となります。土曜日・祝日は午前8時30分から午後5時30分まで、日曜日については現金の取り扱いには致しておりません。）、又は銀行振込にてお支払いくださいますようお願いいたします。なお、取り扱いについてご希望がありましたら、事務窓口までお申し出ください。

4. 各医療機関との連携

- (1) 協力医療機関
- ◇福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院
福島県白河市豊地上弥次郎2-1 (当施設より約5Km 車10分)
 - ◇医療法人社団恵周会 白河病院
福島県白河市字六反山10-1 (当施設より約5Km 車10分)
- (2) 協力歯科医療機関
- ◇ゆりのき歯科クリニック (当施設より約50m 徒歩1分)
福島県西白河郡西郷村字下前田東5-1 大松ビル3F

※協力医療機関ならびに協力歯科医療機関に対しては、利用者の状態が急変した場合、速やかに対応していただけるようお願いしております。

5. 緊急及び事故発生時、虐待防止の対応

- (1) 利用者に、容態の急変、または事故等が発生した場合、利用契約書にご記入いただいた連絡先に連絡するとともに、速やかに医師による診察、救急処置または主治の医師または歯科医師等に連絡、必要と判断した場合は、消防署及び協力医療機関への連絡、搬送または搬送連絡等必要な措置を講じます。
- (2) 利用者又は家族等に損害を与える事故の発生を確認した場合、速やか市町村に連絡し、必要な処置を講じます。また、それに伴う賠償等の請求が発生した場合、誠意を持って話し合い双方の合意をもって行うものとします。
- (3) 緊急時の連絡先は、利用契約書にご記入いただいた連絡先に連絡することとし、速やかに必要な措置を講じます。
- (4) 利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、虐待を防止するための責任者の選定や職員に対する研修の実施、その他虐待防止のために必要な措置を講じます。また、サービス提供中に、当該事業所職員又は介護者(利用者の家族等高齢者を現に介護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

6. 施設利用にあたっての留意事項

(1) 送迎時間

利用者の状態や気象状況により、多少時間が前後する場合がありますのでご了承下さい。

(2) 体調の確認

利用日の朝、利用者の顔色が悪い、発熱しているなど、いつもと違うと感じたときはご連絡ください。

(3) 連絡ノート

介護予防通所リハビリテーションの利用状況を記載いたしますので、必ず目を通してください。また、ご自宅での様子、気になることなどがありましたら、お気軽に記載してください。

(4) 金銭貴重品

多額の現金、貴重品はお持ちにならないで下さい。

(5) 身の回り品

施設内への持ち込みに制限はありませんが、それぞれに名前を記入し整理整頓にご協力下さい。なお危険物、ペット等のお持ち込みはご遠慮下さい。

7. 非常災害対策

当施設は防火防災構造であり、自動通報装置、スプリンクラー設備、非常すべり台等の防災設備を完備しています。また、年2回防災訓練を実施いたします。

8. 禁止行為

当施設では、ご利用される方皆様に健やかな療養生活を送っていただくため、利用者等の「営利行為、宗教活動、特定の政治活動」を禁止しています。

※重要事項に対する説明確認について

1. 当施設をご利用いただくにあたり、利用者及び身元引受人に対して、**介護老人保健施設ニコニコリハビリ短期入所療養介護サービス重要事項説明書**に基づき必要な説明を行ない同意されましたので、一部交付いたしました。

令和 年 月 日

福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

管理者 佐藤 健 印

説明者 所 属
氏 名

2. 私は、介護老人保健施設ニコニコリハビリ重要事項説明書により、当該施設についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名

身元引受人 住 所
氏 名

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ
介護予防通所リハビリテーションサービス利用同意書

1. 当施設をご利用いただくにあたり、利用者及び身元引受人に対して、**介護老人保健施設ニコニコリハビリ短期入所療養介護サービス重要事項説明書**に基づき必要な説明を行ない同意されましたので、一部交付いたしました。

令和 年 月 日

福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

管理者 佐藤 健 印

説明者 所 属
氏 名

2. 私は、介護老人保健施設ニコニコリハビリ利用約款及び重要事項説明書に基づき、当該施設についての重要事項の説明を受け、これらを十分に理解したうえで利用することに同意いたします。

同意年月日 令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名

身元引受人 住 所
氏 名

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

介護予防通所リハビリテーションサービス利用契約書

介護保険法令における要介護認定区分が要支援1又は要支援2の認定者（以下「利用者」という）と医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ（以下「当施設」という。）は、介護保険法令における介護予防通所リハビリテーションサービスにおいて次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

当施設が、介護保険法令の趣旨及び介護老人保健施設ニコニコリハビリ利用約款（以下「利用約款」という。）に従ってサービスを提供すること、ならびにサービスを受けた者及び身元引受人が利用約款に基づき、利用料を支払うことについて取り交わすことを目的とします。

第2条（契約期間）

- 1 この契約期間は、契約締結日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
- 2 利用者は、利用約款の改定が行われない限り利用同意書の提出をもって、くり返し当施設を利用することができます。

第3条（介護予防通所リハビリテーション計画）

当施設では、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて「居宅サービス計画」に沿って「介護予防通所リハビリテーション計画」を作成します。当施設は「介護予防通所リハビリテーション計画」の内容を利用者及び身元引受人（以下「利用者等」という。）に説明します。

第4条（本契約に定めのない事項）

この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他所法令の趣旨を尊重し、双方が誠意を持って協議し定めることとします。

以上の契約を証するため、本書を2通作成し、双方が記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日
 契約者氏名 当施設 福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地
 医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ
 管理者 佐藤 健 印

フリガナ
 利用者 住 所
 フリガナ
 氏 名 印
 フリガナ
 身元引受人 住 所
 フリガナ
 氏 名 印

※利用約款第8条の請求書送付先

フリガナ 氏 名	続 柄	電話番号 携帯番号
〒 住 所		

※利用約款9条の緊急時連絡先

フリガナ 氏 名	続柄	電話番号 携帯番号	勤務先
①		電話 携帯	
②		電話 携帯	
③		電話 携帯	
かかりつけ医師		病院 医院	先生
		病院 医院	先生
		病院 医院	先生

