

指定通所リハビリテーション 介護老人保健施設さくら

重 要 事 項 説 明 書

1:事 業 者

1	法人名	医療法人かしの木会
2	法人所在地	〒736-0045 広島県安芸郡海田町堀川町 2-23
3	連絡先	電話番号:082(822)3000 FAX 番号:082(822)8438
4	代表者氏名	理事長 山本 佳史
5	設立年月日	平成 11 年 2 月 19 日

2:事業所の概要

1	事業の種類	指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション
2	事業の目的	指定通所リハビリテーション・介護老人保健施設さくらは、介護保険法の理念に基づき、要介護及び要支援状態と認定された利用者に対し、通所リハビリテーションサービスを提供することを目的とした施設です。
3	事業所の名称	指定通所リハビリテーション 介護老人保健施設さくら 事業所番号 3453280020
4	事業所の所在地	〒736-0045 広島県安芸郡海田町堀川町 2-23
5	連絡先	電話番号:082(822)3777 FAX 番号:082(822)8438
6	管理者氏名	加藤 幸雄
7	利用定員	1日 40 名
8	当事業所の運営方針	① 要介護者及び要支援者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービス計画に基づいて療養上の管理・看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他の必要なサービスを行います。 ② 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス施設等と緊密な連携を図ります。
9	開設年月	平成 18 年 5 月 1 日
10	第三者評価の実施状況	無

3:事業実施地域及び営業時間

1	通常の事業の実施地域	安芸郡海田町・坂町・熊野町・府中町・広島市安芸区 広島市南区・呉市(押込地区に限る)
---	------------	---

2	営業日	月曜日～土曜日 ※但し5月連休期間、8/13～8/15、12/31～1/3を除く
3	営業時間	月曜日～土曜日 8:30～17:30
4	サービス提供時間	9:00～16:30 ※但し定期的に3時間から4時間利用の場合は 9:30～12:35又は13:10～16:15とする。

4:職員の体制

当事業所では、指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職種	常勤	非常勤	職務の内容
管理者	1名	0名	施設の業務を統括する
理学療法士 もしくは 作業療法士	2名	10名	機能訓練を実施する
介護職員	6名以上	0名	利用者の介護・指導及び生活援助に関する事
看護職員	1名以上	0名	利用者の看護・指導及び生活援助に関する事

5:サービス内容

- ① 送迎 ②健康チェック ③生活指導 ④機能訓練 ⑤昼食の提供 ⑥入浴(対象者)

6:利用料金

【負担割合証 1割】

①自己負担額(月額)

	基本部分	口腔機能 向上加算II (対象者)	一體的サービス 提供加算 (対象者)	サービス提供 体制加算	日割り
要支援1	2,268円	160円	480円	88円	75円
要支援2	4,228円			176円	139円

②自己負担額(日額)

	基本部分	リハビリテーション マネジメント加算2	リハビリテーション マネジメント加算3	リハビリテーション マネジメント加算4
要介護1	762円			
要介護2	903円	593円 (月額) ※起算月から 6か月以内	273円 (月額) ※起算月から 6か月以上	793円 (月額) ※起算月から 6か月以内
要介護3	1,046円			473円 (月額) ※起算月から 6か月以上
要介護4	1,215円			270円 (月額)
要介護5	1,379円			

その他加算(対象者)

入浴介助加算1	40円
短期集中個別リハビリ実施加算(退院、退所日または認定日から3ヵ月以内)	110円
口腔機能向上加算II2(月2回まで)	160円
口腔機能向上加算II1(月2回まで・リハビリテーションマネジメント加算3算定の場合)	155円
サービス提供体制強化加算1	22円
リハビリテーション提供体制加算5	28円
科学的介護推進体制加算(1か月1回)	40円
口腔・栄養スクリーニング加算1(口腔状態と栄養状態・6か月に1回)	20円

口腔・栄養スクリーニング加算 II (口腔状態又は栄養状態・6か月に1回)	5 円
退院時共同指導加算	600 円
送迎を事業所が行わない場合(片道)	-47 円
介護職員処遇改善加算 I (所定単位数×0.086)	自己負担額 1,000 円に対し 86 円加算
地域区分 7 級地	自己負担額 1,000 円に対し 17 円加算

※広島県に住所のある方で被爆者手帳をお持ちの方は、利用料の一部負担金はありません。

○自己負担額(日額):3 時間から 4 時間利用の場合

	基本部分	リハビリテーション 提供体制加算 I	サービス提供 体制加算 I	口腔機能向上 加算 II (対象者のみ)
要介護1	486 円	12 円	22 円	160 円 (月 2 回まで)
要介護2	565 円			
要介護3	643 円			
要介護4	743 円			
要介護5	842 円			
科学的介護推進体制加算(1か月 1回)				40 円
口腔・栄養スクリーニング加算 I (口腔状態と栄養状態・6か月に1回)				20 円
口腔・栄養スクリーニング加算 II (口腔状態又は栄養状態・6か月に1回)				5 円
退院時共同指導加算				600 円
送迎を事業所が行わない場合(片道)				-47 円
介護職員処遇改善加算 I (所定単位数×0.086)				自己負担額 1,000 円に対し 86 円加算
地域区分 7 級地				自己負担額 1,000 円に対し 17 円加算

※3 時間から 4 時間でご利用の方は、食事の提供と入浴のサービスは行なっておりません。

※広島県に住所のある方で被爆者手帳をお持ちの方は、利用料の一部負担金はありません。

【負担割合証 2割】

①自己負担額(月額)

	基本部分	口腔機能 向上加算 II (対象者)	一体的サービス 提供加算 (対象者)	サービス提供 体制加算	日割り
要支援1	4, 536 円	320 円	960 円	176 円	150 円
要支援2	8, 456 円			352 円	278 円

②自己負担額(日額)

	基本部分	リハビリテーション マネジメント加算 2		リハビリテーション マネジメント加算 3		リハビリテーション マネジメント加算 4
要介護1	1, 524 円	1, 186 円 (月額) ※起算月から 6か月以内	546 円 (月額) ※起算月から 6か月以上	1, 586 円 (月額) ※起算月から 6か月以内	946 円 (月額) ※起算月から 6か月以上	540 円 (月額)
要介護2	1, 806 円					
要介護3	2, 092 円					
要介護4	2, 430 円					
要介護5	2, 758 円					

その他加算(対象者)

入浴介助加算 I	80 円
短期集中個別リハビリ実施加算(退院、退所日または認定日から 3 カ月以内)	220 円

口腔機能向上加算 II 2(月 2 回まで)	320 円
口腔機能向上加算 II 1(月 2 回まで・リハビリテーションマネジメント加算 3 算定の場合)	310 円
サービス提供体制強化加算 I	44 円
リハビリテーション提供体制加算 5	56 円
科学的介護推進体制加算(1か月 1回)	80 円
口腔・栄養スクリーニング加算 I (口腔状態と栄養状態・6か月に1回)	40 円
口腔・栄養スクリーニング加算 II (口腔状態又は栄養状態・6か月に1回)	10 円
退院時共同指導加算	1, 200 円
送迎を事業所が行わない場合(片道)	-94 円
介護職員処遇改善加算 I (所定単位数×0.086×2)	自己負担額 1,000 円に対し 172 円加算
地域区分 7 級地	自己負担額 1,000 円に対し 34 円加算

※広島県に住所のある方で被爆者手帳をお持ちの方は、利用料の一部負担金はありません。

○自己負担額(日額):3 時間から 4 時間利用の場合

	基本部分	リハビリテーション 提供体制加算 I	サービス提供 体制加算 I	口腔機能向上 加算 II (対象者のみ)
要介護1	972 円	24 円	44 円	320 円 (月 2 回まで)
要介護2	1, 130 円			
要介護3	1, 286 円			
要介護4	1, 486 円			
要介護5	1, 684 円			
科学的介護推進体制加算(1か月 1回)				80 円
口腔・栄養スクリーニング加算 I (口腔状態と栄養状態・6か月に1回)				40 円
口腔・栄養スクリーニング加算 II (口腔状態又は栄養状態・6か月に1回)				10 円
退院時共同指導加算				1, 200 円
送迎を事業所が行わない場合(片道)				-94 円
介護職員処遇改善加算 I (所定単位数×0.086×2)				自己負担額 1,000 円に対し 172 円加算
地域区分 7 級地				自己負担額 1,000 円に対し 34 円加算

※3 時間から 4 時間でご利用の方は、食事の提供と入浴のサービスは行なっておりません。

※広島県に住所のある方で被爆者手帳をお持ちの方は、利用料の一部負担金はありません。

※3割負担の方は、1割負担の方の 3 倍となります。

【その他の費用】

食費 : 600 円

おやつ代 : 100 円

日用品費(石鹼・ティッシュ・洗髪用品・タオル・お茶菓子等) : 100 円

※3 時間から 4 時間利用の場合は上記費用は頂きません。

体調不良等の理由で利用当日昼食やおやつをキャンセルされる場合、10 時までにお知らせ下さい。時間をお過ぎた場合は上記金額を請求させて頂きますので、予めご了承下さい。

通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して送迎を行う場合は、通常事業の実施地域を超えた地点から路程1キロメートル当たり 20 円を実費として頂きます。

[通常の事業の実施地域は、広島市安芸区、府中町、海田町、坂町、熊野町、広島市南区、呉市(押込地区に限る)の区域とする]

おむつが必要な場合は、必要時にリハビリパンツ(M)1枚 198 円、リハビリパンツ(L)(LL)1枚 220 円、尿取りパッド1枚 66 円実費として頂きます。(通常はご自身でご用意下さい)

その他、作業療法の材料費等、通所リハビリ利用において個人が準備すべきものや、個人の希望に

する日常生活上のサービスについては実費徴収となります。

7:ご利用者様の都合で休まれる場合

当日の午前8時20分までにご連絡ください。

8:お支払い方法

毎月10日前後に、前月分のご請求をさせて頂きますので、次回のご利用時または当月25日までにお支払い下さい。お支払い方法は、事業所がご用意いたします集金用封筒をご利用下さい。又、ご家族様がご持参頂いてもかまいません。

前記方法を利用されない場合は、以下の方法にてお支払い下さい。

① 銀行引落し

別途必要な手続きをご案内致します。事務手数料として1回150円を引落し時にご負担頂きます。また引落し日は毎月20日とします。手続き完了次第引落しが開始されます。

※ゆうちょ銀行はご利用いただけません。詳しくは担当者にお尋ね下さい。

② 銀行振込

但し、お振込み頂く場合は過不足が発生しないようご請求金額をお振込み頂きますようご注意下さい。万が一、不足の場合は再度不足分をご請求させて頂きますので、不足金額を1週間以内にお支払い下さい。又、おつりが発生した場合は、同意書にご記入頂いた口座へその都度返金させて頂きます。何卒、過不足が発生しないようお振込み頂きますよう重ねてお願い申し上げます。尚、お振込み及びご返金の際の振込手数料はご利用者様負担とさせて頂きますので、ご了承下さい。

広島信用金庫 海田支店 普通預金 口座番号0497726

口座名義 医療法人かしの木会 理事長 山本 佳史

9:サービスの終了

①ご利用者様の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望される日の1週間前までにお申し出下さい。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

当事業所のやむを得ない事情により、サービス提供を終了させて頂く場合が有ります。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知が無くと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

・ご利用者様が1ヶ月以上入院された場合

・ご利用者様の要介護認定区分が事業対象者及び非該当(自立)と認定された場合

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、ご利用者様やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業所が破産した場合はご利用者様のお申し出によりサービスを終了することができます。

・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを2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日以内にお支払いが無い場合や、ご利用者様やご家族が、当事業所や当事業所の従業者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させて頂く場合があります。

10:事故発生時の対応

・初動体制

事故が発生した際には、医師、看護師等の連携の下に救急処置を行います。又、万一に備えて、心停止やショックに直ちに対応できるように体制を整備しています。

・事故の報告

事故の報告は文書により行いますが、緊急を要する場合は、口頭で直ちに報告します。

担当者→現場責任者→病棟師長→事務長→副院長→院長

事故報告書の記載は、事故発生原因者が明確な場合は、当該本人。直接の原因者が存在しない場

合で、事故を発見した場合は発見者と当該部所の長が行います。

・利用者やそのご家族及び担当居宅介護支援事業者や担当介護予防支援事業者への対応

患者に対しては誠心誠意治療に当たるとともに、利用者及びそのご家族に対して誠意をもって事故の説明等を行います。又、担当居宅介護支援事業所及び担当介護予防支援事業所にも報告致します。

・事故経過の記録

利用者本人の状況、処置の方法、利用者及びそのご家族への説明内容等を、速やかに記載します。

事故の発生から、処置等の実施状況を時系列に正確に記載することとし、想像や憶測による記載は行いません。

・市町村及び国保連合会へ必要書類の届出

・事故防止への反映

事故が発生した場合、委員会において事故の分析を行うとともに、原因や対応及び防止策について評価検討を加え、その後の事故防止に努めます。又、ヒヤリハットの情報も併せて効果的に活用致します。

11:虐待の防止のための措置に関する事項

当事業者は、契約者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るために、次の措置を講ずるものとします。

①虐待の防止に関する責任者の選定

②苦情解決体制の整備

③従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修実施

12:損害賠償

当事業所は、契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由によりご利用者様に生じた損害について賠償する責任を負います。但し、ご利用者様に故意又は過失が認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

13:緊急時の対応

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、ご家族・主治医・救急隊・居宅介護支援事業所などへ連絡します。尚、救急搬送以外の送迎につきましては、ご家族様の対応とさせて頂きます。

14:貴重品の取り扱いについて

現金・貴重品はお預かり致しかねますので、ご持参されませんようお願いします。尚、紛失されましても当事業所では責任を負いかねますのでご了承下さい。

15:禁止事項について

当施設では多くの方に安心してご利用いただくため、利用者の「営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動」及び、施設内での飲酒、利用者間での貸借、指定場所以外での喫煙は禁止します。

16:苦情の受付について

当事業所に対する苦情やご相談は、以下の専用窓口にて受け付けています。

受付窓口	長石 徳美(介護支援専門員)
電話番号	082-822-3777 (※ディケア直通番号:080-1943-4817 又は 090-7894-8162)
受付時間	月曜日～土曜日 8:30～17:15(祝祭日、8/13～8/15、12/31～1/3 を除く)

公的機関においても、下記機関にて苦情申出等ができます。

海田町役場 高齢福祉課	住所	〒730-0065 安芸郡海田町南昭和町 14-17
	電話番号	082-822-2121
	対応時間	月曜日～金曜日 8:30～17:15
広島県国民 健康保険団 体連合会	住所	〒730-8503 広島市中区東白島町 19 番 49 号
	電話番号	082-554-0783
	対応時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00

その他、居住地の市町村役場介護保険担当課などへお問合せ下さい。

17:個人情報の取り扱い

取得した個人情報については、施錠できる保管庫で厳重に管理し、漏えい、不正利用、改ざんなどの防止のため適切な対策を講じます。

当事業所の従業員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者様の個人情報は漏らしません。又、当事業所の従業員であった者も、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者様の個人情報は漏らしません。又、医療上緊急性がある場合や、サービス担当者会議等で必要性がある場合に限り必要な範囲で個人情報を用いる場合があります。

以 上

令和7年10月1日改定