

# 重 要 事 項 説 明 書

## 介護老人保健施設サングリーンやさと 通所リハビリテーション

(令和 6 年 9 月 1 日改訂)

### ◇◇ 目 次 ◇◇

- 1 事業者
- 2 事業所の概要
- 3 職員の配置
- 4 当施設が提供するサービスと利用料金
- 5 サービス提供における事業者の義務
- 6 苦情受付について
- 7 サービス利用にあたっての留意事項
- 8 秘密保持及び個人情報保護
- 9 緊急時の対応
- 10 事故発生時の対応
- 11 損害賠償

## 1 事業者

- (1) 法人名 医療法人 江隆会
- (2) 法人所在地 茨城県石岡市柿岡 2019 番地
- (3) 電話番号 0299-43-0016
- (4) 設立年月日 平成 8 年 2 月 27 日

## 2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所リハビリテーション  
平成 12 年 4 月 1 日指定  
茨城県 0853980019 号  
当事業所は、介護老人保健施設サングリーンやさとに併設されています。
- (2) 事業の目的 指定居宅サービスに該当する通所リハビリテーションは、要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法令に従い通所リハビリテーション計画を立案の下、サービスを実施し、ご利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るよう利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
- (3) 名 称 介護老人保健施設サングリーンやさと  
通所リハビリテーション事業所
- (4) 所在地 茨城県石岡市小倉 443-1
- (5) 電話番号 0299-43-3120
- (6) 管理者 田 中 淳 介
- (7) 運営方針 ご利用者の意思及び人格を尊重するとともに、常にご利用者の立場に立って、明るく家庭的な雰囲気をもってサービスの提供に努める。
- (8) 開設年月 平成 8 年 9 月 26 日
- (9) 事業実施地域 石岡市 桜川市 かみがうら市 小美玉市
- (10) 営業日及び営業時間

営 業 日	月～土曜日・第 3 日曜日・祝日 (休日：日曜日、1 月 1～3 日)
受 付 時 間	8 時 30 分～17 時 30 分
サービス提供時間	8 時 30 分～16 時 30 分

- (11) 利用定員 1 ユニット 50 人

## 3 職員の配置状況

### ＜主な職員の配置状況＞

職 種	常 勤 換 算	指 定 基 準
1 医師	(兼任) 1 名	1 名
2 理学療法士	(兼任) 3.0 名	1 名以上
3 介護職員	7.0 名	5 名以上

☆常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（週 40 時間）で除した数です。

(例) 週 5 時間の介護職員が 8 名いる場合、常勤換算では 1(5 時間×8 名÷40 時間=1 名)となります。

<主な職種の勤務体制>

職種		勤務体制
1	医師	8:30～17:30 月. 火. 水. 木. 金 (祭日含む)
2	理学療法士	8:30～17:30 月. 火. 水. 木. 金. 土. 日(祭日含む)
3	看護・介護職員	8:30～17:30 月. 火. 水. 木. 金. 土. 日(祭日含む)

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険から給付対象となるサービス

(a)以下のサービスは、利用料金の通常 9 割が介護保険から給付されます。

①入浴

入浴または清拭を行います。動作に困難を極める際でも、機械浴槽を使用し入浴することができます。

②排泄

ご利用者の排泄支援をします。

③機能訓練

理学療法士またはスタッフにより、ご利用者の心身の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止する為の訓練を実施します。

(b)介護保険給付対象サービス利用料金の自己負担 (1 日あたり)

要介護に応じ、下記の料金表に記載される自己負担金をお支払いいただきます。

(サービスの利用料はご利用者の要介護度により異なります。)

(下記料金表は 1 日あたりの概算です。実際のご請求金額と誤差が生じます)

A 基本料金

基本料金 (自己負担分)					
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1時間以上2時間未満	369円	398円	429円	458円	491円
2時間以上3時間未満	383円	439円	498円	555円	612円
3時間以上4時間未満	486円	565円	643円	743円	842円
4時間以上5時間未満	553円	642円	730円	844円	957円
5時間以上6時間未満	622円	738円	852円	987円	1,120円
6時間以上7時間未満	715円	850円	981円	1,137円	1,290円
7時間以上8時間未満	762円	903円	1,046円	1,215円	1,379円

## B 加算料金

加算項目			金額
①	リハビリテーションマネジメント加算A（ロ） 同意日の属する月から6か月以内		593円/月
②	リハビリテーションマネジメント加算A（ロ） 同意日の属する月から6か月超		273円/月
③	リハビリテーション提供体制加算	1：3時間以上 4時間未満	12円/日
④		2：4時間以上 5時間未満	16円/日
⑤		3：5時間以上 6時間未満	20円/日
⑥		4：6時間以上 7時間未満	24円/日
⑦	リハビリテーション提供体制加算	5：7時間以上 8時間未満	28円/日
⑧	短期集中リハビリテーション加算（退院・退所または認定日より3か月以内）		110円/日
⑨	通所リハ入浴介助加算（Ⅰ）		40円/日
⑩	通所リハサービス提供体制強化加算Ⅰ（介護福祉士75%以上、勤続年数10年25%以上）		22円/日
⑪	事業所送迎なし減算（片道）		△47円/日
⑫	科学的介護推進体制加算		40円/月

## C その他

		その他の金額及び内訳	
①	食事	650円/1回	
②	日用品	おしぼり	50円/1本
③	紙おむつ	紙おむつ（パンツ式）	☆270円/1枚
		紙おむつ（尿取りパット）	☆54円/1枚

A 基本料金 \_\_\_\_\_ + B \_\_\_\_\_ + C \_\_\_\_\_

合計 \_\_\_\_\_

★上記基本サービス費と保険加算分に対し、「介護職員等処遇改善加算(I)8.6%」が加わります。

※ご利用者が未だ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いただくことになります。要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も同様となります。

※償還払いとなる際は、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額にあわせてご契約者の負担額を変更します。

### (2) その他のサービス(介護保険給付対象外)

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

#### ① 複写物の交付における費用負担

ご契約者（利用者）は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合は実費をご負担頂きます(1枚につき10円)。

② 口座振替手数料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・77円／回

☆サービス利用の変更、追加の申し出に対し、事業所の稼働状況より、利用者の希望する曜日等にサービスの提供が出来ない場合があります。その際は、他の利用可能日時を提示した上にて協議、検討させていただきます。

## 5 サービス提供における事業者の義務

当施設は、利用者に対するサービスを提供するにあたり、次のことを遵守します。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 医師、看護師との連携の上、利用者の体調、健康状態に即した対応を図ります。
- ③ 非常災害、感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた具体的計画を策定し、利用者に対し、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ 利用者に対する身体的拘束、その他行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ 利用者の人権の擁護、虐待の防止、身体拘束等の適正化推進を図ることを目的とし、必要な体制の整備（指針の整備、委員会の開催等）を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じます。
- ⑥ 利用者提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者（利用者）または保証人の請求に応じ閲覧させ、複写物を交付します。

## 6 苦情の受付について

(1)当事業所における苦情やご相談は、以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

副施設長	江畑 一行
総務課長	三宅 則彦
介護支援専門員	萩原 千章
理学療法士	鈴木 功
デイケア主任	石原 誠治

○受付時間 月曜日から土曜日 9:00～17:30

また、ご意見箱 が設置されております。

※介護老人保健施設『サングリーンやさと』 0299-43-3120

(2)公共機関でも受け付けています。

*石岡市介護保険室	0299-23-1111（内線 148）
*桜川市介護保険室	0296-75-3158（直通）
*かすみがうら市長寿福祉課	029-897-1111
*小美玉市介護福祉課	0299-48-1111（内線 310）

## 7 サービスの利用における留意事項

(1)施設、設備等の使用上の注意

- ・施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用するものとする。
- ・故意に施設、設備等を壊したり汚したりした場合は、ご契約者の自己負担により原

- 状回復いただくか、または相当額の代価をお支払いただく場合があります。
- ・ 迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行わないものとする。
  - ・ 事業所内の喫煙場所以外での喫煙をしないものとする。

## 8 秘密保持及び個人情報保護

- (1) 当事業所とその職員は、当法人の個人情報保護法に基づき、業務上知り得た利用者又はその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙 1 のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、例外として次の各号については、法令上、介護事業者が行うべき義務として明記されていることから情報提供を行うこととします。
  - 1) サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
  - 2) 利用者が偽りその他不正な行為によって介護給付を受けている場合等の市町村への通知
  - 3) 居宅介護支援事業所等との連携
  - 4) 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡
  - 5) 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時における安否確認を行政に提供する場合等）
- (2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

## 9 緊急時の対応

- (1) 当事業所は、利用者に対し施設医師の医学的判断により受診が必要と認める場合は、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- (2) 前項の他、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合は、利用者及び扶養者が指定する者へ緊急連絡します。

## 10 事故発生時の対応

- (1) サービス提供等において事故が発生した場合は、当事業所は、利用者に対し必要な措置を講じます。
- (2) 施設医師の医学的判断により専門的な医学的対応が必要と判断した場合は、協力医療機関又は協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- (3) 前 2 項の他、当事業所は、利用者の家族、利用者又は扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対し、速やかに連絡します。

## 11 賠償責任

- (1) 通所リハビリテーションの提供に伴い、当事業所の責に帰すべき事由により利用者が損害を被った場合は、利用者に対して損害を賠償するものとしします。
- (2) 利用者の責に帰すべき事由により当事業所が損害を被った場合は、連帯して当事業所に対してその損害を賠償するものとしします。

この規程は、平成 12 年 4 月 1 日より施行する。  
平成 14 年 4 月 6 日より改訂する。  
平成 15 年 12 月 1 日より改訂する。  
平成 17 年 10 月 1 日より改訂する。  
平成 18 年 10 月 1 日より改訂する。  
平成 20 年 9 月 1 日より改訂する。  
平成 21 年 4 月 1 日より改訂する。  
平成 22 年 12 月 1 日より改訂する。

平成 24 年	4 月	1 日より改訂する。
平成 25 年	4 月	1 日より改訂する。
平成 26 年	4 月	1 日より改訂する。
平成 27 年	4 月	1 日より改訂する。
平成 28 年	4 月	1 日より改訂する。
平成 29 年	4 月	1 日より改訂する。
平成 30 年	4 月	1 日より改訂する。
令和 3 年	4 月	1 日より改訂する。
令和 4 年	4 月	1 日より改訂する。
令和 5 年	3 月 21 日	より改訂する。
令和 5 年	11 月	1 日より改訂する。
令和 6 年	2 月	1 日より改訂する。
令和 6 年	4 月	1 日より改訂する。
令和 6 年	9 月	1 日より改訂する。

## 介護老人保健施設サングリーンやさと 利用同意書

介護老人保健施設サングリーンやさとを利用するにあたり、重要事項説明書の内容に対し担当者より説明を受け、これらを十分理解した上にて同意します。

令和    年    月    日

説明者職名 \_\_\_\_\_

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

介護老人保健施設

「サングリーンやさと」

管理者 田 中 淳 介 殿

利 用 者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

ご 家 族

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印



## 個人情報の利用目的

介護老人保健施設サングリーンやさとは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

### 1 利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

- ・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のうち
  - ① 入退所の管理
  - ② 会計・経理
  - ③ 事故等の報告
  - ④ 当該利用者の介護・医療サービスの向上

#### [他の事業所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
  - ① 利用者に居宅サービスを提供する際の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）、照会への回答時
  - ② 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
  - ③ 検体検査業務の委託その他の業務委託
  - ④ 緊急受診が必要と判断され、医療機関への介護記録、身体状況等の情報提供
  - ⑤ 事故等による損害賠償保険に係る保険会社への相談又は請求届等
- ・介護保険事務のうち
  - ① 保険事務の委託
  - ② 審査支払機関へのレセプトの提出
  - ③ 行政、関係機関への介護保険関連に対する情報提供
  - ④ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答

### 2 上記以外の利用目的

#### [当施設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
  - ① 医療・介護サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料
  - ② 当施設において行われる学生の実習への協力
  - ③ 当施設で行われる事例研究

#### [他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- ・当施設の管理業務のうち
  - ① 外部監査機関への情報提供

介護老人保健施設サングリーンやさとを利用するにあたり、個人情報の利用目的  
に対する説明を担当者より説明を受け、これらを十分理解した上にて同意します。

介護老人保健施設 サングリーンやさと  
施設長 田 中 淳 介

個人情報利用及び、第三者に対する情報の提供に対し同意します

令和 年 月 日

「ご利用者」	住 所 _____
	氏 名 _____ 印
「ご家族」	住 所 _____
	氏 名 _____ 印