

重要事項説明の部

1) 施設の概要

| | |
|---------------|------------------------------|
| 施設名 | 介護老人保健施設 カタクリの花 |
| 開設年月日 | 平成13年12月1日 |
| 所在地 | 東京都練馬区高野台5-32-12 |
| 電話番号 FAX番号 | 03-5393-6201 03-5393-6202 |
| 管理者名 | 結城善彦 |
| 介護保険指定事業所番号 | 1357081037号 |

2) 施設の目的・運営方針

介護老人保健施設カタクリの花（以下当施設という）は、看護・医学的管理下での介護、機能訓練、その他必要な医療の提供並びに日常生活上の世話等を行うことにより、その有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう介護保健施設サービス・（介護予防）短期入所療養介護・（介護予防）通所リハビリテーションを提供することを目的とします。

当施設では、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、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にするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指します。また利用者の療養生活の質の向上、心身の機能の維持回復および利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。

当施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い区市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

3) 通所定員

| | |
|----|-----|
| 定員 | 80名 |
|----|-----|

4) 営業日・サービス提供時間

| 営業日 | サービス提供時間 | 営業しない日 |
|---------|----------------|----------|
| 月曜日～土曜日 | 午前9:00～午後17:00 | 日曜日・年末年始 |

5) 施設の職員体制

| | 常勤換算 | 夜間 | 業務内容 |
|-----------------|---------|----|---------------------------|
| 医師 | 1 以上 | 0 | 医療 (夜間も常に医師との連絡がとれる体制) |
| 薬剤師 | 0.34 以上 | 0 | 薬剤管理 |
| 看護職員 | 10 以上 | 1 | 看護 |
| 介護職員 | 33 以上 | 4 | 生活介護 |
| P T ・ O T ・ S T | 2 以上 | 0 | 機能訓練 |
| 管理栄養士 | 1 以上 | 0 | 栄養指導 |
| 介護支援専門員 | 1 以上 | 0 | ケアマネージメント |
| 支援相談員 | 1 以上 | 0 | 生活相談支援 |
| 事務職員 | 3 以上 | 0 | 一般事務・会計事務 |

6) 非常災害時の対策

| | |
|--------|---|
| 非常時の対応 | 別途定める「老人保健施設 カタクリの花」消防計画にのっとり対応します。 |
| 防災設備 | ・スプリンクラー ・誘導灯 ・消火器 ・屋内消火栓 ・避難階段 ・自動火災報知器 |
| 防災訓練 | 月 2 回 夜間・昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して行います。 |

7) (介護予防) 通所リハビリテーション計画の作成と変更

当施設は、医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供にあたる（介護予防）通所リハビリテーション従業者（以下「医師等の従業者」という）は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した（介護予防）通所リハビリテーション計画を作成します。

（介護予防）通所リハビリテーション計画は居宅サービス計画の内容に沿って作成します。

医師等の従業者は（介護予防）通所リハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族に対して説明し同意を得た上で、（介護予防）通所リハビリテーション計画を利用者に交付いたします。

医師等の従業者は（介護予防）通所リハビリテーション計画の作成後、（介護予防）通所リハビリテーション計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて（介護予防）通所リハビリテーション計画の変更を行います。

（介護予防）通所リハビリテーション従業者は、それぞれの利用者について、（介護予防）通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。

8) サービス内容

| 種類 | 内容 |
|--------|--|
| 食事 | (食事時間) 昼食：午後12：00～午後13：00 管理栄養士の立てる献立表により、利用者の身体の状況に配慮した食事を提供します。 |
| 健康チェック | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 機能訓練 | 理学療法・作業療法・個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 折り紙・お習字・絵画教室等レクリエーションを通じても身体機能低下の防止に資するよう配慮しています。 |
| 入浴 | 当施設で入浴又は清拭を行います。 |
| 介護 | 利用者個人の尊厳を尊重し、利用者の心身の状況に応じて適切な介助が行えるよう配慮します。 |
| 相談・援助 | 利用者本人、そのご家族からのご相談に応じ、必要に応じて支援をします。 |
| 送迎 | ご自宅から当施設までの送迎をします。 |

9) サービス内容に関する苦情・相談窓口

当施設では苦情・相談の窓口としてお客様相談室を設けております。

お客様相談室には支援相談員が勤務しています。介護等のご相談、当施設へのご要望・苦情等がございましたら、お気軽にご利用下さい。

利用者及びご家族等からの苦情の申し立てがある場合には、迅速かつ誠実に適切な対応を行います。

当施設苦情相談窓口（お客様相談室）

| |
|---|
| 窓口責任者：支援相談員 ご利用日時：月曜日～土曜日 ご利用時間：午前9：00～午後17：00 ご利用方法：電話 03-5393-6201 |
|---|

自治体等の苦情相談窓口

| | |
|---------------------------|------------------|
| 練馬区介護保険課 | 03-3993-1111（代表） |
| 練馬区保健福祉サービス 苦情調整委員事務局 | 03-3993-1344 |
| 東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課 | 03-6238-0177 |

10) 利用料金

利用料金は原則として（１）基本料金の１割又は２割又は３割と（２）介護保険給付対象外サービスを合計した金額となります。

（基本料金１割又は２割又は３割とは利用者各々の介護保険負担割合証による）

(1) 基本料金

(A) 介護予防サービス（１月あたり）

①介護予防通所リハビリテーション費

| 介護度 | 介護予防通所リハビリテーション費 | 自己負担額 |
|-------|------------------|-------------|
| 要支援 1 | 25,175 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要支援 2 | 46,931 円 | 1 割・2 割・3 割 |

②科学的介護推進体制加算（１月あたり）

| 科学的介護推進体制加算 | 加算額 | 自己負担額 |
|-------------|-------|-------------|
| | 444 円 | 1 割・2 割・3 割 |

③サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

| 介護度 | 加算額 | 自己負担額 |
|-------|---------|-------------|
| 要支援 1 | 977 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要支援 2 | 1,954 円 | 1 割・2 割・3 割 |

④介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

| 介護職員等処遇改善加算 | 加算額 | 自己負担額 |
|-------------|--------------|-------------|
| | 所定単位×86/1000 | 1 割・2 割・3 割 |

(B) 介護サービス

①通所リハビリテーション費（大規模事業）（１日あたり）

・所要時間 1 時間以上 2 時間未満

| 介護度 | 通所リハビリテーション費 | 自己負担額 |
|-------|--------------|-------------|
| 要介護 1 | 3,963 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 2 | 4,307 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 3 | 4,607 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 4 | 4,940 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 5 | 5,273 円 | 1 割・2 割・3 割 |

・所要時間 4 時間以上 5 時間未満

| 介護度 | 通所リハビリテーション費 | 自己負担額 |
|-------|--------------|-------------|
| 要介護 1 | 5,828 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 2 | 6,782 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 3 | 7,726 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 4 | 8,936 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 5 | 10,123 円 | 1 割・2 割・3 割 |

・所要時間 6 時間以上 7 時間未満

| 介護度 | 通所リハビリテーション費 | 自己負担額 |
|-------|--------------|-------------|
| 要介護 1 | 7,493 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 2 | 8,902 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 3 | 10,279 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 4 | 11,955 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 5 | 13,586 円 | 1 割・2 割・3 割 |

・所要時間 7 時間以上 8 時間未満

| 介護度 | 通所リハビリテーション費 | 自己負担額 |
|-------|--------------|-------------|
| 要介護 1 | 7,925 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 2 | 9,402 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 3 | 10,911 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 4 | 12,654 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 要介護 5 | 14,430 円 | 1 割・2 割・3 割 |

②入浴介助加算（1 日あたり）

| 入浴介助加算 | 加算額 | 自己負担額 |
|--------|-------|-------------|
| | 444 円 | 1 割・2 割・3 割 |

③短期集中個別リハビリテーション実施加算（1 日あたり・3 月以内）

| 短期集中個別リハビリテーション | 加算額 | 自己負担額 |
|-----------------|---------|-------------|
| | 1,221 円 | 1 割・2 割・3 割 |

④リハビリテーション提供体制加算（1 日あたり）

| 所要時間 | 加算額 | 自己負担額 |
|---------------|-------|-------------|
| 3 時間以上 4 時間未満 | 133 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 4 時間以上 5 時間未満 | 178 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 5 時間以上 6 時間未満 | 222 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 6 時間以上 7 時間未満 | 266 円 | 1 割・2 割・3 割 |
| 7 時間以上 8 時間未満 | 311 円 | 1 割・2 割・3 割 |

⑤中重度者ケア体制加算（1 日あたり）

| 中重度者ケア体制加算 | 加算額 | 自己負担額 |
|------------|-------|-------------|
| | 222 円 | 1 割・2 割・3 割 |

⑥送迎減算（片道につき）

| 送迎減算 | 減算額 | 自己負担額 |
|------|--------|-------------|
| | ▲522 円 | 1 割・2 割・3 割 |

⑦サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（1 日につき）

| サービス提供体制強化加算 | 加算額 | 自己負担額 |
|--------------|-------|-------------|
| | 244 円 | 1 割・2 割・3 割 |

⑧科学的介護推進体制加算（1月あたり）

| | | |
|-------------|-------|-------------|
| 科学的介護推進体制加算 | 加算額 | 自己負担額 |
| | 444 円 | 1 割・2 割・3 割 |

⑨退所時共同指導加算（退所時 1 回を限度）

| | | |
|-----------|---------|-------------|
| 退所時共同指導加算 | 加算額 | 自己負担額 |
| | 6,660 円 | 1 割・2 割・3 割 |

⑩介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

| | | |
|-------------|--------------|-------------|
| 介護職員等処遇改善加算 | 加算額 | 自己負担額 |
| | 所定単位×86/1000 | 1 割・2 割・3 割 |

(2) 介護保険対象外サービス

食事代（1日につき）

| | |
|--------------|-------|
| 食事代（おやつ代を含む） | 950 円 |
|--------------|-------|

おむつ代（1枚につき）

| | |
|---------|-------|
| リハビリパンツ | 100 円 |
| 尿とりパッド | 30 円 |

衛生材料費

| | |
|------------|-------|
| 1. ガーゼ・テープ | 150 円 |
| 2. 包帯・ネット | 300 円 |

※血糖測定

下記の場合において当施設で血糖値の測定を行なった場合は下記の料金がかかります。

- ① 糖尿病をお持ちの方で主治医の指示により血糖値の測定が必要な方で測定器をお忘れになり施設で測定を行なった場合。
- ② 通所サービス利用中の病状不良により血糖値の測定が必要と判断した場合。

| | |
|--------|-------|
| 1 回につき | 150 円 |
|--------|-------|

※上記以外の料金は介護給付費単位数表によります。

※法令の改正により料金に改定がなされた場合には、改定後の新料金になります。

※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。その場合には、料金表の利用料金全額をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。サービス提供証明書および領収書は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となります。

※診断書等文書作成料

① 支払い証明書等文書作成 再発行手数料

1 文書につき 1,000 円

② 診断書作成料

1 文書につき 5,000 円

※理美容サービス

月 2 回 実費をご負担していただきます。(日にちはご確認ください)

【キャンセル料について】

利用者の都合でサービスを中止される場合は下記のキャンセル料をいただきます。但し、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない正当な事情がある場合には基本料金は不要ですが、食事代につきましてはお支払いいただきます。

キャンセルの連絡は午前 9 時から午後 1 8 時の時間内をお願いします。なお不明な点がありましたら、当施設相談員にお尋ね下さい。

| | 基本料金 | 食事代 |
|---------------------------|-----------------------|---------|
| 利用日の 2 日前の 1 8 時まで連絡あった場合 | 無料 | 無料 |
| 利用日の前日の 1 8 時まで連絡があった場合 | 基本料金 1 日分の 5 0 % | 無料 |
| 利用日の前日 1 8 時まで連絡がなかった場合 | 基本料金 1 日分の 1 0 0 % | 1 0 0 % |

【お支払い方法】

当施設のサービス利用料金は、利用者指定の金融機関口座より毎月自動振替によりお支払いいただきます。(予め自動振替のお申込が必要となります)

この自動振替サービスは、サービス料金表記載の金額を基に算定した 1 ヶ月分の利用料金等の明細書を、翌月 1 5 日までにお手元に郵送致します。利用料のお引落しは、サービス利用月の翌々月 2 2 日となります。(金融機関がお休みの場合は翌営業日のお引落しとなります)。振込み手数料は当施設が全額負担致します。お引落しの名称は N K S カタクリカイ 若しくは N K S フリカエ と指定金融機関通帳に印字されます。記帳の際にご確認下さい。

なお、利用料金に関するお問い合わせは、サービス利用月の翌月末日までにご連絡下さい。お調べした上で連絡致します。

※入金確認後、領収書を発行致します。

1 1) 施設の利用にあたっての留意・禁止事項

| | |
|----------------|---|
| 喫煙 | 当施設は敷地内禁煙となっております。 |
| 火気の使用 | 施設内での火気使用は厳禁とします。 |
| 設備・備品器具の利用 | 施設内の設備、器具備品は定められた用法に従ってご利用下さい。これに反して施設外に持ち出したり破損したりした場合は、弁償していただく事があります。備品の移動は禁止しています。 |
| 所持金品の管理 | 所持品は自己の責任で管理し、必ず記名をして下さい。金銭・貴重品は当施設ではお預かりできません。持ち込みはご遠慮下さい。小さくて高価な補聴器等は特に注意をして下さい。携帯電話は公衆電話のある場所で使用して下さい。 |
| 宗教活動・政治活動・営利活動 | 施設内での他の利用者及び職員に対する宗教活動及び政治活動ならびに営利活動は禁止します。 |
| 動物飼育 | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育は禁止しています。 |
| 迷惑行為等 | 飲酒は禁止しています。騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。 |
| 飲食物の持ち込み | 飲食物の施設内へのお持込は原則として禁止しています。 |

※ 施設内に持ち込みが出来ないものがあります。担当相談員にご相談下さい。

※ 施設利用にあたっての留意・禁止事項に該当する場合はサービス利用を中止していただく場合があります。十分ご注意ください。

1 2) 介護事故への取組について

当施設では転倒事故が起こらないよう環境の整備に日頃から努めています。

当施設各フロアはバリアフリーで段差をなくしてあります。機能訓練室・居室・廊下・トイレにはきめ細かにてすりを設置し、トイレ他必要箇所は常時点灯して転倒しにくい環境にしています。転倒の危険性の高い利用者については、日頃から利用者のそばで声を掛け注意を喚起する、見守りを強化する等の工夫をしています。

当施設では、利用者の皆様に安心して（介護予防）通所リハビリテーションサービスをご利用いただく為、日々研鑽を重ねております。利用者の皆様におかれましても当施設職員の指示や誘導に従っていただき、介護事故がゼロになるようご協力をお願い致します。

1 3) 身体拘束ゼロへの取組について

当施設は身体拘束ゼロへの取組を実施している施設として東京都へ届出ています。

当施設では、利用者又は他の利用者等の生命又は身体の安全を守るため緊急やむを得ない場合を除き原則として、利用者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限しません。

隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限する場合は、当施設医師の判断と指示により、利用者本人若しくはご家族等へ行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し、同意を得た上で利用者又は他の利用者の生命身体の安全を守るために必要な最低限の措置をとります。

1 4) 忘れ物について

当施設では忘れ物や退所時の残置物を受付日から2週間保管室にてお預かりします。

所有者が判明している場合は当施設より連絡します。保管期間内に引取りをお願いいたします。ご希望があれば配送料受取人払いの宅配便にてご自宅にお送りすることもできます。

ご連絡の際に所有権放棄の意思表示があった場合は当施設で処分します。また連絡後保管期間内に引取りのない場合についても同様とします。

所有者の判明しない物については、台帳に記録し、2週間保管の後、所轄警察署に遺失物として届出ます。

1 5) 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所にご協力を頂き、利用者の状態に急変があった場合、速やかに対応をとっています。協力医療機関に対しては、治療に必要な情報提供をおこないます。なお緊急時には緊急連絡先まで連絡します。事故発生時や病状の急変等の事態が発生した際に、万一ご連絡が取れない場合は、当施設医師の判断に委ねることに予めご同意いただきます。

【協力医療機関・歯科医療機関】

| 名称 | 住所 | 電話番号 |
|----------------|--------------------|--------------|
| 大泉生協病院 | 東京都練馬区東大泉 6-3-3 | 03-5387-3111 |
| 荻窪病院 | 東京都杉並区今川 3-1-24 | 03-3399-1101 |
| 川満外科 | 東京都練馬区東大泉 6-34-46 | 03-3922-2912 |
| 浩生会スズキ病院 | 東京都練馬区栄町 7-1 | 03-3557-2001 |
| 国立病院機構 埼玉病院 | 埼玉県和光市諏訪 2-1 | 048-462-1101 |
| 総合東京病院 | 東京都中野区江古田 3-15-2 | 03-3387-5421 |
| 田中脳神経外科病院 | 東京都練馬区関町南 3-9-23 | 03-3920-6263 |
| 練馬総合病院 | 東京都練馬区旭丘 1-24-1 | 03-5988-2200 |
| 練馬光が丘病院 | 東京都練馬区光が丘 2-11-1 | 03-3979-3611 |
| 結城クリニック | 東京都練馬区石神井町 2-32-8 | 03-3995-8701 |
| 石塚歯科医院 | 東京都練馬区石神井町 2-31-29 | 03-3996-2882 |