

介護老人保健施設 雅 重要事項説明書

(介護予防) 通所リハビリテーション

(令和7年1月1日現在)

1 利用施設

(1) 施設の名称等

- ・ 施設名 介護老人保健施設 雅
- ・ 開設年月日 平成23年6月1日
- ・ 所在地 愛知県名古屋市中川区東春田二丁目190番地
- ・ 電話番号 052-303-3003
- ・ FAX番号 052-303-7288
- ・ 管理者 飯田 邦彦
- ・ 事業所番号 2351080060号
- ・ サービス提供地域 中川区、中村区、港区

(2) 営業日及び営業時間

- ・ 営業日：月曜日～金曜日（12月29日～1月3日は除く）
- ・ 営業時間：午前9時～午後5時
- ・ サービス提供時間：午前9時45分～午後4時

(3) 事業の目的

医療法人聖真会が開設する介護老人保健施設（以下「施設」という）の適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の従業者が要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援状態）にある高齢者に対し、適正な通所リハビリテーション（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する。

(4) 運営の方針

施設の従業者は要介護者等の心身の特性を踏まえて、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）計画に基づき、利用者が可能な限り居宅において、利用者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、理学療法、作業療法等その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るようとする。

- 2 施設の従業者は利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）の提供に努める。
- 3 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）の実施に当たっ

ては、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(5) 従業者の職種、員数及び職務の内容

施設に勤務する職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。

管理者 1 人 (医師と兼務)
施設従事者の管理、業務実施状況の把握その他の管理を行う。

職 種	員 数	職務内容
医 師	1 人以上	医療及び保健指導を行う。
看護職員	1 人以上	傷病者等に対する療養上の世話又は診療の補助を行う。
介護職員	1 人以上	利用者に対する世話及び介護を行う。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1 人以上	利用者及び通所者に対するリハビリテーションを行う。

(6) 通所定員

通所定員は 10 人とする。

2 当施設が提供するサービスと利用料

当施設では利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付となるサービス

<通所リハビリテーション>

①食事 (ただし食材料費は別途頂きます。)

栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供致します。利用者の自立援助のため、食事はできるだけ離床してとっていただきます。

食事時間 12 時 00 分～

おやつ 15 時 00 分～

②入浴

入浴又は清拭を行います。

③排泄

利用者の排泄の介助を行います。

④機能訓練

理学療法士等により利用者の心身等の状態に応じて適切な訓練を行います。

<介護予防通所リハビリテーション>

- ①日常生活上の支援
- ②運動機能向上
- ③栄養改善

(2) サービス利用料金（1回につき）

別紙の料金表によりお支払いください。利用料は利用者の要介護度等に応じて異なります。

3 利用の中止、変更、追加

- ・ 利用予定日の前に利用者の都合により通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）の利用を中止、変更もしくは新たなサービスを追加することができます。この場合サービス実施日の前日までに事業者にお申し出ください。
- ・ 利用予定日の前日までにお申し出がなく、当日になって利用の中止のお申し出があった場合、取消し料として下記の料金をお支払い頂くことがあります。ただし利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までにお申し出があった場合　：無料

利用予定日の前日までにお申し出がなかった場合：当日の利用料の10%
（自己負担額相当分）

- ・ サービス利用の変更、追加のお申し出に対して施設の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供が出来なくなった場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議致します。
- ・ 利用者が体調不良期間（1ヶ月を超える場合）にわたり利用を休止され、その後体調の回復に伴い再利用される場合は施設の稼働状況により利用者の担当介護支援専門員と協議の上利用の中止、利用日の変更をする場合があります。

4 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務しておりますのでお気軽にご相談下さい。（電話　052-303-3003）

要望や苦情などは支援相談担当者にお寄せいただければ速やかに対応致しますが、玄関に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出ていただいても結構です。

<その他の苦情受付窓口>

名古屋市健康福祉局　介護保険課　052-959-3087

愛知県国民健康保険団体連合会　052-971-4165

関係市区町村役所、役場の介護保険課等

5 協力医療機関等

当施設では下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合には速やかに対応をお願いするようにしています。

<協力医療機関>

名称 医療法人聖真会 春田仁愛病院

住所 愛知県名古屋市中川区東春田二丁目 178 番地

電話番号 052-301-8145

<協力歯科医療機関>

名称 めぐみ歯科

住所 愛知県名古屋市中川区助光3丁目 101

電話番号 052-304-1199

※ 協力医療機関での優先的な診療を保証するものではありません。又、協力医療機関での診察を義務付けるものではありません。

6 非常災害対策

当施設は非常災害に関する具体的計画を策定し、非常災害時の関係機関の通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

- ・ 防災設備等 スプリンクラー、緩降機、消化器、非常放送設備、自動火災報知設備、消防機関火災報知設備、誘導灯、非常照明、屋内避難階段
- ・ 防災訓練等 年2回以上（内、夜間又は夜間想定1回以上）

7 事故発生時の対応

- (1) 当施設はサービス提供等により事故が発生した場合、速やかに利用者の家族又は保証人に連絡するとともに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、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診察を依頼します。
- (3) 前2項のほか、当施設は利用者又は利用者の家族が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

8 身体拘束等

当施設は原則として利用者に対し身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設長又は医師が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。その際、身体拘束をする理由・方法・時間・状況等を家族に説明し、同意を得ます。

9 虐待の防止

当施設は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高

齢者虐待防止法)」の規定を遵守し、従業者による虐待が行われないようにします。従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、速やかに市町村に通報します。

10 施設利用に当たっての留意事項

〔喫煙・飲酒〕

- ・施設内は喫煙・飲酒は禁止としております。

〔設備・備品の利用〕

- ・職員の許可を得て利用してください。

〔貴重品の管理〕

- ・金品等貴重品の持ち込みは紛失、盗難防止のためご遠慮ください。

〔動物等の飼育〕

- ・施設内への動物等の持ち込み及び飼育はお断りします。

11 施設内の禁止行為

利用者及び職員は施設内で次の行為をしてはならない。

- (1) けんか又は口論、泥酔するなど他の利用者に迷惑を及ぼすこと。
- (2) 政治活動、宗教、習慣等の違いで他者を排撃し、又は自己の利益のために他者の自由を侵すこと。
- (3) 指定した場所以外で火気を用いること。
- (4) 施設内の秩序を乱したり、安全衛生を害すること。
- (5) 故意に施設もしくは物品を破損したり、施設外に持ち出すこと。

12 個人情報の保護について

当施設が保有する利用者等の個人情報に関して適正かつ適切な取扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令、及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ります。

13 利用料のお支払い方法

月末締めで計算し、翌月 10 日頃に利用料合計額の請求書を発行致します。25 日までにお支払いください。（施設の実状に合わせて利用日毎に精算する方法としても可）

お支払い方法は、窓口での現金払い、または施設指定の金融機関への振込みとなります。なお、振込みによる支払いの場合、振込手数料の負担をお願い致します。

(介護予防) 通所リハビリテーションサービス

1 介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険被保険者証、介護保険負担割合証を確認させていただきます。

2 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）についての概要

通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）については、要介護者（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス（介護予防サービス）計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）計画が作成されますが、その際、利用者・保証人の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただきます。

3 利用料金

(1) 通所リハビリテーションの基本料金

利用者の自己負担額は次のとおりとなりますが、実額は端数があるため利用日数によって金額が変わります。

① 基本サービス費

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。

[6時間以上7時間未満] (1日当たりの自己負担額)

介護度	1割	2割	3割
要介護1	774円	1,549円	2,323円
要介護2	921円	1,841円	2,762円
要介護3	1,062円	2,125円	3,187円
要介護4	1,231円	2,463円	3,694円
要介護5	1,397円	2,794円	4,191円

② 加算料金

加算項目	内 容		1 割	2 割	3 割	
入浴介助加算（Ⅰ）	入浴中の利用者の観察を含む介助を行った場合		43 円	87 円	130 円	日
リハビリテーション マネジメント加算（Ⅰ）	会議を開催し、 リハビリテーシ ョン計画の同意 を得、定期的に 評価と見直し行 っている場合	計画同意 月から 6 ヶ月以内	606 円	1,213 円	1,819 円	月
		計画同意 月から 6 ヶ月超	260 円	520 円	780 円	月
リハビリテーション 計画の医師の説明	リハビリテーション計画を事 業所の医師が利用者又はその 家族に対し説明し、同意を得 る		292 円	585 円	877 円	月
短期集中個別リハビリ テーション実施加算	退院・退所、新たな要介護認 定日から 3 ヶ月以内に集中 的なりハビリテーションを個 別に行った場合		119 円	238 円	357 円	日
口腔・栄養スクリーニン グ加算（Ⅰ）	口腔の健康状態及び栄養状態 に関するスクリーニングを行 い、介護支援専門員へ情報を 提供（6 月に 1 回を限度）		22 円	43 円	65 円	回
重度療養加算	要介護 3～5 で厚生労働大臣 が定める状態の方へ、計画的 な医学的管理を継続的に行っ た場合		108 円	216 円	325 円	日
送迎未実施減算	送迎を行わなかった場合		-51 円	-102 円	-153 円	片道
退院時共同指導加算	退院前カンファレンスに参加 し、利用者の状況等に関する 情報を相互に共有し、在宅で のリハビリテーションに必要な 指導を共同して行った場合		650 円	1,300 円	1,949 円	月
介護職員等処遇改善 加算（Ⅱ）	（基本サービス費 +加算料金）×8.3%					月

(2) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金

利用者の自己負担額は次のとおりとなりますが、実額は端数があるため利用日数によって金額が変わります。

① 基本サービス費

介護保険制度では、要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。

[6時間以上7時間未満] (1月当たりの自己負担額)

要介護度	1割	2割	3割
要支援1	2,456円	4,912円	7,369円
要支援2	4,579円	9,158円	13,737円

② 加算料金

加算項目	内 容		1割	2割	3割	
リハビリテーション 実施減算	利用開始の属する月から12月を超えた場合	要支援1	-130円	-260円	-390円	月
		要支援2	-260円	-520円	-780円	月
退院時共同指導加算	退院前カンファレンスに参加し、利用者の状況等に関する情報を相互に共有し、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行った場合		650円	1,300円	1,949円	月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	口腔の健康状態及び栄養状態に関するスクリーニングを行い、介護支援専門員へ情報を提供（6月に1回を限度）		22円	43円	65円	回
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	（基本サービス費＋加算料金）×8.3%					月

(3) 介護保険給付の対象とならない料金（1日当たり）

食費（おやつ代含む）	690円
日用品費 ※注1	250円
教養娯楽費 ※注2	250円
特別な食事料	実費
おむつ代	パンツタイプ 200円/枚
	テープタイプ 180円/枚
	パットタイプ 100円/枚
	フラットタイプ 80円/枚
	尿取りパット 50円/枚
通常実施地域以外の送迎費	実施区域を越えた地点から片道5km未満 200円
	実施区域を越えた地点から片道5km以上 500円

※ 利用者が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただく場合があります（償還払い）。その場合、要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額を市町村に対し請求することになります。

※注1) 日用品費…シャンプー、ボディソープ、ティッシュペーパー等の身の回り品を施設で提供する場合にかかる費用

注2) 教養娯楽費…折り紙、色鉛筆、喫茶会のコーヒー等のクラブ活動等にかかる費用

(4) 利用料の支払い方法

月末締めで計算し、翌月 10 日頃に利用料合計額の請求書を発行致します。25 日までにお支払いください。(施設の実状に合わせて利用日毎に精算する方法としても可)

お支払い方法は、窓口での現金払い、または施設指定の金融機関への振込みとなります。なお、振込みによる支払いの場合、振込手数料の負担をお願い致します。

個人情報保護に関する基本方針

当施設は、当施設をご利用になる方々の人格とプライバシーを尊重し、下記の基本方針に基づき個人情報を適切に取り扱います。

- 1 個人情報保護に関する法律その他の規範を遵守します。
- 2 医療の提供や医療機関の管理運営に必要な範囲において個人情報を収集し、別に示した利用目的の範囲で情報を利用します。
- 3 個人情報保護のために施設内全ての従事者を対象に教育・啓発活動を行います。
- 4 個人情報への不正アクセス、紛失、破壊、改ざん及び漏洩防止のための安全対策・安全管理に努めます。
- 5 外部委託業務に関しても個人情報が適切に取り扱われるように、当該委託業者との間で委託契約を交わします。
- 6 個人情報の第三者への譲渡・提供を本人の同意なく行うことは原則として致しません。ただし、法令により定められた報告・届出については除きます。
- 7 本人の申し出により情報の開示、訂正、利用停止、削除等を行います。なお、法令等の定めによりご希望に添えない場合もあります。
- 8 個人情報についてのお問い合わせ、訂正、苦情、相談は当施設の相談窓口までお願い致します。また、介護関係事業者が行うべき義務以外の情報で公開を希望しない事項がある場合は相談ください。

個人情報保護の相談窓口 TEL：052-303-3003
担当：支援相談員

個人情報の利用目的

【利用者様等への施設サービスの提供に必要な利用目的】

(施設内部での利用)

- ・ 当施設が利用者様等に提供する介護サービス・日常の医療
- ・ 介護保険事務
- ・ 利用者様に係る管理運営業務のうち、
 - 入退所等の管理
 - 会計・経理
 - サービスの改善・安全確保・事故あるいは未然防止等の分析・報告
 - 利用者様への介護・医療サービスの向上

(他事業者等への情報提供)

- ・ 当施設が利用者等に提供する介護サービス・日常医療のうち、
 - 協力医療機関へ利用者様の病歴等について定期的な情報提供
 - 医療機関および他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - 利用者様の診察等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - 検体検査業務・調理業務の業務委託、その他の業務委託
 - 家族等への心身の状況説明
- ・ 介護保険のうち、
 - 審査支払機関へのレセプトの提出
 - 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

(施設の内部での利用)

- ・ 当施設の管理運営のうち、
 - 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - 当施設において行われる学生等の実習への協力
 - レクリエーション・看護・介護等のボランティア活動
 - 満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
 - 当施設において行われる事例研究

(他の事業者等への情報提供に係る利用)

- ・ 特定の利用者様・関係者についての事例学会、研究会等での報告は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化する。匿名化が困難な場合は、本人の同意を得る。
- ・ 当施設の管理運営業務のうち、
 - 外部監査機関への情報提供

(介護予防) 通所リハビリテーション 利用同意書

介護老人保健施設 雅 施設長 様

介護老人保健施設 雅を利用するにあたり、本書面に基づいて

担当者 _____ より説明を受け、十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

利用者 <住所>

<氏名>

印

<電話番号>

保証人 <住所>
(家族代表)

<氏名>

印

<電話番号>