

介護老人保健施設ハート（介護予防）通所リハビリテーション重要項目説明書
（令和３年４月１日現在）

（１）

（施設の概要）

施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設ハート
- ・開設年月日 平成７年１１月３０日
- ・所在地 三重県桑名市大字西方字斧峠１３０６－１０
- ・電話番号 ０５９４－２２－６１１１
- ・ＦＡＸ番号 ０５９４－２２－６１１０
- ・管理者名 衣斐 達
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（２４５０１８００２７号）

（２）

（施設の目的）

施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、１日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を１日でも長く継続できるよう、支援します。

（３）

（施設の運営方針）

当施設では、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、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における日常生活の継続を目指す。

（４）

（施設の職員体制）

	常 勤	非常勤
・医 師	１人	
・看護職員	１人	１人
・薬剤師	０人	
・介護職員	４人	６人
・支援相談員	２人	
・理学療法士	３人	
・作業療法士	１人	
・言語聴覚士	０人	
・管理栄養士	１人	
・介護支援専門員	１人	
・事務職員	１人	
・その他	１人	３人

（５）

（通所定員）

３０名

(6)

(営業日及び営業時間)

(介護予防) 通所リハビリテーションの営業日及び営業時間は以下のとおりとします。

- ① 祝祭日、年始を除く、毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日とします。
- ② 営業日の午前9時から午後6時までを営業時間をします。
- ③ 営業日の午前9時30分から午後4時までをサービス提供時間とします。

(7)

(通常の送迎の実施地域)

通常の送迎の実施地域を以下のとおりとします。

桑名市 いなべ市 東員町

(8)

(サービス内容)

- ① (介護予防) 通所リハビリテーション計画の立案
- ② 食事(食事は原則として食堂でおとりいただきます。
 - ・昼食 12時～
 - ・おやつ 15時～)
- ③ 入浴(一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には器械浴槽で対応します。)
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養管理
- ⑨ 送迎サービス(安全確保の為、介助者を付けた送迎サービスを行います。)
- ⑩ 行政手続代行
- ⑪ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

(9)

(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。但し、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。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(10)

(利用料)

当施設は、利用者及び身元引受人が指定する者に対し(別紙1) 介護保健施設サービスの対価として、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日までに発行しますので利用者及び身元引受人は、連帯して当施設に対し、当該合計額をその月の末日までにお支払いをお願いします。

(11)

(利用者からの解除)

1. 利用者は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、約款に基づく通所利用を解除することができます。
2. 身元引受人も前項と同様に通所利用を解除することができます。但し、利用者の利益に反する場合は、この限りではありません。

(12)

(当施設からの解除)

当施設は、利用者及び身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく（介護予防）通所リハビリテーションサービスの利用を解除することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者及び身元引受人が、約款に定める利用料金を期日までに支払わず、その支払いを督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合（特別な事情があり、申請を行った場合は除く）
- ④ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な（介護予防）通所リハビリテーションサービスの提供を超えると判断された場合
- ⑤ 利用者及び身元引受人が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合や、身元引受人が施設運営に協力いただけない場合
- ⑥ 当施設が新たな身元引受人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな身元引受人を立てない場合。但し、利用者が新たな身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除く。
- ⑦ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合
- ⑧ 利用者が死亡された場合

(13)

(協力医療機関等)

当施設では、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに協力医療機関や協力歯科医療機関と協力し対応いたします。

なお、緊急の場合には、「同意書」等にご記入いただいた連絡先に連絡します。

1. 緊急時の対応

- ① 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関及び主治医への診療を依頼することがあります。
- ② 前項のほか、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

2. 事故発生時の対応

- ① サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、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、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関及び主治医への診療を依頼します。
- ③ 前2項のほか、当施設は利用者の身元引受人又は利用者若しくは身元引受人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。

(1 4)

(賠償責任)

1. 介護保健施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。
2. 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設又は他の利用者が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(1 5)

(秘密の保持及び個人情報の保護)

当施設とその職員は、当法人の個人情報保護規定に基づき、業務上知り得た利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報の利用目的を定め、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。

(1 6)

(要望及び苦情等の相談)

1. 当施設には支援相談の専門員として支援相談員(介護支援専門員)・羽柴賢一が勤務していますので、お気軽にご相談ください。(電話 0594-22-6111) 要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、玄関横に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者 衣斐 達に直接お申し出いただくこともできます。
2. 利用者、身元引受人又は利用者の親族は当事業所以外に、保険者、国民健康保険団体連合会の窓口で苦情を伝えることが出来ます。
 - ・桑名市役所 介護・高齢福祉課
電話番号 0594-24-1186
 - ・三重県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係
電話番号 059-228-9151

<別紙 1>

(介護予防)通所リハビリテーションについて
(令和7年1月1日現在)

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. (介護予防)通所リハビリテーションについての概要

(介護予防)通所リハビリテーションについては、要介護者及び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介護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、(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・身元引受人（ご家族）の希望を充分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

(1) 介護保険一部負担分

(以下は特別な記載がない場合、1回あたりの単位です。 単価＝10,33円/単位)

1. 基本単位

① 要介護1～5の利用者

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用単位が異なります。

[1時間以上2時間未満]

・要介護1	369単位
・要介護2	398単位
・要介護3	429単位
・要介護4	458単位
・要介護5	491単位

[2時間以上3時間未満]

・要介護1	383単位
・要介護2	439単位
・要介護3	498単位
・要介護4	555単位
・要介護5	612単位

[3時間以上4時間未満]

・要介護1	486単位
・要介護2	565単位
・要介護3	643単位
・要介護4	743単位
・要介護5	842単位

[4時間以上5時間未満]

・要介護1	553単位
・要介護2	642単位
・要介護3	730単位
・要介護4	844単位
・要介護5	957単位

[5時間以上6時間未満]

・要介護1	622単位
・要介護2	738単位
・要介護3	852単位
・要介護4	987単位
・要介護5	1,120単位

[6時間以上7時間未満]

・要介護1	715単位
・要介護2	850単位
・要介護3	981単位
・要介護4	1,137単位
・要介護5	1,290単位

- ・要介護1 7 6 2単位
- ・要介護2 9 0 3単位
- ・要介護3 1, 0 4 6単位
- ・要介護4 1, 2 1 5単位
- ・要介護5 1, 3 7 9単位

1 か月につき・要支援1 2, 268単位
・要支援2 4, 228単位

① 要介護1～5の利用者には基本単位に、下記の加算が加わります。

3 時間以降 4 時間未満の場合	1 2 単位
4 時間以降 5 時間未満の場合	1 6 単位
5 時間以降 6 時間未満の場合	2 0 単位
6 時間以降 7 時間未満の場合	2 4 単位
7 時間以上の場合	2 8 単位

のいずれか

20 單位

40 單位

要支援 2 4.8 単位

・科学的介護推進体制加算 40単位／月

同意日の属する月から6月超 273単位/月

・リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	
同意日の属する月から6月以内	793単位/月
同意日の属する月から6月超	473単位/月
※事業所の医師が利用者またはその家族に説明した場合 上記に加えて	270単位
・短期集中個別リハビリテーション実施加算	110単位
・認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	240単位
(Ⅱ)	1,920単位/月
・生活行為向上リハビリテーション実施加算	
開始月から起算して6月以内の期間に行われた場合	1,250単位/月
減算対象月から6月以内	×85/100
・若年性認知症利用者受入加算	60単位
・栄養アセスメント加算	50単位/月
・栄養改善加算(3月以内月2回を限度)	200単位/回
・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月に1回を限度)	20単位/回
(Ⅱ)(6月に1回を限度)	5単位/回
・口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回を限度)	150単位/回
(Ⅱ)イ(月2回を限度)	155単位/回
(Ⅱ)ロ(月2回を限度)	160単位/回
・重度療養管理加算(要介護3、要介護4又は要介護5)	100単位/回
・移行支援加算	12単位/回
・退院時共同指導加算(1回につき)	600単位
・送迎減算(片道につき)	-47単位

④ 要支援1～2の利用者には状態、必要に応じて下記の加算が加わります。

・生活行為向上リハビリテーションマネジメント加算(開始から6月以内)	562単位/月
・若年性認知症利用者受入加算	240単位/月
・栄養改善加算	200単位/月
・栄養アセスメント加算	50単位/月
・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月に1回を限度)	20単位/回
(Ⅱ)(6月に1回を限度)	5単位/回
・口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回を限度)	150単位/月
(Ⅱ)(月2回を限度)	160単位/月
・一体的サービス提供加算	480単位/月
・退院時共同指導加算(1回につき)	600単位
・利用開始日の属する月から12月超の減算	
要支援1	-120単位/月
要支援2	-240単位/月
	のいずれか

⑤ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)として、1ヶ月内にご利用頂いた分の基本単位に各種加算を加えた合計単位数の8.6%が加算されます。

3. 上記、基本単位に各種加算を加えた1ヶ月の総単位数に単価を掛けた金額が介護費用となり、利用者負担分は介護費用のうち、自己負担割合に応じた額となります。

(2) その他の料金

- ① 食費 《昼食 810 円》
施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。
- ② 日常生活品セット 外部委託
- ③ 行事費／1 日 実費
希望する利用者に提供する行事に掛かる費用。その他、施設入場料等。
- ④ おむつ代／1 枚当たり
《尿パット 33 円 紙パンツ・テープ止め紙オムツ 132 円》
利用者の身体状況により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ⑤ 送迎費／片道
基本的には、保険給付の自己負担の範囲となりますが、通常の事業実施地域以外の地域に居住する方が送迎を依頼した場合にお支払いいただきます。ご相談ください。
- ⑥ 前営業日の 17:00 までに当施設に連絡無く利用をキャンセルされた場合、800 円をキャンセル料として請求させていただきます。

(3) 支払い方法

- ・毎月 10 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。
- ・お支払い方法は、現金、銀行振込、銀行引落の 3 方法があります。入所契約時にお選びください。
- ・お支払い確認後、領収書を発行いたします。

重要事項説明書同意書

令和 年 月 日

住 所 〒 5 1 1 - 0 8 6 4
 桑名市大字西方字斧峠 1 3 0 6 - 1 0
施設名 介護老人保健施設 ハート
T E L 0 5 9 4 - 2 2 - 6 1 1 1
F A X 0 5 9 4 - 2 2 - 6 1 1 0
代表者 医療法人 社団 青藍会
 理事長 三浦 尚文 ⑩

介護老人保健施設のサービス（（介護予防）通所リハビリテーション）を利用するにあたり、施設の重要事項の内容に関して、担当者による説明を受け、これら主旨を十分に理解し納得した上で同意します。

<利用者>

住 所	〒
氏 名	⑩

<代筆者>

氏 名	続柄 ()
-----	--------------------------------

<身元引受人>

住 所	〒
氏 名	⑩

