

みのりの里 介護老人保健施設 旭ヶ丘

通所リハビリテーション重要事項説明書

1 事業者の概要

主たる事務所の所在地	〒409-0112 山梨県上野原市上野原 7 8 0 6
電 話 番 号 F A X ホ ー ム ペ ー ジ	0 5 5 4 - 6 3 - 5 8 0 0 0 5 5 4 - 6 2 - 6 0 0 6 https://www.keifuu.or.jp
法人の種別及び名称	医療法人社団 恵風会
代 表 者 職 ・ 氏 名	理事長 山下 貢
主 な 事 業 内 容	介護老人保健施設の運営（入所サービス、短期入所、通所リハビリテーション、居宅介護支援事業サービス、入浴サービス等）

施 設 の 名 称	みのりの里 介護老人保健施設 旭ヶ丘
施 設 の 所 在 地	〒409-0112 山梨県上野原市上野原 7 8 0 6
事 業 所 の 責 任 者	施設長 輿石 匡司
介護保険事業所番号	1 9 5 1 5 8 0 0 0 8
指 定 年 月 日	平成16年5月1日
交 通 の 便	上野原駅から 車 1 5 分

2 施設の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤務の体制	
管理者・施設長	歯科医師	1 人	常勤	1 人
	医 師	3 人	常勤	1 人
事 務 責 任 者		1 人	常勤	1 人
薬 剤 師		1 人	常勤	人
看 護 職 員		10 人	常勤	6 人
介 護 職 員		38 人	常勤	25 人
支 援 相 談 員		3 人	常勤	3 人
理 学 療 法 士		6 人	常勤	4 人
作 業 療 法 士		0 人	常勤	人
管 理 栄 養 士		1 人	常勤	人
栄 養 士		1 人	常勤	1 人
介 護 支 援 専 門 員		1 人	常勤	1 人

2024. 10.1 現在

3 指定通所リハビリテーション施設の設備概要

定員	① 9:30～15:30 13名 ② 9:30～11:30 10名 ③ 14:30～15:30 10名
リハビリ専用室	21.93 m ²
浴室	○ 一般浴槽 33.7 m ² ○ 特殊浴槽 35.65 m ²
食堂	48.25 m ²
その他の設備	送迎車 5 台

4 サービスの提供時間

営業日	サービス提供時間	営業時間
平日	① 9:30～15:30 ② 9:30～11:30 ③ 14:30～15:30	8:30～17:00
休日	年末年始（12月31日～1月3日まで） 土曜・日曜	

5 指定通所リハビリテーションの運営の方針

- (1)利用者の方が、それぞれに自立した日常生活をおくることができるようにするために、通所リハビリテーション計画にもとづいて、医学的管理下において、看護・介護および機能訓練・日常生活訓練を通じて、利用者の方の心身の機能を維持し回復を図ることを目的としています。
- (2)利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めます。
- (3)身体拘束（車椅子ベルト・つなぎ服の着用・ミトンの使用など）は一切行っておりません。
- (4)明るく健康的な雰囲気のもと、地域やご家庭との結びつきを大切にしたい運営を行ないます。

6 利用料金

- (1)利用料金の一覧・詳細につきましては、後掲する別紙に記載してありますのでそちらを参照してください。
- (2) 支払い方法
 - ・ご利用料金の算定の日は、月末日です。月初めに前月分の請求書を発行いたします。
 - ・ お支払い方法については、請求書と集金用封筒を用意してお渡しします。送迎を利用される方は封筒に入れて持参していただき、家族送迎の方は施設窓口にてお支払いください。
- (3) ご利用中止の連絡
利用者のご都合によりご利用をキャンセルする場合には、お早めにご連絡ください。当日のキャンセルは朝8:00までをお願いします。
- (4) その他
利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載（保険料滞納のため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を当事業者にお支払いいただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、保険者である市町村の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分の9割）の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ア 当事業者に申し込みください。当事業者の担当職員が、当事業者の指定通所リハビリテーションの内容等についてご説明します。
- イ この説明書により利用者・ご家族からの同意を得た後、当事業者担当職員が通所リハビリテーション計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- ウ 利用者の方が居宅介護支援事業者に居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前にそちらの事業者とご相談ください。

(2) サービスの終了

ア 利用者のご都合でサービスを終了する場合

利用者のお申し出により、いつでもサービスの提供を中止・終了することができます。ただし、中止されたときの再度の利用につきましては、定員超過などの事情から以前と同様にはご利用いただけないことがあります。

イ 当事業者の都合でサービスを終了する場合

天災等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・ 利用者が医療機関又は介護保険施設に1ヶ月以上入院又は入所した場合
- ・ 利用者の要介護度が非該当(自立)と認定された場合
- ・ 利用者が亡くなったとき

エ その他

- ・ 当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者や利用者の家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、利用者はただちにこの契約を解除・終了することができます。
- ・ 利用者がサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、再三支払の催告をしたにもかかわらず支払いがないとき、また、利用者が当事業者もしくは他の利用者に対して著しく迷惑を及ぼす行為(たとえば暴力的行為など)を行なうときには、文書で通知することによりこのサービスを終了させていただく場合があります。

8 サービス利用に当たっての留意事項

- | | |
|-------------|--|
| ○ 禁 煙 | ： 屋内はすべて禁煙となっています。 |
| ○ 金 銭 の 管 理 | ： 現金の持ち込みはご遠慮ください。 |
| ○ 所持品の持ち込み | ： 貴重品・高価な物はご遠慮ください。また、所持品にはできるだけお名前を入れるようにしてください。 |
| ○ 飲食物の持ち込み | ： 衛生管理上、飲食物の持ち込みは原則としてお断りしてします。 |
| ○ 体調の確認 | ： 体調の悪い時は無理なさらずにお休みして、病院にかかってください。そのようなときには、当日の朝8:00までにご連絡ください。 |
| ○ 利用時間の延長 | ： ご都合で利用時間の延長を希望される場合は、早めにご連絡をお願いいたします。ただし、送迎は家族の方にしていただくようお願いいたします。 |
| ○ 保険証の提示 | ： サービスの提供開始のとき、要介護状態区分の変更及び有効期間更新のときには、介護保険証の提示をお願いします。 |

9 個人情報・秘密の保持について

当事業者とその職員は、業務上知りえたご利用者様・ご家族様等の秘密を正当な理由なく第三者に対して漏らしません。また、ご利用者様の個人情報の取扱いにつきましては、別紙（「介護・診療情報の提供および個人情報の保護に関するお知らせ」）をご覧ください。ご利用者様のサービス利用終了後も、同様の取扱いといたします。

10 サービスの内容

当事業者が利用者に提供するサービスは以下のとおりです。

内 容：	送 迎	～	当事業所からご自宅の玄関までを送り迎えいたします。
	機 能 訓 練	～	理学療法士、作業療法士等が実施します。
	入 浴	～	入浴の介助を行います。
	食 事	～	管理栄養士によりバランスのとれた食事を提供します。
	生 活 相 談	～	ご家族の方たちの介護等に関するご相談を承ります。
	そ の 他	～	専門指導員によるバリエーション豊富なレクリエーションで1日を楽しく過ごします。

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、利用者にわかりやすいように説明します。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

11 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行うなどの必要な措置をとります。

12 非常災害対策

消防用設備	スプリンクラー設備 自動火災報告設備 非常放送装置 誘導灯及び誘導標識 消火器
消 防 計 画	消防署への届出： 平成16年 4 月 15 日 防 火 管 理 者： 守屋 智巳 内 容：避難訓練 年2回実施 通報訓練 年2回実施 消火訓練 年1回実施

13 事故発生時の対策

- (1) サービスの提供を行っている時に事故が起こった場合には、主治医に連絡を取るなど必要な措置を講じるとともに、ご家族や市町村(保険者)に連絡いたします。

(2)サービスの提供に当たって、当事業者・職員の責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産等に損害を及ぼした場合には、それを賠償いたします。

1 4 苦情処理

どなたでも、当事業者の指定通所リハビリテーションの提供について、いつでも苦情を申立てることができます。どなたも、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの不利益を受けることはありません。

苦情相談窓口	担 当	山下千英子 藤本渉 （支援相談員）
	電話番号	0 5 5 4－6 3－5 8 0 0 （代）

その他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口にも苦情を申立てることができます。

保 険 者 である市町村 （上野原市の場合）	担当窓口	上野原市 長寿介護課 介護保険担当
	電話番号	0 5 5 4－6 2－3 1 2 8
国民健康保険団体連合会	担当窓口	介護サービス苦情処理担当
	電話番号	0 5 5－2 3 3－9 2 0 1

この重要事項説明書に記載のない事項に関しては、介護保険法令その他の諸法令にもとづいて、利用者およびその後家族と当施設との間で誠意をもって協議して定めることとします。

年 月 日

指定通所リハビリテーションの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。
(事業者)

所在地 山梨県上野原市上野原 7 8 0 6

名 称 みのりの里 介護老人保健施設 旭ヶ丘

説明者 ⑩

この説明書により、指定通所リハビリテーションに関する重要事項の説明を受けました。
(利用者)

住 所

氏 名 ⑩

(代理人)

住 所

氏 名 ⑩

利用者本人との関係：

通所リハビリテーション利用同意書

年 月 日

みのりの里 介護老人保健施設 旭ヶ丘
施設長 興石 匡司 殿

みのりの里 介護老人保健施設 旭ヶ丘 の通所リハビリテーションの提供にあたり、サービスの内容・利用者負担に関して、担当者による説明を受け、これを十分に理解したうえで、みのりの里 介護老人保健施設 旭ヶ丘 の通所リハビリテーションを利用し、対価として施設の定める料金を支払うことに同意・契約します。

また、本人が支払うことができないときは、連帯保証人が支払います。

<利用者本人>

氏 名 _____ 印
住 所 〒 _____
電話番号 _____ () _____

<連帯保証人>

氏 名 _____ 印
(続柄：)
住 所 〒 _____
電話番号 _____ () _____

<緊急時の連絡先>

氏 名 _____ 印
(続柄：)
住 所 〒 _____
電話番号 _____ () _____

【通所時リスク説明書】

利用者： _____ 様 年齢 歳 性別： _____

みのりの里 介護老人保健施設 旭ヶ丘 説明担当者： _____

当施設では利用者が快適な通所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》（ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。）

- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ☐ 老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ☐ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- ☐ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ☐ 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ☐ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

このことは、ご自宅でも起こりうることで、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、説明担当者より、利用者の貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

令和 年 月 日

ご家族 _____ (続柄： _____)

個人情報の利用目的

みのりの里 介護老人保健施設 旭ヶ丘では、利用者様の尊厳を守り安全に配慮する介護老人保健施設基本方針のもと、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。

【利用者様への介護サービス提供に必要な利用目的】

[介護老人保健施設内部での利用目的]

●当施設が利用者様等に提供する介護サービスのうち以下のもの

1. 安心・安全に施設で過ごしていただく為に必要な既往歴や生活歴等
2. 利用者又は家族の同意の上、ベッドセンサーや映像機器（カメラ等）を設置し、事故予防・事故発生時の早期発見・健康状態の把握に利用するシステム（「見守りシステム」）を使用し、プライバシーに十分配慮の上モニタリング

●介護保険事務

●介護保険サービスの利用者様に係る当施設の管理運営業務のうち以下のもの

1. 入退所等の管理
2. 会計・経理
3. 事故等の報告
4. 当該利用者様の介護・医療サービスの向上

[他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

●当該施設が利用者様等に提供する介護サービスのうち以下のもの

1. 利用者様に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅支援事業所との連携、照会への回答

2. 利用者様の診療に当たり、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. ご家族様等への心身の状況説明

●介護保険業務のうち以下の業務

1. 保険事務の委託
2. 審査支払機関へのレセプト提出
3. 審査支払期間また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または届出等

【その他の利用目的】

[当施設内部での利用に係る利用目的]

●当施設の管理業務のうち以下のもの

1. 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
2. 当施設において行われる学生への実習協力
3. 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目的]

●当施設の管理業務のうち以下のもの

1. 外部監査機関への情報提供
2. 施設のホームページに記載する場合

【付記】

1. 上記のうち介護サービス事業所・施設等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、速やかにその旨を相談窓口までお申し出ください。
2. お申し出のないものについては、同意いただいたものとして取り扱い致します。
3. これらのお申し出はいつでも撤回、変更することが可能です。
4. 施設内で行われる行事や活動中のスナップ写真を施設内に掲示や広報誌等への掲載等をさせていただく場合がございますので、写真等の個人情報の取扱いについて、下記表に記入をお願い致します。

「同意する＝○」「同意しない＝×」のいずれか空欄に記入下さい。

項 目	○か×のいずれかを ご記入ください
スナップ写真を施設内の廊下・談話室等へ掲示する	
施設広報誌等に写真を掲載する	
施設広報誌等に名前を記載する	
施設内での作品掲示に名前を記載する	
ホームページに掲載する	

ご記入欄（希望等ございましたらご記入下さい）

(通所リハビリテーション)

1. 介護保険内費用

サービス費【通常規模型】

報酬項目	要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
提供時間： 1時間以上2時間未満	要介護 1	369 円/日	738 円/日	1,107 円/日
	要介護 2	398 円/日	796 円/日	1,194 円/日
	要介護 3	429 円/日	858 円/日	1,287 円/日
	要介護 4	458 円/日	916 円/日	1,374 円/日
	要介護 5	491 円/日	982 円/日	1,473 円/日
提供時間： 2時間以上3時間未満	要介護 1	383 円/日	766 円/日	1,149 円/日
	要介護 2	439 円/日	878 円/日	1,317 円/日
	要介護 3	498 円/日	996 円/日	1,494 円/日
	要介護 4	555 円/日	1,110 円/日	1,665 円/日
	要介護 5	612 円/日	1,224 円/日	1,836 円/日
提供時間： 6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	715 円/日	1,430 円/日	2,145 円/日
	要介護 2	850 円/日	1,700 円/日	2,550 円/日
	要介護 3	981 円/日	1,962 円/日	2,943 円/日
	要介護 4	1,137 円/日	2,274 円/日	3,411 円/日
	要介護 5	1,290 円/日	2,580 円/日	3,870 円/日

加算費用

報酬項目			1割負担	2割負担	3割負担
「6時間以上8時間未満」の通所 リハに前後して日常生活上の世 話を行った場合の算定対象時間 が8時間以上となった場合の加算	8時間以上9時間未満		50 円/回	100 円/回	150 円/回
	9時間以上10時間未満		100 円/回	200 円/回	300 円/回
	10時間以上11時間未満		150 円/回	300 円/回	450 円/回
	11時間以上12時間未満		200 円/回	400 円/回	600 円/回
	12時間以上13時間未満		250 円/回	500 円/回	750 円/回
	13時間以上14時間未満		300 円/回	600 円/回	900 円/回
高齢者虐待防止未実施減算			所定単位数の1.0%を算定		
業務継続計画未策定減算			所定単位数の1.0%を算定		
感染症及び災害により、臨時的に利用者数が一定減少している 場合			所定単位数の3.0%を算定		
「1時間以上2時間未満」で基準を超えた専従常勤PT,OT,STを2名以上配置してい る場合			30 円/日	60 円/日	90 円/日
通常の事業の実施地域を超えた地域の利用者に行った場合(加算)			所定単位数の5.0%を算定		
リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満		12 円/月	24 円/月	36 円/月
	4時間以上5時間未満		16 円/月	32 円/月	48 円/月
	5時間以上6時間未満		20 円/月	40 円/月	60 円/月
	6時間以上7時間未満		24 円/月	48 円/月	72 円/月
	7時間以上		28 円/月	56 円/月	84 円/月
入浴介助加算 (Ⅰ)			40 円/日	80 円/日	120 円/日
入浴介助加算 (Ⅱ)			60 円/日	120 円/日	180 円/日
リハビリテーション マネジメント加算	リハマネ加算(A)イロイ	開始日から6月以内/月	560 円/月	1120 円/月	1680 円/月
		開始日から6月超/月	240 円/月	480 円/月	720 円/月
	リハマネ加算ロ	開始日から6月以内/月	593 円/月	1186 円/月	1779 円/月
		開始日から6月超/月	273 円/月	546 円/月	819 円/月
	リハマネ加算(田)イロハ	開始日から6月以内/月	793 円/月	1586 円/月	2379 円/月
		開始日から6月超/月	473 円/月	946 円/月	1419 円/月
事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を 得た場合			270 円/月	540 円/月	810 円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算			110 円/日	220 円/日	330 円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) /日			240 円/日	480 円/日	720 円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ) /月			1920 円/月	3840 円/月	5760 円/月
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/月)			1250 円/月	2500 円/月	3750 円/月
若年性認知症利用者受入加算			60 円/日	120 円/日	180 円/日
栄養アセスメント加算			50 円/月	100 円/月	150 円/月
栄養改善加算 (月 2 回限度)			200 円/回	400 円/回	600 円/回
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) (6 月に 1 回限			20 円/回	40 円/回	60 円/回
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) (6 月に 1 回限			5 円/回	10 円/回	15 円/回
口腔機能向上加算 (Ⅰ) (月2回を限度)			150 円/回	300 円/回	450 円/回
口腔機能向上加算 (Ⅱ) ⇒ (Ⅱ) イ (月2回を限度)			155 円/回	310 円/回	465 円/回
口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ (月2回を限度)			160 円/回	320 円/回	480 円/回
重度療養管理加算 (1日につき)			100 回/日	200 回/日	300 回/日
中重度者ケア体制加算 (1日につき)			20 回/日	40 回/日	60 回/日
科学的介護推進体制加算 (1 月につき)			40 円/月	80 円/月	120 円/月
事業者と同一建物に同居する者若しくは同一建物から利用する者に通所リハビリ テーションを行う場合又は事業所が送迎を行っていない場合(算定要件の見直し)			-94 円/日	-188 円/日	-282 円/日
事業所が送迎を行わない場合 (片道につき)			-47 円/回	-94 円/回	-141 円/回
退院時共同指導加算 (1回につき)			600 円/回	1200 円/回	1800 円/回
移行支援加算 (1日につき)			12 円/日	24 円/日	36 円/日
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)			22 円/日	44 円/日	66 円/日
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)			18 円/日	36 円/日	54 円/日
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)			6 円/日	12 円/日	18 円/日

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 (秋山・西原・柵原)		所定単位に5%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	R6年6月1日から	所定単位に8.6%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)		所定単位に8.3%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		所定単位に6.6%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		所定単位に5.3%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(1)	R7年3月31日まで	所定単位に7.6%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(2)		所定単位に7.3%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(3)		所定単位に7.3%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(4)		所定単位に7.0%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(5)		所定単位に6.3%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(6)		所定単位に6.0%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(7)		所定単位に5.8%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(8)		所定単位に5.6%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(9)		所定単位に5.5%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(10)		所定単位に4.8%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(11)		所定単位に4.3%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(12)		所定単位に4.5%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(13)		所定単位に3.8%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算(V)(14)		所定単位に2.8%を乗じた単位数

2. 介護保険外費用

		消費税非課税
食費	昼食	850 円
	おやつ	140 円
教養娯楽費		実費

		消費税課税(税込)
おむつ代	パンツ用パッド(1枚)	33 円
	昼用パッド(1枚)	55 円
	夜用パッド(1枚)	66 円
	リハビリパンツ S	88 円
	リハビリパンツ M	99 円
	リハビリパンツ L	110 円
	テープ止めオムツ S	88 円
	テープ止めオムツ M	99 円
	テープ止めオムツ L	110 円