

# 重要事項説明書

## (介護老人保健施設らくらく一色 通所リハビリテーション)

通所リハビリテーションサービス及び介護予防通所リハビリテーションの提供にあたり、当施設が説明する事項は次のとおりです。

### 1. 施設の概要

- ・施設名；介護老人保健施設 らくらく一色
- ・管理者名；深見正明
- ・所在地；愛知県西尾市一色町松木島丸山 54 番地
- ・開設年月日；平成 15 年 3 月 1 日
- ・電話番号；0563-74-3300
- ・FAX 番号 0563-74-3200
- ・通所定員；40 名（1 単位）
- ・介護保険指定番号；介護老人保健施設（2355980018 号）

### 2. 目的と運営方針

通所リハビリテーションは、要介護状態（要支援）と認定された利用者に対し、通所リハビリテーション計画にそって、心身機能の維持回復を図るため、適正な指定通所リハビリテーション及び指定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。

[介護老人保健施設らくらく一色の運営方針]

要介護者（要支援者）の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営む事ができるよう、必要なリハビリテーションを行う事により、心身の機能の維持回復を図る。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。

### 3. 施設の職員体制

| ・管理者      | 1     | 隣接深見クリニックの管理者を兼務 |        |
|-----------|-------|------------------|--------|
|           | 常 勤   | 非常勤              | 主な職務内容 |
| ・医師       | 2（兼任） |                  |        |
| ・薬剤師      | 1（兼任） |                  |        |
| ・看護職員     | 3（専任） | 1（専任）            | 看護業務   |
| ・介護職員     | 9（専任） | 2（専）             | 身体介護全般 |
| ・支援相談員    | 2（兼任） |                  | 相談業務   |
| ・理学/作業療法士 | 3（兼任） |                  | リハビリ業務 |
| ・事務員      | 3（兼任） | 1（兼任）            | 事務・受付  |
| ・管理栄養士    | 2（兼任） |                  | 栄養ケア全般 |
| ・運転手      |       | 6（専）1（兼）         | 運転業務   |

### 4. 営業日及び営業時間

①営業日；月曜日から土曜日まで。ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び 12/31～1/3 まで及びお盆休み（8/13～8/15 を基本とする連続した 3 日以内の休み）を除く。

②営業時間；午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで。

③サービス提供時間；午前 9 時 25 分から午後 4 時 35 分までとする。

### 5. 実施地域

- ・通常の実施地域は、西尾市内（離島は除く）。

### 6. サービス内容

- ① 機能訓練（集団、個別）
- ② 入浴（一般浴、特別浴）
- ③ 食事；朝おやつ；10 時 30 分～、 昼食；12 時～、 昼おやつ；15 時～
- ④ 健康チェック
- ⑤ 送迎
- ⑥ 口腔機能向上
- ⑦ 栄養マネジメント
- ⑧ リハビリマネジメント（介護給付）
- ⑨ 運動器機能向上（介護予防）

## 7. 施設利用に当たっての留意事項

- ・施設職員の指導・指示に従って、他利用者の方に迷惑を及ぼさないようして下さい。
- ・貴重品・多額の現金及び食品の持ちこみは遠慮して下さい。
- ・時間に遅れた場合は、送迎サービスが受けられない場合があります。

## 8. 非常災害対策

- ・防災設備；スプリンクラー、消火器、消火栓
- ・防災訓練を定期的に行う

## 9. 秘密保持

- 1) 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又はその家族に関する秘密を保持します。但し、情報提供については、予め同意を得た上で行う事とします。
- 2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

—個人情報利用目的（当施設に掲示）—

- ・ 個人情報は以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて利用いたしません。
- ・ サービス提供のために利用する他、施設運営、教育、研修、行政命令の遵守、他の医療・介護福祉施設との連携のために、個人情報を利用することがあります。また、外部機関による施設評価、学会や出版等で個人名が特定されないかたちで報告することがあります。

## 10. 事故の発生時の対応

施設は、事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、医師による対応、ご家族への連絡等速やかに行います。事業所医師の判断により専門的な医学的対応が必要な場合は協力医療機関又は専門的機関での診察を依頼します。

### 11. 要望及び苦情の相談

当施設に対しての要望又は苦情等については、相談窓口を設けております。

電話0563-74-3300 担当者；支援相談員

尚、愛知県国保連合会介護保険課内にも介護保険相談室がございますのでご利用下さい

電話（052）971-4165 時間：月～金 9：00～17：00

・西尾市役所 長寿課 介護保険担当窓口 電話；代表 0563-56-2111

### 12. 利用者負担額等（負担割合に乗じた額とする。）

① 通所リハビリテーション費（通常規模事業所）

[1時間以上2時間未満] [2時間以上3時間未満] [3時間以上4時間未満] [4時間以上5時間未満]

|             |        |        |        |
|-------------|--------|--------|--------|
| ・要介護1：369単位 | ：383単位 | ：486単位 | ：553単位 |
| ・要介護2：398単位 | ：439単位 | ：565単位 | ：642単位 |
| ・要介護3：429単位 | ：498単位 | ：643単位 | ：730単位 |
| ・要介護4：458単位 | ：555単位 | ：743単位 | ：844単位 |
| ・要介護5：491単位 | ：612単位 | ：842単位 | ：957単位 |

[5時間以上6時間未満]

[6時間以上7時間未満]

[7時間以上8時間未満]

|              |         |         |
|--------------|---------|---------|
| ・要介護1：622単位  | ：715単位  | ：762単位  |
| ・要介護2：738単位  | ：850単位  | ：903単位  |
| ・要介護3：852単位  | ：981単位  | ：1046単位 |
| ・要介護4：987単位  | ：1137単位 | ：1215単位 |
| ・要介護5：1120単位 | ：1290単位 | ：1379単位 |

\*8時間以上9時間未満：所定単位数に50単位プラス

\*入浴（該当者のみ）（Ⅰ）40単位／回、（Ⅱ）60単位／回

\*サービス提供体制強化加算（Ⅲ）6単位

\*介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：総単位数×8.6%

\*介護職員処遇改善加算（Ⅱ）：総単位数×8.3%

\*介護職員処遇改善加算（Ⅲ）：総単位数×6.6%

\*介護職員処遇改善加算（Ⅳ）：総単位数×5.3%

◎加算項目（以下は全て該当者のみの加算です。）

- ・リハビリテーションマネジメント加算 A イ 5 6 0 単位（6カ月以内）、A イ 2 4 0 単位（6カ月以内）
- ・短期集中個別リハビリテーション実施加算；1 1 0 単位／回（退院（所）認定より起算して3ヶ月以内）
  - ・退所時共同指導：600 単位
  - ・一体的サービス提供
- ・重度療養管理；1 0 0 単位／日
  - ・栄養改善加算；1 5 0 単位／回
  - ・リハビリテーション提供体制加算 6～7 時間：24 単位、7～8 時間：28 単位
- ＊栄養アセスメント加算；50 単位、改善；200 単位、スクリーニング(1)20 単位、(2)5 単位

② 介護予防通所リハビリテーション（要支援 1, 2 は介護予防通所リハビリテーションです。）

要支援 1：2, 2 6 8 単位／月 要支援 2：4, 2 2 8 単位／月

- ・利用 12 ヶ月以上：要支援 1：マイナス 120 単位、要支援 2：マイナス 240 単位
- ・サービス提供体制強化加算（I）ロ、要支援 1：2 4 単位／月、要支援 2：4 8 単位／月

◎加算項目（以下は全て該当者のみの加算です。）

- ・栄養改善加算：2 0 0 単位／月
- ・口腔機能向上加算：(1)150 単位／月、(2)160 単位／月
- ・運動器機能向上加算；2 2 5 単位／月
- ・生活行為向上リハビリ；562/月（6月以内）、所定単位 85%（6月超）

### ◎実費利用料

- ①食時費；昼食 8 3 7 円（朝ジュース・昼おやつ代を含む）
- ②用生活品費／1日：1 9 8 円（石鹸、シャンプー、バスタオル、ペーパータオル、おしぼり等費用）
- ③養娯楽費／1日：5 5 円；（レクリエーションでの絵の具、習字セット、園芸品、生花等の費用）
- ④本時間外施設利用料／30分（利用時間8時間超過時）：5 5 0 円  
利用者又は家族等の都合で、サービス終了後も長時間施設に滞在する場合にお支払いいただきます。
- ⑤おむつ代（通常おむつ 1 9 8 円、フラットおむつ 6 6 円、尿とりパット 5 5 円）  
おむつの利用が必要な場合には汚物処理上、当施設で用意するものをご利用いただきます。

### ◎支払い方法

- ・毎月、月末締め翌月 1 0 日以降に請求書を発行しますので、1ヶ月以内にお支払をお願いします。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
  - ・お支払い方法は、現金、自動引き落とし、振込みにてお願い致します。
  - ・自動引き落としは岡崎信用金庫・西三河農協のみです。受付窓口にてご相談下さい。毎月 20 日引き落とし、月末に領収書が発行されます。
  - ・現金のお支払いは、平日（土曜日も含む）9：00～17：00まで \*日曜、祝日は不可
- この規定は、平成 1 9 年 6 月 1 日から施行する。  
この規定は、令和 6 年 6 月 1 日から一部改定する。

説明日；令和 年 月 日

説明者（サイン）；職 氏名 \_\_\_\_\_

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者の家族、後見人、身元引受人（代筆者サイン）

氏名 \_\_\_\_\_ 印