

介護老人保健施設ノーブル楽音寺

介護予防通所リハビリテーション/通所リハビリテーション 重要事項説明書

(令和6年4月1日)

ご利用者される方やご家族様に介護老人保健施設サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明させていただきます。

この「重要事項説明書」は、介護老人保健施設の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定めた規定に基づき、介護老人保健施設サービス提供契約・締結に際して、説明するものです。ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくご質問ください。

1. 開設者の名称及び所在地等について

名称・法人種別	医療法人 貴島会
代表者名	理事長 貴島秀樹
所在地 連絡先	大阪府八尾市楽音寺 3-33 電話 072-941-1499 FAX 072-941-4666
法人設立年月日	昭和41年12月27日

2. 通所リハビリテーションの目的及び運営方針

(1) 通所リハビリテーションの目的

当施設は、要介護及び要支援の状態と認定された利用者様（以下、「利用者様」という）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者様が可能な限り自宅において、自立した日常生活を営むことができるように、通所リハビリテーションを提供し、生活動作（機能）の維持向上ができるように支援することを目的とします。

(2) 通所リハビリテーション運営方針

利用者様の意思及び人格を尊重し、利用者様の立場に立って、それぞれの状態に応じた医療・看護・介護サービス・相談・援助を実施し、家庭や地域との結びつきを重視した運営を行います。

3. 施設の概要

(1) 名称・所在地等

施設の名称	介護老人保健施設 ノーブル楽音寺
施設長の氏名	平野 正明
所在地 連絡先	大阪府八尾市楽音寺 3-5 電話 072-941-8005 FAX 072-941-0845
介護保険指定番号	大阪府指定（第2755580038号）

(2) 通所リハビリテーションの職員の体制

職 名	業 務 内 容	人員数
医 師	日常的な医学管理	1
看 護 職 員	看護（投薬・検温・血圧測定等の医療行為） 通所リハビリテーションサービス計画の作成補助	1
介 護 職 員	利用者の介護（入浴・排泄・オムツの取替え・着替え等の介助） 通所リハビリテーションサービス計画の作成補助	8
支 援 相 談 員	生活相談、苦情など対応、市町村との連携 居宅ケアマネージャーとの連携	1
理学療法士	リハビリテーション実施計画の作成、機能回復訓練	2

(3) サービスの内容

機能訓練	専門のスタッフによる機能訓練を行い機能低下の予防に努めます。 リハビリテーション計画書の作成と実施と評価を定期的実施。
食 事	食事の時間は 昼食 12：00 から 13：00 おやつ 15：00 から 15：30
入 浴	ご本人の状態に応じ一般浴槽、リフト浴、個人浴、機械浴などあります。
排 泄	個人の尊厳を配慮し、ご本人の状況に応じ排泄介助を行います。
健康管理	利用時にはバイタル測定を実施し体調の確認をしています。近況の体調の変化や投薬内容の変更及び排便状況などご家族と連携し健康管理に努めます。
アクティビティ	必要な教養娯楽、レクリエーション活動の実施。

4. 営業日・営業時間・営業実施地域・利用定員

営 業 日	月曜日～土曜日まで 祝日も営業（年末年始を除く）
営 業 時 間	9：00～17：00
営業実施地域	八尾市東部及び東大阪市東南部
サービス提供時間	7時間以上 8時間未満
利 用 定 員	40名

5. 利用料金

- ① 利用料金は厚生労働省が定める基準（告示上の報酬額）により、利用者様の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額（通常は9割）を除いた金額（通常は1割の自己負担額）をお支払いください。※割負担の方あり、保険者の発行する負担割合証に記載の支払いになります。

【料金表】

(1) 介護予防通所リハビリテーション費 (月額)

要支援 1	2, 370円
要支援 2	4, 419円

※上記金額にサービス提供体制加算 (I) を含んでいます。また、契約期間がひと月に満たない場合や月の途中で介護度が変わった場合は、一日に付、要支援 1 は 72 円、要支援 2 は 140 円で算定し、サービス提供加算は 24 円を加算します。

(2) 通所リハビリテーション費 (日額)

時間	7-8	6-7	5-6	4-5	3-4	2-3	1-2
要介護 1	797円	748円	650円	578円	508円	401円	386円
要介護 2	944円	889円	772円	671円	591円	459円	416円
要介護 3	1093円	1026円	891円	763円	672円	521円	449円
要介護 4	1270円	1189円	1032円	882円	777円	580円	479円
要介護 5	1441円	1348円	1171円	1000円	880円	640円	513円

(3) 加算される自己負担分 (日額又は月額)

入浴介助加算	御本人の有する能力に応じ必要に応じ声かけや介助を提供する入浴サービスです。	1日に付き	42円
サービス提供体制強化加算 (I)	勤続10年以上の介護福祉士25%以上	1日に付き	23円
サービス提供体制強化加算 (I) 要支援 1	勤続10年以上の介護福祉士25%以上	1月に付き	92円
サービス提供体制強化加算 (I) 要支援 2	勤続10年以上の介護福祉士25%以上	1月に付き	184円
リハビリ提供体制加算 5	7時間以上等の長時間の利用体制	1月に付き	30円
リハビリ提供体制加算 4	6時間以上7時間未満の場合	1月に付き	25円
リハビリ提供体制加算 3	5時間以上6時間未満の場合	1月に付き	21円
リハビリ提供体制加算 2	4時間以上5時間未満の場合	1月に付き	17円
リハビリ提供体制加算 1	3時間以上4時間未満の場合	1月に付き	13円
リハビリマネジメント加算ロ	リハビリテーションの内容や目標を、リハビリテーション事業所職員、その他関係者と共有するためのリハビリテーション会議を行い、内容の記録を行うこと。利用開始から6ヶ月以内は1ヶ月に1回、6ヶ月を超える場合は3ヶ月に1回のリハビリテーション会議を開催し、計画を適宜見直しをする。PT・OT・STがケアマネージャーに対してリハの観点から有する能力、自立の為の支援方法、日常生活の	1月に付き 6ヶ月以内	620円

	留意点等の情報を提供。PT・OT・STが利用者の自宅を訪問し利用者が利用する他のサービスの介護サービス職員又は家族に対して、リハビリの観点から日常生活の留意点、介護のアドバイスを行うこと。また、リハビリに関するデータを厚生労働省に報告していること。	1月に付き 6ヶ月超え	286円
短期集中個別リハビリテーション実施加算	医師、又は医師の指示を受けたPT・OT・STが、利用者に対して、その退院日(所)又は認定日から起算して3ヶ月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合。(週2回、1回2単位)	1月に付き	115円
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	利用者毎のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況やその他入所者の基本的な情報を厚生労働省に報告していること。また、必要に応じて計画を見直しているなど、サービスの提供に当たって上記の情報、その他のサービスを適切にかつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	1月に付き	42円
処遇改善加算	介護職員の処遇改善に資する費用として加算	1月に付き	総単位数 の4.7%
特定処遇改善加算	勤続年数のある介護職員の処遇改善に資する費用として加算	1月に付き	総単位数 の2.0%
処遇改善支援加算	介護職員賃金ベースアップに資する費用として加算	1月に付き	総単位数 の1%
処遇改善加算(Ⅰ)	上記処遇改善加算・特定処遇改善加算・処遇改善支援加算が廃止となり一本化される。令和6年6月より	1月に付き	総単位数 の8.6%

※介護予防通所リハビリ費や通所リハビリ費及び各種加算項目(保険給付の自己負担額)につきましては単位を基礎に算定しており、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じますのでご了承願います。

(4) その他の費用

種 類	金 額	内 容
日用品費	1日につき 50円	石鹸・シャンプー・ティッシュペーパー・トイレトペーパーなど
教養娯楽費	1日につき 100円	クラブ活動・レクリエーション等の材料費
食 費	1日につき 800円	昼食費・おやつ代も含む

(5) おむつ代

※使用するオムツやパット等は基本にご自宅からご持参下さい。

リハビリパンツ	200円
尿とりパット	30円
紙おむつ M	130円
紙おむつ L, LL	160円
フラット	50円

※ 上記に定める利用料については、経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場

合、利用者様に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更します。

(4) お支払い方法

- ① 毎月10日位を目途に前月分の請求書を発行しますので、20日までを目途にご利用料金をお支払いください。

9. サービス提供の記録

(1) 作成・保存

利用者様の介護保険施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録をその完結の日から5年間保存致します。

(2) 閲覧・開示

利用者様ご自身に関する介護保健施設サービス実施記録を閲覧できます。閲覧など業務に支障のない時間をお願いします。また、謄写を希望される場合、謄写にかかる実費をいただきます。但し、申込日より2年前までの記録を限度とし、個人情報の保護の為、申請者はご本人またはご本人より依頼のあった方、契約時の代理人、後見人の方とさせていただきます。

10. 身体拘束

当施設は、原則として利用者様に対し身体拘束は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するとともにご家族様にその旨を説明し同意を得ます。

11. 守秘義務の徹底

当施設の職員及び委託業務職員は、業務上知り得た利用者様又ご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。但し、次の各号についての情報提供については、当施設は利用者様及びご家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

- ① 介護保健施設サービスのための市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供する場合。
- ② 介護保健施設サービスの質の向上のための学会及び研究会等での事例研究発表等の場合。この場合、仮名等を使用し利用者様個人を特定できないような対策を講じます。

前項に掲げる事項は、契約終了後も同様の扱いと致します。

12. 事故発生時の対応

- (1) 施設は、利用者様がサービス利用中に事故（転倒による骨折や飲食中の誤嚥等）が発生した場合、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。
- (2) 施設は、速やかに市町村に連絡し、その状況等を記録します。
- (3) 施設は、利用者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。
- (4) 緊急の連絡先

第	氏 名	様
---	-----	---

1 緊急連絡先	住 所	
	電話番号	— —
	続 柄	

第2 緊急連絡先	氏 名		様
	住 所		
	電話番号	—	—
	続 柄		

1 3. 非常災害対策

非常時の対応		<ul style="list-style-type: none"> ・消防計画に基づき対応します。 ・火災及び地震の発生時のために、非常災害要員を定め、組織を編成し任務の遂行にあたります。 		
消防訓練		<ul style="list-style-type: none"> ・防火教育及び消火、通報、避難訓練を年2回（うち1回は夜間を想定した）実施します。 		
設備	消火	スプリンクラー設備	消火器	移動式消火設備
	警報	自動火災報知機設備	非常警報設備	
	避難	避難誘導灯	避難階段	
防火管理者		森田耕平		

1 4. サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 当施設の苦情・相談窓口

窓口責任者	尾形幸生
ご利用時間	午前9時から午後7時まで随時
ご利用電話番号	072-941-8005
面談場所	面談室等
ご意見箱	受付カウンター等

(2) 行政等関係機関の苦情受付

大阪府 健康福祉部 高齢介護室 施設課	06-6944-7203
八尾市 健康福祉部 介護保険課	072-924-9360
大阪府 国民健康保険 団体連合会	06-6949-5446

1 5. 虐待の防止について

当事業所は、入所者（利用者）などの人権の擁護・虐待防止のために必要措置を講じます。

- (1) 職員に対し虐待を防止するための研修を行います。
- (2) 施設内において虐待が発生しないように管理体制の強化をします。
- (3) 当事業所は、サービス提供中に、当該施設（事業所）または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護するもの）による虐待を受けたと思われる入所者（利用者）を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。
- (4) 成年後見人制度の利用支援。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設 介護予防通所リハビリテーション及び通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

<事業者>

事業者名 医療法人 貴島会
介護老人保健施設 ノーブル楽音寺

説明者職名 _____

氏名 _____ (印)

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設 介護予防通所リハビリテーション及び通所リハビリテーションサービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

<ご利用者様>

ご住所 〒 _____

ご氏名 _____ (印)

<代理人様> (後見人など)

ご住所 〒 _____

ご氏名 _____ (印) 続柄 ()