

(介護予防)通所リハビリテーション重要事項説明書

(令和6年6月1日現在)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(栃木県指定 第0950280024号)

当事業所はご契約者に対して通所リハビリテーションサービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

通所リハビリテーションの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 幸梅会
- (2) 所在地 栃木県足利市山下町2753-1
- (3) 連絡先 TEL 0284-64-0765 FAX 0284-64-0767
- (4) 代表者 理事長 源田 俊昭
- (5) 設立年月日 平成2年8月10日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 老人保健施設・平成7年1月31日指定・栃木県指令健康第1092-1号
- (2) 事業の目的
(介護予防)通所リハビリテーションは、要介護状態及び要支援状態と認定されたご利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション計画を立て実施し、ご利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。
- (3) 事業所の名称 介護老人保健施設 グリーンヒルズ21 通所リハビリテーション
- (4) 所在地 栃木県足利市大前町1220
- (5) 連絡先 TEL 0284-64-1711 FAX 0284-64-1713
- (6) 管理者 施設長 潮田 隆一
- (7) 運営方針
当事業所では、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努めます。
- (8) 開設年月日 平成7年2月1日
- (9) 利用定員 20人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 足利市及び桐生（境野町・菱町・広沢町）、
太田（只上町・原宿町・市場町）
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（1/1～1/3を除く）
受付時間	随時
サービス提供時間	5-6時間利用 8時00分～14時30分 6-7時間利用 8時00分～15時30分

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して通所リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ＊職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤	非常勤
1. 施設長（医師）	1名	0名
2. 介護職員	3名	1名
3. 看護職員	0名	1名
4. 理学療法士・作業療法士	3名	0名
5. 管理栄養士	1名	0名

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間 8：00～17：00
2. 看護職員	勤務時間 8：00～17：00 ☆原則として1名の看護職員が勤務します。
3. 理学療法士・作業療法士	月～土 8：30～17：30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

- | |
|--|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者にご負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

(サービスの概要)

① 入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

③ 機能訓練

- ・ 理学療法士、作業療法士により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

(サービスの概要と利用料金)

① 食事

- ・ 当事業所では、管理栄養士又は栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間)

昼食 12:00～12:30

- ・ ただし食費は介護保険の給付対象とならないため、ご契約の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

食費：1回あたり

760円（おやつ代を含む）

② 日常生活品費

石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、バスタオルやおしぼり等の費用です。

利用料金：1日あたり

110円

③ 教養娯楽費

レクリエーションで使用する、折り紙、絵画、塗り絵、習字等の費用です。

利用料金：1日あたり

50円

④ 理髪・美容

ご希望者に理・美容師の出張サービス（調髪・顔剃り・洗髪・パーマ等）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり

2,750円から

各種基本時間外施設利用料：1時間あたり 500円

何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用します。

※1名の場合出張料

- ⑤ 行事、レクリエーション
ご契約者の希望により行事やレクリエーションに参加していただくことができます。
- ⑥ 複写物の交付
ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます

(3) 利用料金のお支払い方法

- ア. 利用料金・費用につきまして、1ヶ月ごとに計算し、請求書を発行しますので、翌月の20日までにお支払ください。
- イ. お支払い方法は原則として郵便局口座自動引き落としとなります。

※ ご契約者による、利用料金の支払いが3ヶ月以上延滞し相当期間を定めた催告にも関わらずこれが支払われない場合には当事業所におけるサービスの利用を停止させていただきます。

(4) 利用の中止、変更、追加

利用予定期間の前に、ご契約者のご希望により、通所リハビリテーションサービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合は事業者及び担当のケアマネジャーに申し出てください。

通所リハビリテーション

〈サービスの利用料金〉

以下の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じてことなります。）

- 現在実施している一日あたりのサービス利用料金

5時間以上 6時間未満					
ご契約者の 要介護度と サービス利用料	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
		6,220 円	7,380 円	8,520 円	9,870 円
うち介護保険 からの給付金額	5,598 円	6,642 円	7,668 円	8,883 円	10,000 円
ご契約者の自己負担分 (1割の方)	622 円	738 円	852 円	987 円	1,120 円
うち介護保険から の給付金額	4,976 円	5,904 円	6,816 円	7,896 円	8,960 円
ご契約者の自己負担分 (2割の方)	1,244 円	1,476 円	1,704 円	1,974 円	2,240 円
うち介護保険 からの給付金額	4,354 円	5,166 円	5,964 円	6,909 円	7,840 円
ご契約者の自己負担分 (3割の方)	1,866 円	2,214 円	2,556 円	2,961 円	3,360 円

6時間以上 7時間未満					
ご契約者の 要介護度と サービス利用料	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
		7,150 円	8,500 円	9,810 円	11,370 円
うち介護保険 からの給付金額	6,435 円	7,650 円	8,829 円	10,233 円	11,610 円
ご契約者の自己負担分 (1割の方)	715 円	850 円	981 円	1,137 円	1,290 円
うち介護保険 からの給付金額	5,720 円	6,800 円	7,848 円	9,096 円	10,320 円
ご契約者の自己負担分 (2割の方)	1,430 円	1,700 円	1,962 円	2,274 円	2,580 円
うち介護保険 からの給付金額	5,005 円	5,950 円	6,867 円	7,959 円	9,030 円

ご契約者の自己負担分 (3割の方)	2,145 円	2,550 円	2,943 円	3,411 円	3,870 円
----------------------	---------	---------	---------	---------	---------

☆ ご契約者介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご契約者の負担を変更いたします。

入浴サービス利用料金（1回につき）

○入浴介助加算（Ⅰ）

・入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。

○入浴介助加算（Ⅱ）上記の要件に加えて

・医師等が当該利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該利用者の居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。

・当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。

・上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。

	入浴介助加算（Ⅰ）	入浴介助加算（Ⅱ）
サービス利用料	400 円	600 円
うち介護保険からの給付金額	360 円	540 円
ご契約者の自己負担分(1割の方)	40 円	60 円
うち介護保険からの給付金額	320 円	480 円
ご契約者の自己負担分(2割の方)	80 円	120 円
うち介護保険からの給付金額	160 円	420 円
ご契約者の自己負担分(3割の方)	240 円	180 円

○ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）利用料金（1回につき）

当事業所は通所リハビリテーションのご利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続年数が7年以上の者の占める割合が30%以上、介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上、利用定員・人員基準に適合しているため（厚生労働大臣が定める基準により）、ご利用者にサービスを提供した場合は以下の利用料金が掛かります。

	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)
サービス利用料	60 円
うち介護保険からの給付金額	54 円
ご契約者の自己負担分(1割の方)	6 円
うち介護保険からの給付金額	48 円
ご契約者の自己負担分(2割の方)	12 円
うち介護保険からの給付金額	42 円
ご契約者の自己負担分(3割の方)	18 円

○ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）

利用料金（1ヶ月につき）

当事業所は別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善を実施している事業所として知事に届け出ているため、ご利用者に通所リハビリテーションのサービスを提供した場合は以下の利用料金が掛かります。

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数×8.3%
---------------	------------

○ 科学的介護推進体制加算

利用料金（1ヶ月につき）

利用者のデータ(ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報)を LIFE へ提出してフィードバックを受け、それらに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検証し、利用者のケアプランや計画への反映(フィードバックの活用)、PDCA サイクルの推進とケアの質の向上の取り組みを行うことを目的とした加算です。

	科学的介護推進体制加算体制加算
サービス利用料	400 円
うち介護保険からの給付金額	360 円
ご契約者の自己負担分(1割の方)	40 円
うち介護保険からの給付金額	720 円
ご契約者の自己負担（2割の方）	80 円
うち介護保険からの給付金額	1080 円
ご契約者の自己負担（3割の方）	120 円

○ リハビリテーションマネジメントサービス利用料金加算（1ヶ月につき）

◇リハビリテーションマネジメント加算（イ）要件

- ・ リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- ・ 事業所の医師、理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士に対し、利用者のリハビリテーションの目的に加え、「リハビリテーション開始前や実施中の留意事項」、「やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準」、「リハビリテーションにおける利用者に対する負荷」等のうち、いずれか1つ以上の指示を行うこと。
- ・ 医師、または指示を受けた理学療法士、作業療法士、もしくは言語聴覚士が、指示の内容が上記の基準に適合することが明確にわかるように記録する。
- ・ 通所リハビリテーション計画は、医師が利用者又その家族に対して説明し、同意を得ること。
- ・ リハビリテーション計画の作成にあたって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して、6か月以内の場合は1か月に1回以上、6か月を越えた場合は3か月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じて通所リハビリテーションを見直していること。
- ・ 理学療法士等が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションの専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供をすること。
- ・ 理学療法士等が、家族若しくは指定訪問介護等の指定居宅サービスの従業者に対し、利用者の居宅で介護の工夫及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- ・ プロセスについて記録すること。
- ・ 構成員である医師のリハビリテーション会議への出席については、テレビ電話等（テレビ会議システムの他、携帯電話等でのテレビ電話を含む）を使用してもよいこととする。

通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。

※リハビリテーション会議は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等担当者その他の関係者が構成員となって実施される必要があります。

◇リハビリテーションマネジメント加算（ロ）の要件

- ・リハビリテーションマネジメント加算（イ）の要件を満たしている。
- ・利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を「L I F E」を用いて提出し、フィードバック情報等を活用していること。

	リハビリテーションマネジメント加算（イ） 6月以内	リハビリテーションマネジメント加算（イ） 6月超	リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 6月以内	リハビリテーションマネジメント加算（ロ） ロ6月超
サービス利用料	5,600 円	2,400 円	5,930 円	2,730 円
うち介護保険からの給付金額	5,040 円	2,160 円	5,337 円	2,457 円
ご契約者の自己負担分（1割の方）	560 円	240 円	593 円	273 円
うち介護保険からの給付金額	4,480 円	1,920 円	4,744 円	2,184 円
◇ご契約者の自己負担分（2割の方）	1,120 円	480 円	1,186 円	546 円
うち介護保険からの給付金額	3,920 円	1,680 円	4,151 円	1,911 円
ご契約者の自己負担分（3割の方）	1,680 円	720 円	1,779 円	819 円

◇リハビリテーションマネジメント加算（ハ）の要件

- ・リハビリテーションマネジメント加算（ロ）の要件を満たしていること。
- ・事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること
- ・利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員、その他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。
- ・利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。
- ・共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直し

し内容を関係職種に対して情報提供していること。

	リハビリテーションマ ネジメント加算(ハ) イ6月以内	リハビリテーションマ ネジメント加算(ハ) イ6月超		
サービス利用料	7,930 円	4,730 円		
うち介護保険からの 給付金額	7,137 円	4,257 円		
ご契約者の自己負担分 (1割の方)	793 円	473 円		
うち介護保険からの 給付金額	6,344 円	3,784 円		
ご契約者の自己負担分 (2割の方)	1,586 円	946 円		
うち介護保険からの 給付金額	5,551 円	3,311 円		
ご契約者の自己負担分 (3割の方)	2,379 円	1,419 円		

- 送迎が行われない場合のご案内 (片道につき)
ご利用者のご都合で送迎が行われなかった場合 (ご自身で通う、ご家族が送迎を行う)
片道につき - 47 円の差額が発生いたします
- 提供するサービスの第三者評価は現在行っておりません。

介護予防通所リハビリテーション

以下のサービスも介護保険の対象で、医師、理学療法士等や管理栄養士が「要支援」のご利用者に対し介護予防通所リハビリテーションサービスを行った場合の利用料金となります。

- 介護予防通所リハビリテーションサービス利用料金（1ヶ月につき）
ご利用者の要支援状態区分に応じて介護予防通所リハビリテーションを行った場合の利用料金となります。

	介護予防通所リハビリテーションサービス	
	要支援 1	要支援 2
サービス利用料	22,680 円	42,280 円
うち介護保険からの給付金額	20,412 円	38,252 円
ご契約者の自己負担分(1割の方)	2,268 円	4,228 円
うち介護保険からの給付金額	18,144 円	33,824 円
ご契約者の自己負担分(2割の方)	4,536 円	8,456 円
うち介護保険からの給付金額	14,371 円	27,993 円
ご契約者の自己負担分(3割の方)	6,804 円	12,684 円

○長期期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化

近年の受給者数や利用期間及び利用者のADL等を踏まえ、適切なサービスを提供とする観点から、介護予防サービスにおけるリハビリテーションについて、利用開始から一定期間が経過した後の評価の見直しを行う。

※利用開始日の属する月から12月超

- ・ 要支援 1 の場合120単位/月減算
- ・ 要支援 2 の場合140単位/月減算

○ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）利用料金（1ヶ月につき）

当事業所は介護予防通所リハビリテーションのご利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続年数が3年以上の者の占める割合が30%以上で利用定員・人員基準に適合しているため（厚生労働大臣が定める基準により）、ご利用者にサービスを提供した場合は以下の利用料金が掛かります。

	サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	
	要支援 1	要支援 2
サービス利用料	240 円	480 円
うち介護保険からの給付金額	216 円	432 円
ご契約者の自己負担分(1割の方)	24 円	48 円
うち介護保険からの給付金額	192 円	384 円
ご契約者の自己負担分(2割の方)	48 円	96 円
うち介護保険からの給付金額	168 円	336 円
ご契約者の自己負担分(3割の方)	72 円	144 円

○ 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) 利用料金 (1ヶ月につき)

当事業所は別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善を実施している事業所として知事に届け出ているため、ご利用者に介護予防通所リハビリテーションのサービスを提供した場合は以下の利用料金が掛かります。

介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	所定単位数×8.3%
----------------	------------

○ 科学的介護推進体制加算

利用者のデータ(ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報)を LIFE へ提出してフィードバックを受け、それらに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検証し、利用者のケアプランや計画への反映(フィードバックの活用)、PDCA サイクルの推進とケアの質の向上の取り組みを行うことを目的とした加算です。

	科学的介護推進体制加算
サービス利用料	400 円
うち介護保険からの給付金額	360 円
ご契約者の自己負担分(1割の方)	40 円
うち介護保険からの給付金額	720 円
ご契約者の自己負担分(2割の方)	80 円
うち介護保険からの給付金額	1,080 円
ご契約者の自己負担分(3割の方)	120 円

※その他、「事業所評価加算」として、別に厚生労働大臣が定める基準により、ご利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合 120 円/月の料金となります。

6. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情相談窓口（担当者）

〔職名〕 事務長 河内 操

○ 受付時間 毎週月曜日～金曜日

午前8時30分～午後5時30分

○ 第三者委員

吉沢 文雄（当法人監事）

金子 ひろみ（足利市議会議員）

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

足利市役所元気高齢課	所在地 足利市本城3-2145 電話番号 0284-20-2136 受付時間 8:30～17:30
安足健康福祉センター	所在地 足利市真砂町1-1 電話番号 0284-41-5900 受付時間 8:30～17:30
国民健康保険団体連合会	所在地 宇都宮市本町12-11 電話番号 028-622-7242 受付時間 8:30～17:30
栃木県社会福祉協議会	所在地 宇都宮市若草町1-10-6 電話番号 028-622-2941 受付時間 9:00～16:00
桐生市役所福祉課	所在地 桐生市織姫町1-1 電話番号 0277-46-1111 受付時間 8:30～17:30

7. 事故の対応について

当施設では、施設長の支持のもと、以下により緊急時又は事故発生時の対応をいたします。

(1) 生命の危険があるとき

ご家族または代理人へ連絡すると共に、救急車により病院へ搬送させていただきます。

(2) 状態異変のとき

ご家族または代理人へ連絡すると共に、当施設の医師、かかりつけ病院又は当施設の協力病院の指示を仰ぎます。

(3) 事件・事故のとき

ご家族または代理人へ連絡すると共に、関係機関へ連絡をとり指示を仰ぎます。

8. 個人情報の保護について

- (1) 当施設では、業務上知り得た利用者およびその家族の個人情報については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) 文書によりあらかじめ利用者またはその家族の同意を得た場合には、下記の利用目的の必要最低限度の範囲での使用または、提供、収集を行います。
 - ① 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
 - ② 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
 - ③ 医療機関、福祉事業書、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
 - ④ 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合
 - ⑤ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議において必要な場合
 - ⑥ その他のサービス提供で必要な場合
 - ⑦ 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡の場合
- (3) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示を行います。

9. 身体拘束の廃止・虐待防止について

- (1) 当施設では、原則として身体拘束は行いません。ただし、自傷他害等におよぶおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険がおよぶことが考えられるときは、ご利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲で行うことがあります。その場合は、詳細な記録を作成し、拘束廃止に向けての取り組みを積極的に行います。
 - ・緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
 - ・非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限りします。
 - ・一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがない場合は、直ちに身体拘束を解除します。
- (2) 当施設はご利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
 - ・虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	齋藤修一
-------------	------
 - ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知します。
 - ・虐待防止のための指針の整備をしています。

- ・職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ・サービス提供中に当該施設授業者又は養護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、速やかに所轄庁に連絡します。

10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める当施設の消防計画に則り対応を行います。			
協力関係	非常災害時には関係機関や地域住民と連携を取り協力体制のもと対応します。			
防災設備	消火器具	有	非常放送設備	有
	スプリンクラー	有	誘導灯及び誘導標識	有
	自動火災報知設備	有	消防通報設備	有
	自家発電設備	有	蓄電池設備・防排煙設備	有
	カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	消防署への届出日：令和4年10月18日 【防火管理者】 清水智祥			

11. 通所リハビリテーションの利用に当たっての留意事項

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）利用に当たっての留意事項を以下のとおりといたします。

- ・ 飲酒・喫煙については、医師の診断で可となった利用者が指定された時と場所において行為を許されるものとする。
- ・ 火気の取扱いは不可とします。
- ・ 設備・備品の利用は、必要と認められ、かつ利用者が安全に利用できる場合に可能とします。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みは、日常生活において必要最小限度とします。
- ・ 金銭・貴重品の管理は、責任を負いかねるので、依頼があれば事務局に申し出ることとします。
- ・ 通所リハビリテーション利用時の医療機関での受診は、事前に通所リハビリテーション責任者に相談し、適切に対処します。
- ・ 利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。
- ・ 他利用者への迷惑行為は禁止します。

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところの目的により必要最小限の範囲内で使用または、提供、収集することに同意いたします。

記

1. 使用目的

- (1) ご利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスが提供される為に実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員（ケアマネージャー）と事業者との連絡調整において必要な場合。
- (2) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更の為。
- (3) 医療機関、福祉事業所、介護支援専門員（ケアマネージャー）、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
- (4) ご利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合。
- (5) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議において必要な場合。
- (6) その他のサービス提供で必要な場合。
- (7) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡の場合。

2. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限度とし、提供にあたっては、関係者以外の者に絶対に漏れることのない様、細心の注意を払います。

以上

令和 年 月 日

【事業所】 社会福祉法人 幸梅会
介護老人保健施設 グリーンヒルズ 21
通所リハビリテーション

【管理者】 潮田 隆一

(ご利用者) 住所
フリガナ
氏名 ⑩

(ご利用者の家族様)
住所
フリガナ
氏名 ⑩ (続柄)

特別食メニューについて

(当施設で定める特別メニューについて)

- ・年間2回。納涼祭の昼食とおやつ、敬老会の昼食。
- ・当日ご利用された方で、食事提供された場合には、通常の食事料金700円に加え、別途料金500円が追加されます。(特別食材費、容器代など)

(注) 経管栄養の方は含まれません。

オムツ代について

(当施設で定めるオムツ代について)

オムツ類につきましては、使用者の皆様にはご持参していただいておりますが、足りなかったり、オムツ類が荷物の中に入っていない場合、当施設からのオムツ類を出して使用させて頂きます。また、使った分のオムツ類にてきましては、利用料請求書にのせて使用した枚数分を請求させて頂きますので、あらかじめご了承ください。

【当施設におけるオムツ等の種類と単価】

オムツ等の種類	単価
オムツ (Mサイズ)	61 円
オムツ (Lサイズ)	72 円
リハビリパンツ (M-Lサイズ)	68 円
リハビリパンツ (L-L Lサイズ)	75 円
尿取りパット (スタンダードタイプ)	13 円
尿取りパット (ワイドタイプ)	22 円
尿取りパット (昼用ワイドタイプ)	33 円
尿取りパット (夜用ワイドタイプ)	42 円
フラットシート	27 円

※上記の価格は、1枚の価格になります。

介護老人保健施設 グリーンヒルズ 21
通所リハビリテーション利用同意書

介護保険施設グリーンヒルズ 21 の通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設通所リハビリテーション重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で利用に同意します。

令和 年 月 日

【ご利用者】

(ご住所) 〒 ー

ふりがな
(お名前)

⑩

【ご家族様】

(ご住所) 〒 ー

ふりがな
(お名前)

⑩ (続柄)

介護老人保健施設 グリーンヒルズ 21
通所リハビリテーション
管理者 潮田 隆一 殿

(重要事項説明月日) 令和 年 月 日

(重要事項説明者) ⑩