

介 護 老 人 保 健 施 設

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

様

医療法人 興 生 会

介護老人保健施設 ベルサンテ

重要事項説明書

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

当事業所が提供する通所リハビリテーションサービスの内容に関し、貴方に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称

- ・事業所名 介護老人保健施設ベルサンテ
- ・開設年月日 平成16年4月1日
- ・所在地 神奈川県川崎市高津区久末703番地4
- ・電話番号 044-740-0740
- ・FAX番号 044-740-0741
- ・管理者名 施設長 高橋 幸恵
- ・介護保険指定番号 神奈川県 第1455380035号

(2) (介護予防) 通所リハビリテーションの目的と運営方針

【目的】

(介護予防) 通所リハビリテーションは、(介護予防) 通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法及び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生活を支援することを目的としています。この目的に沿って、当事業所では、以下のような運営方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用下さい。

【運営方針】

当事業所では、地域の中核施設となるべく、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、その他保健・医療・福祉サービス提供者及び関係市町村等と綿密な連携を図り、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに、その人らしく」過ごすことができるように努力します。サービスの提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について理解しやすいよう指導説明を行うとともに、利用者の同意を得て実施するよう努めます。

(3) 従業者の職種、員数

当事業所の従事者の職種、員数は、次のとおりです。

- ・管理者 1人（兼務）
- ・看護・介護職員 人
- ・理学療法士 2人（兼務）
- ・作業療法士 3人（兼務）

(4) 設備等

- ・定 員 : 1単位で40名
- ・面 積 : デイルーム 76.93㎡
食 堂 139.72㎡
談 話 室 54.55㎡
機能訓練室 100.00㎡（3階共同）
浴 室 78.34㎡
- ・そ の 他 : 送 迎 車 中型ワゴン車4台 小型車1台

2. サービス内容

(1) 営業日及び営業時間

- ・営 業 日 : 毎週月曜日から土曜日の週6日間（祝日も営業しています）
- ・営 業 時 間 : 午前8時45分 から 午後5時45分
- ・サービス提供時間: 午前9時50分 から 午後4時10分
- ・休 日 : 日曜日・12月29日 から 1月3日
- ・実 施 区 域 : 別紙 実施区域参照

(2) 実施内容

（介護予防）通所リハビリテーションは、医師、理学療法士、作業療法士等、関係するスタッフによって作成される（介護予防）通所リハビリテーション計画に基づいて下記のサービスを提供します。

- ・理学療法、作業療法及びその他必要なリハビリテーションの実施。
- ・入浴介助。（一般浴槽もしくは特別浴槽）
- ・食事及びおやつの提供。
- ・（介護予防）通所リハビリテーション計画に基づく諸行事・レクリエーション等の実施。
- ・居宅と事業所間の送迎。
- ・その他、利用者が居宅において可能な限り日常生活を送るための支援。

3. 利用料金

別に定める料金表により、保険報酬に関わる利用者負担額とその他利用料（昼食代や教養娯楽費）のお支払いをお願い致します。

4. サービス利用のキャンセル

- ・お客様のご都合でサービスの利用を中止する場合には、サービス実施日の前日（営業日以外の場合は前営業日）午後5時45分までにご連絡ください。サービス実施日の前日5時45分以降と当日やご連絡のない無断キャンセルの場合は、キャンセルを申し受けることがございます。

時 期	キャンセル料
サービス実施日の前日（営業日以外の場合は前営業日）午後5時45分まで	無 料
サービス実施日の前日（営業日以外の場合は前営業日）午後5時45分以降とサービス利用日当日、ご連絡がない無断キャンセル	昼食代 750円 / 日

注）キャンセル料は、毎月の利用料金と合わせてご請求させていただきます。

5. 支払方法

- ・前月分の請求書を次月10日以降に発行し、指定金融機関口座からのお引き落としとさせていただきます。お支払いの確認後領収書を発行いたします。
- ・貴方の被保険者証に支払方法の記載（貴方が保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載等）があるときは、費用の全額をお支払い頂きます。この場合、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日所在地の市町村窓口へ提出して差額（介護保険適用部分）の払戻しを受けてください。

6. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

○協力医療機関

- ・名 称 高津中央病院
- ・住 所 川崎市高津区溝口1-16-7

○協力医療機関

- ・名 称 高田中央病院
- ・住 所 横浜市港北区高田西2-6-5

○協力医療機関

- ・名 称 山本記念病院
- ・住 所 横浜市都筑区東山田町1552

○協力医療機関

- ・名 称 関東労災病院
- ・住 所 川崎市中原区木月住吉町2035

○協力歯科医療機関

- ・名 称 あき歯科医院
- ・住 所 川崎市高津区野川3736

○協力歯科医療機関

- ・名 称 遠藤歯科クリニック
- ・住 所 川崎市高津区溝口1-15-3

7. 事業所利用に当たっての留意事項

- ・飲酒・喫煙・・・・・・・・・・禁止します。
- ・火気の取扱い・・・・・・・・・・禁止します。
- ・設備・備品の利用・・・・・・・・・・職員の指示のもとにご利用ください。
- ・所持品・備品等の持ち込み・・職員にご相談ください。
- ・金銭・貴重品の管理・・・・・・・・職員にご相談ください。
- ・宗教活動・・・・・・・・・・信仰の自由はございますが、布教活動等は禁止します。
- ・ペットの持ち込み・・・・・・・・・・禁止します。
- ・政治活動・・・・・・・・・・禁止します。
- ・他利用者への迷惑行為は禁止します。

その他ご不明の点は事業所にご相談下さい。

8. 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

- ・事業所に防火管理者を置いています。
- ・事業所の各部門に火元責任者を置いています。
- ・非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼しており、点検の際は、防火管理者が立ち会います。
- ・非常災害設備は、常に有効に保持するよう努めます。
- ・火災や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行にあたります。
- ・防火管理者は、従業員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
 - 防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）・・・・・・・・年2回
（うち1回は夜間を想定した訓練を行います。）
 - 利用者を含めた総合避難訓練・・・・・・・・・・年1回
 - 非常災害用設備の使用方法的徹底・・・・・・・・・・随時
- ・その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

9. 事故発生時の対応

- ・サービス提供等により事故が発生した場合、利用者に対し必要な処置を講ずるとともに、事業所医師が、医学的な見地から専門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での診療を依頼します。
同時に、当事業所は利用者の家族等利用者又は扶養者が指定するもの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。

- ・事故の状況及び事故に際して行った処置についての記録は、5年間保存します。
- ・事故が生じた際にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

10. 要望及び苦情等の相談

- ・当事業所には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。
 - ・要望や苦情などは、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、受付に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。
- 貴方が、事業所に苦情を申し立てたことにより、差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 三上 綾

TEL 044-740-0740

FAX 044-740-0741

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることが出来ます。

市町村 川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課

TEL 044-200-2454

FAX 044-200-3926

国保連合会 介護保険室

TEL 045-329-3447

0570-022-110

11. 身体拘束

- ・当事業所では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- ・当事業所は、やむを得ず前項の身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載します。

12. その他

当事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

令和 年 月 日

(事業所)

(介護予防)通所リハビリテーションの提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

住 所 〒213-0026
川崎市高津区久末703-4

名 称 医療法人 興生会
介護老人保健施設 ベルサンテ

説明者 印

この説明書により、(介護予防)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同意します。

利 用 者 住 所

氏 名 印

扶 養 者 住 所
(代 理 人)

氏 名 印

個人情報の利用について

当事業所では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する事業所理念の下、お預かりしている個人情報については、利用目的を以下のとおりとします。

☐ご利用者への介護サービス等の提供に必要な利用目的

【事業所内部での利用目的】

- (1) 当事業所がご利用者等に提供する医療・看護・介護等サービス
- (2) 介護保険事務
- (3) 介護サービスのご利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - ・入所・退所等の管理業務
 - ・会計・経理業務
 - ・医療・看護・介護事故等の報告
 - ・当該ご利用者様の医療・看護・介護等サービスの向上

【他の事業者等への情報提供を伴う利用目的】

- (1) 当事業所がご利用者様等に提供する介護サービスのうち
 - ・ご利用者様等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介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・ご利用者様の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ・検体検査業務の委託、その他の業務委託
 - ・ご家族様等への心身の状況説明
- (2) 介護保険事務のうち
 - ・審査支払機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払機関または保険者からの照会への回答
- (3) 損害賠償保険等に係わる保険会社等への相談または届出等

☐上記以外の利用目的

- (1) 当事業所の管理運営業務のうち
 - ・医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ・当事業所において行われる医療・看護・介護実習等への協力、ボランティア活動への協力
 - ・事業所内行事等の写真・文書等の事業所内掲示
 - ・外部監査機関への情報提供

☐個人情報の利用に係わる付記事項

- (1) 上記に示す利用目的の中で、同意しがたい事項がある場合はその旨をお申し出ください。お申し出のない場合には同意いただけたものとして取り扱わせていただきます。
- (2) これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等が可能です。
- (3) 救命救急等、緊急時の場合はこの限りではありません。
- (4) 担当窓口 ： 相談室

個人情報利用同意書

医 療 法 人 興 生 会
介護老人保健施設 ベルサンテ
理 事 長 高橋 幸恵 殿

私及びその家族の個人情報については、貴施設が定める利用目的で使用することに同意いたします。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所

氏 名

印

扶 養 者 住 所
(代 理 人)

氏 名

印

介護予防通所リハビリテーション 利用料金表

(令和6年6月1日現在)

項目				介護 報酬単位	介護 報酬額	利用料金			
						1割負担	2割負担	3割負担	
介護保 険対 象	基本 サー ビス	要支援1		1月につき	2268	24,676円	2,468円	4,935円	7,403円
		要支援2		1月につき	4228	46,001円	4,600円	9,200円	13,800円
	予防通所リハ栄養改善加算			1月につき	200	2,176円	218円	436円	653円
	予防通所リハ口腔機能向上加算			1月につき	150	1,632円	164円	327円	490円
	予防通所リハサービス提供体 制強化加算(Ⅲ)		要支援1	1月につき	24	261円	27円	53円	79円
			要支援2	1月につき	48	522円	53円	105円	157円
	減 算	利用開始月から12月 超の利用の場合、1月 あたり所定単位数より 減算	要支援1	1月につき	120	1,305円	131円	261円	392円
			要支援2	1月につき	240	2,611円	262円	523円	784円
	予防通所リハ介護職員処遇改善加算(Ⅱ)				総単位数 の8.3%	左記 単位数× 10.88	左記単位 数9割分 を差し引 いた額	左記単位 数8割分 を差し引 いた額	左記単位 数7割分 を差し引 いた額

項目				料金	備考
その他 利用料	食費		1日につき	750円	
	おやつ代		1日につき	150円	
	教養娯楽費		材料 提供時	実費	書道・手芸・園芸材料・塗り絵・ クッキング・絵画・貼り絵・裁縫等
	おむつ代		ご利用時	実費	

キャンセル料(「ベルサンテ (介護予防)通所リハビリテーション 契約書」第11条関係について)

(介護予防)通所サービス利用を中止した場合のキャンセル料は下記の通りです。

記

時 期	キャンセル料
サービス実施日の前日(営業日以外の場合は前営業日) 午後5時45分まで	無 料
サービス実施日の前日(営業日以外の場合は前営業日) 午後5時45分以降とサービス利用日当日、 ご連絡がない無断キャンセル	昼食代 750円 / 日

(注)キャンセル料は、毎月の利用料金と合わせてご請求させていただきます。

以上

介護老人保健施設 ベルサンテ

通所リハビリテーション 利用料金表

(令和6年6月1日現在)

	項目			介護 報酬単位	介護 報酬額	利用料金			
						1割負担	2割負担	3割負担	
介護 保険 対象	基本 サー ビス 費	要介護1		1回につき	715	7,780円	778円	1,556円	2,334円
		要介護2		1回につき	850	9,248円	925円	1,850円	2,775円
		要介護3		1回につき	981	10,674円	1,068円	2,135円	3,202円
		要介護4		1回につき	1137	12,371円	1,237円	2,474円	3,711円
		要介護5		1回につき	1290	14,036円	1,404円	2,807円	4,211円
	通所リハ入浴介助加算（Ⅰ）			1日につき	40	436円	44円	87円	131円
	通所リハリハビリテーション マネージメント加算 イ			開始日から6月以内／月	560	6,093円	610円	1,219円	1,828円
				開始日から6月超／月	240	2,612円	262円	523円	784円
	通所リハ短期集中個別リハ加算			1回につき	110	1,197円	120円	240円	359円
	通所リハ栄養改善加算			月2回限度	200	2,176円	218円	436円	653円
	通所リハ口腔機能向上加算（Ⅰ）			月2回限度	150	1,632円	164円	327円	490円
	通所リハリハビリテーション提供体制加算4			1回につき	24	262円	27円	53円	79円
	通所リハサービス提供体制強化加算Ⅲ			1回につき	6	65円	7円	13円	20円
	通所リハ介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）					総単位数 の8.3%	左記 単 位数× 10.88	左記単位数9割分 を差し引いた額	左記単位数8割分 を差し引いた額

	項目		料金	備考
その 他 利 用 料	食費	1日につき	750円	
	おやつ代	1日につき	150円	
	教養娯楽費	材料 提供時	実費	書道・手芸・園芸材料・塗り絵・ クッキング・絵画・貼り絵・裁縫等
	おむつ代	ご利用時	実費	

キャンセル料(「ベルサンテ (介護予防)通所リハビリテーション 契約書」第11条関係について)

(介護予防)通所サービス利用を中止した場合のキャンセル料は下記の通りです。

記

時 期	キャンセル料
サービス実施日の前日(営業日以外の場合は前営業日) 午後5時45分まで	無 料
サービス実施日の前日(営業日以外の場合は前営業日) 午後5時45分以降とサービス利用日当日、 ご連絡がない無断キャンセル	昼食代 750円 / 日

注)キャンセル料は、毎月の利用料金と合わせてご請求させていただきます。

以上

医療法人 興生会
ベルサンテ
介護老人保健施設