

重 要 事 項 説 明 書

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)

1.事業者

事業者の名称	医療法人 光慈会
法人所在地	愛知県知立市新林町北林44番地
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 六鹿 直視
電話番号	0566-81-1110

2.ご利用施設

施設の名称	医療法人 光慈会 知立老人保健施設
施設の所在地	愛知県知立市新林町北林44番地
施設長	浅野 良夫
電話番号	0566-81-1110
FAX番号	0566-81-5501

3.ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		愛知県知事の事業者指定		利 用 定 数	知 立 市 基 準該当サー ビス
		指定年月日	指定番号		
施 設	介護老人保健施設	平成 24 年 4 月 1 日	2354480010	100人	該当
居 宅	通所リハビリテーション	平成 24 年 4 月 1 日	2354480010	90 人	該当
	短時間通所リハビリテーション	平成 26 年 4 月 1 日	2354480010	10 人	該当
	短期入所療養介護	平成 24 年 4 月 1 日	2354480010		該当
	訪問リハビリテーション	平成 15 年 5 月 1 日	2374400337		該当

4.事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、理学療法・作業療法その他の必要なリハビリテーションを行うことより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとする。
施設運営の方針	当施設にあたっては、要介護者(介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援者)の特性を踏まえて医師の管理の下、要介護者(介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援者)と家族の希望を聴取した上で、個別の介護(介護予防)計画・リハビリテーション(予防リハビリテーション)計画に基づきサービスを提供し、要介護者(介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援者)がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るようにするとともに、家族の身体的・精神的負担の軽減を図る。

5.施設の概要

介護老人保健施設

敷地		6142.82 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造 3階建て
	延べ床面積	5152.71 m ²
	利用定員	65 名

(1) 主な設備

設備の種類	数	面積
食堂	1室	257.65 m ²
機能訓練室	1 室	96.16 m ²
静養室	1室	74.59 m ²
一般浴室	1室	79.16 m ²
機械浴室	特殊浴槽	2 台

2)営業日及び営業時間

(1)営業日 月曜日から土曜日までとする。ただし、12月30日から1月3日までを除く。

(2)営業時間 午前8時45分～午後5時15分までとする。

(3)サービス提供時間

- ・1単位 午前9時30分～午後4時40分までとする。
- ・2単位 午前9時30分～午前11時00分までとする。
- ・3単位 午後13時30分～午後15時00分までとする。

(3) 指定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)利用定員

- ・1単位 90名とする。
- ・2単位 5名とする。(短時間通所リハビリテーション)
- ・3単位 5名とする。(短時間通所リハビリテーション)

6. 職員体制(通所リハビリテーションに関わる主たる職員)

(1) 管理者 1 名 (医師との兼務) … 施設の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う

(2) 従業者

医 師	1 名以上
看護職員	1 名以上
介護職員	10名以上
理学療法士	2 名以上
作業療法士	3 名以上
事務員	1 名以上

7. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
施設長(医師)	月～金曜日(8:45～17:15) 土曜日 (8:45～17:15)	日曜、祭日
介護職員	正規の勤務時間帯(8:45～17:15 常勤で勤務)	4 週 8 休
看護職員	正規の勤務時間帯(8:45～17:15)	4 週 8 休
リハビリ職員	週 6 日(月～土曜日)8:45～17:15 まで勤務	4 週 8 休

(注) 上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

8.施設サービスの種類

(1)介護保険給付サービス

種類	内 容
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立により、栄養、嗜好、身体状況に配慮したバラエティーにとんだ食事を提供します。(ランチバイキング、種々の行事食、おやつバイキング) ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても介護(介護予防)計画に基づき取り組みます。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきりで座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)による利用者の評価をもとに適合した機能訓練を行い、心身の機能低下を防止するよう努めます。また、訓練内容・目標についてはリハビリテーション実施計画書(予防リハビリテーション実施計画書)を作成し本人・家族に説明します。 ・当施設の保有するリハビリ器具昇降式平行棒、姿勢矯正用鏡、歩行訓練用階段、交互牽引滑車、プラットホーム、ホットパック、昇降テーブル、メドマー、高齢者向け筋力トレーニングマシン(3種類)、マイクロウェーブ、エアロバイク、サイディング台、ペグボード
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・毎回、看護職員による健康チェックを行い健康管理に努めます。 ・また、緊急時必要な場合には主治医あるいは協力医療機関に責任を持って引き継ぎます。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・クラブ活動(茶華道クラブ、料理クラブ等) ・主なレクリエーション行事 誕生会、納涼祭、運動会、クリスマス会、ひな祭り会、敬老会、餅つき

9. 利用料

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の定める額に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 ※通所リハビリテーションサービス(介護予防通所リハビリテーション)の基準額に同じ

□通所リハビリテーション【通常規模*2024.11.1】／ 7時間以上8時間未満／ 1割負担の場合

基本単位	×	地域区分上乗せ(円)	食事代(円)	教養娯楽費(円)	日額
要介護 1	762	804	859 (昼食+おやつ)	100	1,763
要介護 2	903	953			1,912
要介護 3	1046	1,104			2,063
要介護 4	1215	1,282			2,241
要介護 5	1379	1,455			2,414

※送迎は自己負担の基本単位に含まれます。

※上記ご案内には、各種加算及び日用品費（C S セット）は含まれておりません。

□通所リハビリテーション【通常規模*2024.11.1】／ 1時間以上2時間未満／ 1割負担の場合

基本単位	×	地域区分上乗せ(円)	食事代(円)	教養娯楽費(円)	日額
要介護 1	369	390	—	30	420
要介護 2	398	420			450
要介護 3	429	453			483
要介護 4	458	484			514
要介護 5	491	518			548

※送迎は自己負担の基本単位に含まれます。

※上記ご案内には、各種加算及び日用品費（C S セット）は含まれておりません。

□介護予防 通所リハビリテーション【通常規模*2024.11.1】／ 1割負担の場合

基本単位	×	地域区分上乗せ(円)	食事代(円)	教養娯楽費(円)
要支援 1	2,268	2,393	859	100
要支援 2	4,228	4,461		

※送迎は自己負担の基本単位に含まれます。

※上記ご案内には、各種加算及び日用品費（C S セット）は含まれておりません。

2024.11.1 改定

■各種加算項目について（要介護）

		R 6 年5月31日まで		R6年6月1日から		日額の差(円)
		報酬単位数	円換算／日	報酬単位数	円換算／日	
8時間以上9時間未満/日		50	52	50	53	1
9時間以上10時間未満/日		100	104	100	106	2
10時間以上11時間未満		150	0	150	159	159
11時間以上12時間未満		200	207	200	211	4
12時間以上13時間未満		250	0	250	264	264
13時間以上14時間未満		300	310	300	317	7
理学療法士等体制強化加算/日（1時間以上 2 時間未満のみ対象）		30	31	30	32	1
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	13	12	13	0
リハビリテーション提供体制加算（4 時間以上 5 時間未満）		16	17	16	17	0
リハビリテーション提供体制加算（5 時間以上 6 時間未満）		20	21	20	22	1
リハビリテーション提供体制加算（6 時間以上 7 時間未満）		24	25	24	26	1
リハビリテーション提供体制加算（7 時間以上 8 時間未満）		28	29	28	30	1
通所リハビリ入浴介助加算Ⅰ/回		40	42	40	43	1
通所リハビリ入浴介助加算Ⅱ/回		60	62	60	64	2
リハビリテーションマネジメント加算（A）イ/月開始日から 6 月以内	新設	560	579	560	591	12
リハビリテーションマネジメント加算（A）イ/月開始日から 6 月超		240	248	240	254	6
リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ/月開始日から 6 月以内		593	613	593	626	13
リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ/月開始日から 6 月超		273	282	273	288	6
リハビリテーションマネジメント加算（B）イ/月開始日から 6 月以内		830	858	—	—	—
リハビリテーションマネジメント加算（B）イ/月開始日から 6 月超		510	527	—	—	—
リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ/月開始日から 6 月以内	新設	863	892	—	—	—
リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ/月開始日から 6 月超		543	561	—	—	—
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）/月開始日から 6 月以内	新設	793	820	793	837	17
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）/月開始日から 6 月超		473	489	473	499	10
※リハマネ加算を算定した利用者に対して医師が利用者又は家族に説明した場合/月		270	279	270	285	6
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110	114	110	116	2
認知症短期集中リハ加算（Ⅰ）/日（1 週最大 2 回まで）※ 3 月内		240	248	240	254	6
認知症短期集中リハ加算（Ⅱ）/月（1 週最大 2 回まで）※ 3 月内		1920	1984	1920	2026	42
生活行為向上リハビリテーション実施加算開始日から 6 月以内		1250	1292	1250	1319	27
若年性認知症受入加算/日		60	62	60	64	2
栄養アセスメント加算		50	52	50	53	1
栄養改善加算/回（1 月 2 回まで）※ 3 月内		200	207	200	211	4
口腔・栄養スクリーニング（Ⅰ）加算（6 月に 1 回限度）		20	21	20	22	1
口腔・栄養スクリーニング（Ⅱ）加算（6 月に 1 回限度）		5	6	5	6	0
口腔機能向上加算（Ⅰ）（1 月 2 回まで）※ 3 月内		150	0	150	159	159
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ * 新設（1 月 2 回まで）※ 3 月内		—	0	155	164	164
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ（1 月 2 回まで）※ 3 月内		160	166	160	169	3
重度療養管理加算/日※要介護度 3・4・5 で大臣が定める状態。		100	0	100	106	106
中重度者ケア体制加算/日		20	21	20	22	1
科学的介護推進体制加算/月		40	42	40	43	1
同一建物減算/日 * 当事業所は非該当		-94	-98	-94	-100	-2
事業者が送迎を行わなかった場合（片道）		-47	0	-47	-50	-50
退院時共同指導加算			0	600	633	633
移行支援加算		12	13	12	13	0
サービス提供体制強化加算Ⅰ		22	23	22	24	1
サービス提供体制強化加算Ⅱ		18	19	18	19	0
サービス提供体制強化加算Ⅲ		6	7	6	7	0
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）※ R 6 年6 月より		所定単位× 86/1000				
※ R 6 年5 月までは旧処遇改善加算が適応となります。						

※各種加算の組み合わせについては、各ご利用者様の状況により算定状況が異なります。担当ケアマネジャー様へご確認ください。

■各種加算項目について（要支援）

		R 6 年5月31日まで		R6年 6月1日から		日額の差(円)
		報酬単位数	円換算／日(1割負担)	報酬単位数	円換算／日(1割負担)	
利用を開始した日の属するつき方起算して12月を超えた期間に利用した場合	要支援 1	-20	-21	-120	-127	-106
	要支援 2	-40	-42	-240	-254	-212
※当事業所はリハビリ会議の実施・厚労省に対し情報提出を行う為、12か月を超えた期間についても、減算対象ではありません。						
退院時共同指導加算		0	0	600	633	633
栄養アセスメント(1月につき)		50	52	50	53	1
運動器機能向上加算(1月につき) ※基本報酬に包括化	廃止	225	233	0	0	-233
口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月に1回程度)		20	21	20	22	1
口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6月に2回程度)		5	6	5	6	0
口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回を限度)		150	155	150	159	4
口腔機能向上加算(Ⅱ)(月2回を限度)		160	166	160	169	3
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	廃止	480	496	0	0	-496
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	廃止	700	724	0	0	-724
一体的サービス提供加算／栄養改善および口腔機能向上	新設	0	0	480	507	507
科学的介護推進体制加算(1月につき)		40	42	40	43	1
生活行為向上リハビリテーション実施加算 ※開始月から6か月以内		562	581	562	593	12
サービス提供体制加算(Ⅰ)イ⇒(Ⅰ)	要支援 1	88	91	88	93	2
	要支援 2	176	182	176	186	4
サービス提供体制加算(Ⅰ)ロ⇒(Ⅱ)	要支援 1	72	75	72	76	1
	要支援 2	144	149	144	152	3
サービス提供体制加算(Ⅱ)⇒(Ⅲ)	要支援 1	24	25	24	26	1
	要支援 2	48	50	48	51	1
介護処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位×47/1000		—	—	—	—	—
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位×20/1000		—	—	—	—	—
介護職員等ベースアップ等支援加算(Ⅰ) 所定単位×10/1000		—	—	—	—	—
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) ※令和6年6月1日より 所定単位×86/1000		—	—	—	—	—
		—	—	—	—	—

※上記表内表記において、加算名称の変更や区分の新設などをされている場合は、加算名を新しい加算名称で表記しておりますのでご了承ください。

パット代	S	40	紙パンツ	150
	M	60	布おむつ	40
	L	80	処理代	20

■ご利用時間の延長について

500円／30分延長毎
707円／夕食代

■CS（ケアサポート）セットについて

- ・タオル・日用品の日額定額制利用サービスです。
- ・本サービスは、(株)エラン様より提供されます。

*詳細は、別途パンフレットにてご確認ください。

10. 利用料の徴収方法

前事項の費用の支払いは利用者又は家族に対して事前に文書で説明して支払いの同意を得た上で徴収する。

11. 送迎実施地域

原則として知立市・刈谷市・安城市

12. 個人の情報について

事業所の従業員であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を漏らしません。事業者は、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、必要な範囲内でご利用者又はご家族の個人情報を用いることがあります。事業者は、ご利用者の求めに応じてサービス提供記録を開示することがあります。施設利用によって職員が知りうる利用者・その家族の個人的情報の守秘義務を厳守いたします。

13. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に関して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

14. サービスについての相談窓口、及び苦情申し立て先

当施設 相談窓口	○ 窓口担当 近藤・佐藤・中村・加藤
	○ 御利用時間 月曜～土曜、午前 9 時～午後 5 時 （年末年始は休み）
	○ 利用方法 電話 0566-81-1110 （面接 電話連絡後、時間設定した後に相談室で行う）
	○ 苦情箱 1F 受付カウンターに設置…「意見箱」
	○ 行政窓口（各市町村介護保険担当課）
	知立市介護保険課 0566-95-0122
	刈谷市介護保険課 0566-62-1013
	安城市介護保険課 0566-71-2257
	国民健康保険連合会 052-971-4165

15.協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 秋田病院
院長名	加藤 孝之
所在地	愛知県知立市宝 2 丁目 6 番地
電話番号	(0566)81-2763
診療科	整形外科 / 外科 / 脳神経外科 / リハビリテーション科 / 内科 / 小児科 / 胃腸科 / 放射線科 等
入院設備	150床
救急指定の有無	有
契約の概要	協力病院

医療機関の名称	医療法人 豊田会 刈谷豊田総合病院
院長名	吉田 憲生
所在地	刈谷市住吉町5丁目15番地
電話番号	(0566)21-2450
診療科	内科 / 精神神経科 / 神経内科 / 循環器センター(循環器科) / 皮膚科 / 泌尿器科 / 産婦人科 / 小児科 / 外科 / 整形外科 / 脳神経外科 / 眼科 / 耳鼻咽喉科 / 歯科・口腔外科 / リハビリテーション科 / 放射線科 / 救急・集中治療部 / 麻酔科 / 病理科 等
入院設備	704床
救急指定の有無	有
契約の概要	協力病院

16.非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「知立老人保健施設 消防計画」に則り対応を行います。
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「知立老人保健施設 消防計画」に則り年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を実施しています。
消防計画等	消防署への届け日:平成24年6月12日 防火管理者:太田 雄士

17.当施設のご利用の際に留意いただく事項

来 訪 ・ 面 会	来訪者は面会時間を守り、必ずその都度職員に申し出てください。 また、事務所窓口にある面会記録に記載をお願いします。
外 出 ・ 外 泊	外泊・外出の際は必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
居 室 ・ 設 備 器 具 の 利 用	施設内の居室や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反し、ご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫 煙 ・ 飲 酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は出来ません。
迷 惑 行 為	騒音等他の利用者の迷惑になる行為は御遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗 教 活 動 政 治 活 動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
その他	反社会的行為によって他の利用者の迷惑にならないようにしてください。 気分が悪くなったときは速やかに申し出てください。

私は、本書面にもとづいて 職員(職名_____氏名_____)から

上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

____年__月__日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者の家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(注)施設利用計画における、施設使用の際の留意事項を含む。