

介護老人保健施設 相模原ロイヤルケアセンター
(予防) 通所リハビリテーション 重要事項説明書
(令和6年1月1日現在)

1 運営の方針

- ① 事業の実施に当たっては、利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- ② 要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、理学療法、作業療法、言語療法その他必要な機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとする。
- ③ 「選ばれる施設」を基本理念とし、地域との結びつきを重視し、関係市区町村、居宅介護支援事業所及び他の居宅サービス事業所並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者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。

2 利用者の権利

利用者の意思及び人権が尊重される権利
個別で適正な介護・リハビリを受ける権利
受ける介護・看護を選択する権利
プライバシーが保証される権利
身体状況の情報、説明を受ける権利

3 通所リハビリテーションの概要

(1) 事業所の名称・所在地等

事業所名	介護老人保健施設 相模原ロイヤルケアセンター
所在地	神奈川県相模原市緑区大島380-1
介護保険事業者番号	1452680080
通常の事業の実施地域	相模原市内北部、相模原市緑区城山町、町田市一部地域

*上記地域以外の方でもご希望の方は、ご相談ください。

(2) 施設職員の職種、員数及び職務内容

- ① 医師 1.0人 (常勤兼務1人 [併設介護老人保健施設及び管理者と兼務])
医師は、介護予防・通所リハビリテーション職員の管理、指導を行うとともに、利用者の病状に応じた医学的管理を行う。
- ② 看護職員
1単位 1人
看護職員は、利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導、病状や心身の状況に応じた看護を行う。

③ 介護職員

1 単位 12.6 人 (常勤 12 人、非常勤 4 人)

介護職員は、リハビリテーションに伴って必要な介助及び援助を行う。

④ 理学療法士

1 単位 5.5 人 (常勤兼務 11 人 [併設介護老人保健施設と兼務])

理学療法士は、身体機能の向上又は減衰を防止するための訓練を行う。

⑤ 作業療法士

1 単位 3.5 人 (常勤兼務 7 人、[併設介護老人保健施設と兼務])

作業療法士は、身体機能の向上又は減衰を防止するための訓練を行う。

⑥ 言語聴覚士

1 単位 1.0 人 (常勤兼務 2 人、[併設介護老人保健施設と兼務])

言語聴覚士は、言語及び摂食嚥下機能の向上又は減衰を防止するための訓練を行う。

(※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員は、通所リハビリテーション計画を作成し、理学療法、作業療法、言語療法その他必要なリハビリテーションを提供する。)

⑦ 支援相談員

1 単位 1.0 人

支援相談員は、利用者及び連帯保証人等からの相談に応じ、必要な助言その他の援助を行うとともに、関係機関との連絡調整等を行う。

(3) 施設の設備等の概要

定 員	1 単位 59 名
	合計 59 名
食堂・デイルーム	229.6 m ²
浴 室	一般浴槽と特別浴槽
送 迎 車	7 台

(4) 営業日、営業時間、サービス提供時間

営 業 日	月曜日～土曜日及び祝日 (日曜日、指定日を除く)
営 業 時 間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで お休みの連絡は午前 7 時 30 分～午後 8 時 00 分まで
サービス提供時間	午前 9 時 30 分～午後 4 時 00 分まで 短時間リハビリ (1 時間以上～2 時間未満) ご利用の方は サービス提供時間内の 1 時間以上～2 時間未満

緊急連絡先電話：042 (760) 2101

ご利用日	<u>毎 週</u>	<u>曜 日</u>
	<u>隔 週</u>	<u>曜 日</u>
	<u>不定期</u>	<u>曜 日</u>

4 当法人の概要

法 人 名	医療法人財団 明理会	
代表者役職・氏名	理事長 中 村 哲 也	
法 人 所 在 地	東京都板橋区本町 36 番 3 号	
法 人 電 話 番 号	0 3 (3 9 6 7) 1 1 8 1	
定款の目的に定めた事業	1. 病院の経営 2. 診療所の経営 3. 介護老人保健施設の経営 4. その他これに付随する業務（以下の事業所の経営） 看護専門学校、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅介護支援事業所、保育園、地域包括支援センター	
事 業 所 数	*病院・介護老人保健施設	53ヶ所
	*診療所	8ヶ所
	*看護専門学校	2ヶ所

5 非常災害対策

- ・防災時の対応 消防計画規定により生命の安全を最優先に避難します。
- ・防 災 設 備 スプリンクラー、消火器、消火栓、防火戸、排煙設備、自動火災報知設備、非常警報設備、誘導灯、粉末消火設備等
- ・防 災 訓 練 年2回以上
- ・防火管理者 山崎 誠

6 サービス内容（通所リハビリテーション計画に沿って、下記サービスを実施します）

- ① 送迎
運転手と介護職員が送迎いたします。
- ② 食事
昼食とおやつを提供します。季節ごとの行事食を取り入れています。
- ③ 入浴
一般浴・特殊浴があります。
- ④ 機能訓練
生活動作訓練を中心とした理学療法・作業療法及び言語訓練・摂食嚥下訓練等の言語療法を集団又は個別に行います。ご希望または必要に応じ、訪問指導も行います。
- ⑤ レクリエーション
集団レク、合唱・合奏、散歩、誕生会、季節行事等を行います。
- ⑥ 生活相談
支援相談員がご相談に応じます。

7 サービス利用にあたっての留意事項

- ・利用当日の送迎・・・・・・・・安全運転での送迎を行っておりますので、道路の混雑状況や同乗する他の利用者の乗車準備等により、到着時刻が前後する事がございます。また、送迎時刻に不在及び家族と連絡が取れない状況の場合は、次の送迎時刻の関係上やむを得ず出発する場合がございます。
- ・送迎時刻の連絡・・・・・・・・利用開始にあたり、概ねの時刻をご連絡します。変更の際には事前にご連絡します。
- ・体調確認・・・・・・・・当日、ご利用の際に、必ず看護師等が血圧測定などの健康チェックをします。
- ・食事のキャンセル・・・・・・・・事前に連絡をいただければ、食費はいただきません。但し利用者のご都合による当日の食事のキャンセルの際には、食費をいただきます。
- ・時間の変更・・・・・・・・利用者の皆様のご都合による利用時間の変更があった場合も、規定の利用料金をいただきます。継続的に利用時間を変更される場合は、居宅サービス計画の変更が必要となります。事前に当事業所または担当の介護支援専門員にご相談ください。
- ・振替利用・・・・・・・・サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。
- ・設備、器具の利用・・・・・・・・当事業所の設備、器具の利用の際は、当事業所の職員の指示に従ってください。
- ・機能訓練の内容・・・・・・・・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者の心身の状態に応じてリハビリテーション実施計画を立て、個別訓練と集団訓練を行います。
- ・レクリエーション・・・・・・・・季節の行事、小グループでの趣味活動、誕生会などを行います。
- ・その他・・・・・・・・ご不明な点は担当職員にお問い合わせください。

8 利用料金

通所利用料（1日当たりの1割負担の自己負担分）

※実際の料金は負担割合（1割～3割）による。

（1）通所リハビリテーション

通所リハビリテーション費			
＜利用時間 1時間以上2時間未満＞		＜利用時間 2時間以上3時間未満＞	
介護度 1	376円/日	介護度 1	392円/日
介護度 2	409円/日	介護度 2	451円/日
介護度 3	438円/日	介護度 3	508円/日
介護度 4	470円/日	介護度 4	566円/日
介護度 5	500円/日	介護度 5	625円/日
＜利用時間 3時間以上4時間未満＞		＜利用時間 4時間以上5時間未満＞	
介護度 1	496円/日	介護度 1	554円/日
介護度 2	578円/日	介護度 2	646円/日
介護度 3	657円/日	介護度 3	734円/日
介護度 4	757円/日	介護度 4	849円/日
介護度 5	859円/日	介護度 5	962円/日
＜利用時間 5時間以上6時間未満＞		＜利用時間 6時間以上7時間未満＞	
介護度 1	617円/日	介護度 1	714円/日
介護度 2	732円/日	介護度 2	850円/日
介護度 3	845円/日	介護度 3	980円/日
介護度 4	980円/日	介護度 4	1,136円/日
介護度 5	1,112円/日	介護度 5	1,291円/日
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		13円/日
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		17円/日
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		21円/日
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		26円/日
サービス提供体制強化加算（I）			23円/回
介護職員処遇改善加算（I）		介護保険料金一部負担額 × 4.7%	円
介護職員等特定処遇改善加算（I）		介護保険料金一部負担額 × 2.0%	円
介護職員等ベースアップ等支援加算		介護保険料金一部負担額 × 1.0%	円
リハビリテーションマネジメント加算（A）イ	6月以内		597円/月
リハビリテーションマネジメント加算（A）イ	6月超		256円/月
リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ	6月以内		632円/月
リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ	6月超		291円/月
リハビリテーションマネジメント加算（B）イ	6月以内		885円/月
リハビリテーションマネジメント加算（B）イ	6月超		544円/月

リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ 6月以内	920円/月
リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ 6月超	579円/月
理学療法士等体制強化加算	32円/日
入浴介助加算 (I)	43円/日
入浴介助加算 (II)	64円/日
短期集中個別リハビリテーション実施加算	117円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)	256円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)	2,047円/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,333円/月
移行支援加算	13円/日
中重度者ケア体制加算	21円/日
若年性認知症入所受入加算	64円/日
重度療養管理加算	107円/日
栄養改善加算	213円/回
栄養アセスメント加算	53円/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	21円/6ヶ月
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	5円/6ヶ月
口腔機能向上加算 (I)	160円/回
口腔機能向上加算 (II)	171円/回
科学的介護推進体制加算	43円/月
送迎未実施減算	▲50円/片道
感染症及び災害により臨時的に利用者数が一定減少している場合 所定単位数の100分の3に相当する単位数	
中山間地域等居住者サービス提供加算 所定単位数の100分の5に相当する単位数	

(2) 介護予防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費 (要支援1)	2,188円/月
介護予防通所リハビリテーション費 (要支援2)	4,263円/月
サービス提供体制強化加算 (I) 要支援1	94円/月
サービス提供体制強化加算 (I) 要支援2	188円/月
介護職員処遇改善加算 (I)	介護保険料金一部負担額 × 4.7%円
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	介護保険料金一部負担額 × 2.0%円
介護職員等ベースアップ等支援加算	介護保険料金一部負担額 × 1.0%円
生活行為向上リハビリテーション実施加算	599円/月
運動器機能向上加算	240円/月
事業所評価加算	128円/月
若年性認知症入所受入加算	256円/月

栄養改善加算		213円/月
栄養アセスメント加算		53円/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		21円/6ヶ月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		5円/6ヶ月
口腔機能向上加算（Ⅰ）		160円/月
口腔機能向上加算（Ⅱ）		171円/月
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）		512円/月
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）		746円/月
科学的介護推進体制加算		43円/月
事業所評価加算		128円/月
利用を開始した月から起算して12月を超えた場合	要支援1	▲21円/月
	要支援2	▲43円/月
中山間地域等居住者サービス提供加算		所定単位数の100分の5に相当する単位数

(3) 介護保険外自費利用分（税込）

昼食代		900円/食		
特別食材費		110円/食		
日用品費※希望者※				
おむつ代	リハビリパンツ	198円/枚	テープ式	165円/枚
	尿取りパッド	66円/枚		

(4) キャンセル料

利用者の都合でサービス利用を中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の前日の営業日17時までに ご連絡いただいた場合	無 料
② ご利用日の当日午前7時30分から午前8 時30分までにご連絡いただいた場合	通所リハビリテーション利用料の 20%
③ ご利用日の当日午前8時30分までに ご連絡がなかった場合	通所リハビリテーション利用料の 50%

*ご利用日が月曜日の場合は土曜日までとなるためご注意ください。

(5) サービスの中止・変更

当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止をすることがあります。又、気象警報・注意報により災害が発生する恐れがあると予想された場合も、利用者の安全を考慮し、サービスを中止する場合があります。その場合、連帯保証人に連絡の上、適切に対応します。また、利用者及びその関係者より、他の利用者や職員に対する暴言・暴力・ハラスメント行為・迷惑行為がある場合や、故意に施設・物品等を破壊する場合。または施設の規則を守れなかったり、共同生活の規律を乱したり、管理上の必要な指示に従えない場合（例：利用者間で物のやり取りをする、飲食物を施設の許可無く持ち込む・置いていく等が続く場合や、自傷他害行為がある方）は利用を中止とさせていただきます。請求に関しましては災害等施設側による営業停止時はご負担なし。体調不良や感染症など利用者さまに起因する事由に関しては第8条利用料金(4)をご確認ください。

(6) お支払い方法

毎月翌月の13日前後に、前月分の利用料の請求書を発送させていただきます。お支払方法は、銀行口座自動引き落としとなり、その月の27日（土日祝日の場合は、翌平日）に引き落とされます。

9 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者の容態に変化等があった場合は、必要に応じて速やかに家族、主治医、救急隊、居宅介護支援事業者等に連絡をいたします。

主治医	医療機関名	
	医師名	
	住所	
	電話番号	

10 サービス内容に関する苦情・相談

(1) 当事業所の苦情・相談の受付窓口

電話 042 (760) 0040 (午前8時30分～午後5時30分受付)

FAX 042 (760) 3346 (24時間受付)

相談室及び事務所または各階サービスステーションで受け付けています。

[担当職員]

施設長 田中 宏樹
介護支援専門員 中市 康子 平田 麻都香(兼務) 荒木 利江(兼務)
大友 博子 上倉 藤江
支援相談員 平田 麻都香(兼務) 肥塚 彩夏 寺崎 智恵
荒木 利江(兼務)

(2) その他

市役所、国保連の介護保険の窓口でもご相談いただけます。

主な窓口

- | |
|-------------------------------|
| ◇ 相模原市役所 福祉基盤課 : |
| 神奈川県相模原市中央区中央2-11-15 市役所本庁舎4階 |
| TEL 042(707)7046 |
| ◇ 町田市役所 いきいき健康部介護保険課 : |
| 東京都町田市原町田5-8-24 (健康福祉会館分館) |
| TEL 042-721-3136 |
| ◇ 八王子市役所 健康福祉部高齢者支援課 : |
| 東京都八王子市元本郷町 3-24-1 |
| TEL 042-620-7420 |
| ◇ 東京都国民健康保険団体連合会 介護相談窓口 : |
| 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階 |
| TEL 03-6238-0011 |
| ◇ 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 : |
| 神奈川県横浜市西区楠町27番地の1 |
| TEL 045(329)3447 |

1.1 個人情報保護方針

施設は、利用者の個人情報を適切に保護する事の重要性を認識し、以下の取り組みを実施してまいります。利用者には温かく心のこもった看護・介護・リハビリを通じて自立支援を念頭に充実したプライバシーの尊重と快適な生活環境を心身にサポートするとともに、個人情報の取り扱いにも万全な体制で取り組んでまいります。

- (1) 個人情報は、診療に必要な範囲に限定して収集・利用・提供いたします。
- (2) 個人情報の紛失、破壊、改ざんおよび漏洩などを防止する対策を実施いたします。
- (3) 個人情報に関する法令、規範を遵守いたします。
- (4) 個人情報の取扱いは、適時・適切に見直しをいたします。
- (5) 本方針を全職員に周知させます。又、教育、啓発に努め、個人情報保護意識の高揚を図ります。

1.2 秘密保持

(1) 施設における個人情報使用目的

- ①居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整などにおいて必要な場合
- ②利用者が自らの意思によって他の介護保険施設に入所することに伴う必要最小限度の情報提供
- ③利用者が必要な医療を受けるための医療機関との情報共有
- ④在宅療養をサポートする病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所その他の関係者と連携を図るため、医療従事者や介護従事者その他の関係者が共有すべき介護情報を含む個人情報の提供
- ⑤行政機関による指導・監査や事故発生の報告等に伴う情報提供

(2) 施設における個人情報使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供は使用目的の範囲内で必要最小限に止め、情報提供の際には関係者以外に決して漏れることが無いよう細心の注意を払うこと

②利用者及びその家族の個人情報を使用した会議、相手方、内容などについて記録しておくこと

(3) 利用者及び家族・代理人における個人情報取扱い

利用者及び家族・代理人は、施設の許可なく撮影・録音をしないこととする。また、施設利用にあたって知り得た他の利用者の個人情報、施設関係者の個人情報、及び他人の写真や誹謗中傷などを故意または過失により第三者に漏洩したり施設に無断で使用したりしない（SNS等のソーシャルメディアへの掲載等を含む）こととする

(4) 使用期間

前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします

1.3 事故等発生時の対応方法

(1) サービス提供時により事故が発生した場合、別に定める発生時の対応（安全管理対策マニュアル等）に基づき適切に必要な対処をする。

(2) 施設医師の判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関又は他の専門的医療機関での診療を依頼いたします。

(3) 事故報告

施設内で介護・医療事故が発生した場合、当該事故に関与した職員は、応急処置又はその手配、拡大防止の措置及び上司への報告など必要な処置をした後、速やかに別に定める「事故報告書」を上司に提出する。事故報告を受けた職員は、直ちに管理者（管理者が何らかの理由により不在の場合は、予め定められた順位の者）に報告し、管理者は安全対策担当者及び所要の職員に事故内容を伝達するとともに対応を指示する。事故対応終了後、安全対策担当者は当該事故の評価分析を行ったうえで、委員会に報告する。

(4) ヒヤリ・ハット事例報告

施設内でヒヤリ・ハット事例が発生した場合は、関係した職員は別に定める「ヒヤリ・ハット報告書」を作成し、安全対策担当者に報告する。安全対策担当者は、報告されたヒヤリ・ハットをまとめたうえで、委員会に報告する。また、「ヒヤリ・ハット報告書」は個人情報保護に配慮した形で取りまとめの上、関係職員で共有し、介護・医療事故、紛争の防止に積極的に活用する。なお、ヒヤリ・ハット事例を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行わない。

(職員の責務)

(5) 職員は日常業務において介護・医療の安全と安心を確保するために、利用者との信頼関係を構築するとともに、介護・医療事故の発生の防止に努めなければならない。

(指針等の見直し)

(6) 本指針等は委員会において定期的に見直し、必要に応じて改正するものとする。

1.4 その他運営に関する重要事項

(1) 施設は、職員の資質向上を図る為の研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。

一 採用時研修 採用後1ヶ月以内

二 継続研修 年1回以上

(2) 職員は、職務上知り得た利用者又はその連帯保証人の秘密を保持する。

(3) 職員であった者に、職務上知り得た利用者又はその連帯保証人の秘密を保持させる為、

職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とする。

- (4) 身体拘束は原則的に行わないものとする。
尚、「緊急やむを得ない場合」(①切迫性②非代替性③一時的の3要件を満たし、かつそれらの要件の確認等が極めて慎重に実施されるケースに限られる)に該当する場合は、医師の指示・許可の下、又は家族の同意の下、必要最低限度の身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録した上で行うことができるものとする。
施設は、身体拘束適正化検討委員会を毎月定期的に開催する。
虐待が発生した場合、直ちに必要な措置を講じるとともに、連帯保証人、および行政機関へ速やかに報告を行う。
- (5) 施設は、その運営に当たっては、常に市区町村との連携に努める。
- (6) 施設は、施設療養を受けている利用者が次の各号に該当する場合には、遅滞なく意見を付して、その旨を当該利用者の居住地を管轄する市区町村長(特別区区長を含む)に通知する。
- 一 けんか、泥酔、著しい不行跡等又は故意によって疾病に罹り、又は負傷し、要介護状態を重度化させたと認められたとき。
 - 二 正当な理由なしに施設療養に関する指示に従わないとき。
 - 三 偽り、その他不正行為によって療養費の支給を受け、又は受けようとしたとき。
- (7) 施設は、施設内の見やすい場所に、運営方針、利用者の守るべき規律、職員の勤務体制、協力病院、利用料の明細等を掲示し周知する。
- (8) 施設は、施設及び構造設備・職員・会計・入退所の判定・利用者等に対する施設療養、その他のサービス提供に関する諸記録を整備する。
- (9) この規程に定めるほか、運営に必要な事項は、医療法人財団 明理会 理事長と事業所の管理者の協議に基づいて定めるものとする。

本書面による説明（重要事項説明書）の内容を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印をうけ各1通を保有するものとします。

_____年_____月_____日

通所リハビリテーションの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項説明書の説明を行いました。

事業者

住 所 神奈川県相模原市緑区大島 380 番地 1
名 称 医療法人財団 明理会
介護老人保健施設 相模原ロイヤルケアセンター
代表者 理事長 中 村 哲 也 印

説明者 介護老人保健施設 相模原ロイヤルケアセンター
氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて、上記職員から重要事項について説明を受け、通所リハビリテーションの提供開始に同意いたしました。

利用者

住 所 _____
氏 名 _____ 印

[代 筆 者] _____ 印
続柄 ()

(連帯保証人)

住 所 _____
氏 名 _____ 印
続柄 ()