

重 要 事 項 説 明 書

I 介護老人保健施設 真寿苑のご案内

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

・施設名	介護老人保健施設 真 寿 苑
・開設年月日	平成 4年10月19日
・所在地	長崎県雲仙市瑞穂町伊福甲681番地
・電話番号	0957-77-2120 (代表)
・FAX番号	0957-77-2130
・管理者名	迫 龍 二
・介護保険指定番号	介護老人保健施設 (4251480002)
・通常のサービス提供地域	雲仙市 (瑞穂町・国見町・吾妻町・愛野町・千々石町) 島原市、諫早市森山町までの地域とする

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで利用者の有する能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く居宅での生活に戻ることができるように支援すること。また、利用者がその居宅での生活を1日でも長く継続できるよう指定短期入所療養介護 (指定介護予防短期入所療養介護) や指定通所リハビリテーション (指定介護予防通所リハビリテーション) といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、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。

[介護老人保健施設 真寿苑 指定通所リハビリテーション (指定介護予防通所リハビリテーション) の運営方針]

1. 当施設では、指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、その利用者が可能な限り、その居宅において、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、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うことにより利用者の心身維持・回復を図るものとします。指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、その利用者が可能な限り、その居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身維持・回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
2. 利用者の要介護状態の軽減若しくは、悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するようその目標を設定し、計画的に行います。
3. 当施設では、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。
4. 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村等と綿密な連携を図り、利用者が地域において総合的サービスの提供を受けることができるよう努めます。
5. 当施設では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「安全」に「安心」して過ごし「満足」できるサービス提供に努めます。

サービス提供に当たっては、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、理解しやすいように指導又は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。

利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく、厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得ることとします。

(3) 指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーション）の職員体制

(令和 7 年 7 月 1 日現在)

職 種	常 勤	非常勤	業 務 内 容
・ 医 師	1	0	利用者の疾病又は負傷に対する診察
・ 看護職員	1	1	医師の指示の下、個々の病状、心身の状態に応じた看護
・ 介護職員	6	3	個々のニーズに沿った個別的介護
・ 支援相談員	0	1	通所利用に関する相談、日常生活全般に関わる相談の受付
・ 管理栄養士	1	0	栄養及び嗜好を考慮した献立の作成
・ 理学療法士	2	1	在宅生活の継続を目指したリハビリテーション
・ 作業療法士	0	0	在宅生活の継続を目指したリハビリテーション
・ 言語聴覚士	1	0	コミュニケーション障害のための言語聴覚訓練
・ そ の 他	実情に応じた相当数		日常の事務処理等及び設備管理など

(4) 指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーション）の定員等

・ 定員 45 名

2. サービス内容

指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーション）計画の立案

食事

入浴

医学的管理・看護

介護

リハビリテーション

口腔機能向上サービス

栄養改善サービス

送迎サービス

相談援助サービス

利用者が選定する特別な食事の提供

その他

※これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談下さい。

3. 協力医療機関等

当施設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、速やかに対応していただくようお願いしております。

◎ 協力医療機関

- ・ 名 称 医療法人 伴帥会 愛野記念病院
- ・ 住 所 雲仙市愛野町甲 3 8 3 8 - 1

◎ 協力歯科医療機関

- ・ 名 称 ねぎ歯科医院
- ・ 住 所 雲仙市瑞穂町西郷辛 1 0 4 1 - 1

◇ 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 施設利用中の食事は、特段の事情がない限り、施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は、保険給付外の利用料と位置づけられていますが同時に施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・ 喫煙は定められた喫煙場所をお願いします。飲酒についてはお断りしております。
- ・ 設備、備品の利用は共用部分についてはご自由にお使い下さい。ただし、破損などがあった場合は、実費相当額をご負担いただきます。
- ・ 高額となる金銭、貴重品の所持はご遠慮下さい。
- ・ 宗教活動は禁止します。
- ・ ペットの持ち込みはご遠慮下さい。

5. 非常災害対策

- ・ 防災設備 防災監視盤設備、非常通報装置、スプリンクラー、消火器、消火栓
- ・ 防災訓練 年 2 回以上実施

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、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。

7. 要望及苦情等の相談

- 当施設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下さい。
(電話 0957-77-2120)
- 指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーション）に関する要望や苦情などの相談については、窓口として苦情受付担当者及び苦情解決責任者が勤務していますのでお気軽にご相談下さい。また、玄間ホールに備え付けられた「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。

(苦情受付体制)

苦情解決責任者	迫 龍 二	(管理者)
苦情受付責任者	近 藤 敏 也	(通所リハビリ責任者)
第三者委員	為 田 守 久	(連絡先・0957-25-7722) (取次)
	峯 友 結 花	(連絡先・0957-25-7722) (取次)

この他、以下の相談窓口へ直接申し出ていただくこともできます。

- 長崎県運営適正化委員会
長崎市茂里町3-24 (連絡先・095-842-6410)
- 長崎県国民健康保険組合団体連合会
長崎市今博多町8-4 (連絡先・095-826-1599)
- 島原地域広域市町村圏組合・介護保険課
島原市有明町大三東戊1327 (連絡先・0957-61-9101)
島原市役所有明庁舎 3階

8. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご利用下さい。

<別紙2>

Ⅱ 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションについて

1. 介護保険者証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険者証を確認させていただきます。

2. 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの概要

指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーション）は、要介護者（指定介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス（介護予防サービス）計画に基づき、当施設を一定の期間ご利用いただき看護、医学管理の下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行い、利用者の生活の質の向上及びご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るために提供されます。このサービスを提供するに当たっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、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）計画が作成されますが、その際、利用者・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

（1）指定通所リハビリテーションの基本料金

- ① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護状態区分及び所要時間によって、利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担分です。）

〔所要時間 1 時間以上 2 時間未満の場合〕

・要介護 1	369 円
・要介護 2	398 円
・要介護 3	429 円
・要介護 4	458 円
・要介護 5	491 円

〔所要時間 2 時間以上 3 時間未満の場合〕

・要介護 1	383 円
・要介護 2	439 円
・要介護 3	498 円
・要介護 4	555 円
・要介護 5	612 円

〔所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合〕

・要介護 1	486 円
・要介護 2	565 円
・要介護 3	643 円
・要介護 4	743 円
・要介護 5	842 円

〔所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合〕

・要介護 1	553 円
・要介護 2	642 円
・要介護 3	730 円
・要介護 4	844 円
・要介護 5	957 円

〔所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合〕

・要介護 1	622 円
・要介護 2	738 円
・要介護 3	852 円
・要介護 4	987 円
・要介護 5	1,120 円

〔所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合〕

・要介護 1	715 円
・要介護 2	850 円
・要介護 3	981 円
・要介護 4	1,137 円
・要介護 5	1,290 円

〔所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合〕

・要介護 1	762 円
・要介護 2	903 円
・要介護 3	1,046 円
・要介護 4	1,215 円
・要介護 5	1,379 円

② 感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が生じた場合の特例

利用者減の翌々月から 3 月以内（期間延長の場合あり） 所定単位数 × 3 / 100

③ 「6 時間以上 8 時間未満」の通所リハ前後して日常生活上の世話をを行った場合の算定

対象時間が 8 時間以上となった場合の加算

8 時間以上 9 時間未満	50 円
9 時間以上 10 時間未満	100 円
10 時間以上 11 時間未満	150 円
11 時間以上 12 時間未満	200 円
12 時間以上 13 時間未満	250 円
13 時間以上 14 時間未満	300 円

④ リハビリテーション提供体制加算

〔所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合〕	12 円（1 日につき）
〔所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合〕	16 円（1 日につき）
〔所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合〕	20 円（1 日につき）
〔所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合〕	24 円（1 日につき）
〔所要時間 7 時間以上の場合〕	28 円（1 日につき）

⑤ 入浴介助加算（Ⅰ） 40 円（1 日につき）

※利用時間帯によっては入浴サービスを提供できないことがあります。

⑥ リハビリテーションマネジメント加算		
リハビリテーションマネジメント加算イ		
同意日の属する月から起算して6月以内	560	円（1月につき）
同意日の属する月から起算して6月超	240	円（1月につき）
リハビリテーションマネジメント加算ロ		
同意日の属する月から起算して6月以内	593	円（1月につき）
同意日の属する月から起算して6月超	273	円（1月につき）
リハビリテーションマネジメント加算ハ		
同意日の属する月から起算して6月以内	793	円（1月につき）
同意日の属する月から起算して6月超	473	円（1月につき）
※事業所の意思が利用者又はその家族に説明し、利用者の 同意を得た場合	270	円（1月につき）
⑦ 短期集中リハビリテーション実施加算		
退院（所）日又は認定日から起算して3月以内	110	円（1日につき）
⑧ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240	円（1日につき）
※1週に2回を上限		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1,920	円（1月につき）
※1月に4回以上実施		
⑨ 生活行為向上リハビリテーション実施加算		
リハビリ計画に基づく利用開始日の属する月から起算して6月以内	1,250	円（1月につき）
⑩ 若年性認知症利用者受入加算	60	円（1日につき）
⑪ 栄養アセスメント加算	50	円（1月につき）
⑫ 栄養改善加算	200	円（1回につき）
※3月以内の期間に限り1月に2回を限度とします。（期間延長の場合あり）		
⑬ 口腔・栄養スクリーニング加算（6月に1回を限度とする）		
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	円（1回につき）
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	円（1回につき）
⑭ 口腔機能向上加算		
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	円（1回につき）
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155	円（1回につき）
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160	円（1回につき）
※3月以内の期間に限り1月に2回を限度とします。（期間延長の場合あり）		
⑮ 重度療養管理加算	100	円（1日につき）
⑯ 科学的介護推進体制加算	40	円（1月につき）
⑰ 事業所が送迎を行わない場合	-47	円（片道につき）
⑱ 移行支援加算	12	円（1日につき）
⑲ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	円（1回につき）
⑳ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数 × 83 / 1000	
㉑ 退院時共同指導加算	600	円（退院後1回のみ）
※ 料金は介護保険の費用負担が1割の方の料金設定となります （一定以上所得の場合2割又は3割負担となります）		

(2) 指定介護予防通所リハビリテーション基本料金

① 施設利用料

・要支援 1	2,268 円 (1月につき)
・要支援 2	4,228 円 (1月につき)

② 利用開始日の属する月から起算して12月を超えた場合の減算

・要支援 1	-120 円 (1月につき)
・要支援 2	-240 円 (1月につき)

③ 生活行為向上リハビリテーション実施加算

リハビリ計画に基づく利用開始日の属する月から起算して6月以内	562 円 (1月につき)
--------------------------------	---------------

④ 若年性認知症利用者受入加算

	240 円 (1月につき)
--	---------------

⑤ 栄養アセスメント加算

	50 円 (1月につき)
--	--------------

⑥ 栄養改善加算

	200 円 (1月につき)
--	---------------

⑦ 口腔・栄養スクリーニング加算 (6月に1回を限度とする)

口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	20 円 (1回につき)
--------------------	--------------

口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5 円 (1回につき)
--------------------	-------------

⑧ 口腔機能向上加算 (1月に2回を限度とする)

口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150 円 (1回につき)
--------------	---------------

口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160 円 (1回につき)
--------------	---------------

⑨ 一体的サービス提供加算

	480 円 (1月につき)
--	---------------

⑩ 科学的介護推進体制加算

	40 円 (1月につき)
--	--------------

⑪ サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

・要支援 1	24 円 (1月につき)
--------	--------------

・要支援 2	48 円 (1月につき)
--------	--------------

⑫ 退院時共同指導加算

	600 円 (退院後1回のみ)
--	-----------------

⑬ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)

	所定単位数 × 83 / 1000
--	-------------------

※ 料金は介護保険の費用負担が1割の方の料金設定となります

(一定以上所得の場合2割又は3割負担となります)

(3) その他の料金

① 食費 (昼食代)

	500 円 (1食につき)
--	---------------

※利用時間帯によっては食事の提供ができないことがあります。

(4) 支払い方法

- ・ 毎月7日以降に前月分の請求書を発行しますので、その月の月末までにお支払い下さい。
お支払いいただきますと領収書を発行致します。
- ・ お支払い方法は現金、銀行振込み、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。
利用申込み時にお選びください。

個人情報の利用目的

介護老人保健施設 真寿苑 では利用者の尊厳を守り、安全に配慮する施設理念の下
お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - 一．会計・経理
 - 一．事故等の報告
 - 一．当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - 一．利用者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者等との連携（サービス担当者会議等）
 - 一．利用者の診察等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - 一．検体検査業務の委託、その他の業務委託
 - 一．家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - 一．保険事務の委託
 - 一．審査支払機関へのレセプトの提出
 - 一．審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - 一．医療・介護サービス業務の維持・改善のための基礎資料
 - 一．当施設において行われる学生の実習への協力
 - 一．当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - 一．外部監査機関への情報提供

指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの提供にあたり
利用者に対して利用約款及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地	雲仙市瑞穂町伊福甲 6 8 1 番地
名 称	社会福祉法人 真 和 会 介護老人保健施設 真寿苑
管理者	迫 龍 二
説明者	森 絵 梨

私は利用約款及び本書面により、事業者から指定通所リハビリテーション及び指定介護
予防通所リハビリテーションについての重要事項の説明を同意致します。

利用者

住 所

氏 名

身元引受人兼連帯保証人

住 所

氏 名

介護老人保健施設 真寿苑

指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーション利用同意書

令和 年 月 日

介護老人保健施設 真寿苑

管理者 迫 龍 二 殿

＜利用者＞

住 所

氏 名

＜身元引受人兼連帯保証人＞

住 所

氏 名

介護老人保健施設 真寿苑 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防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 真寿苑 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーション利用約款及び重要事項説明書（別紙１・別紙２）及び個人情報の利用目的（別紙３）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同意します。また、介護老人保健施設 真寿苑 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションのサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意するとともに下記事項を厳守することを誓約します。

記

- 介護老人保健施設 真寿苑 の諸規程を守り、職員の指示に従います。
- 利用料などの費用の支払いについては、介護老人保健施設 真寿苑 に対し、一切迷惑をかけません。

【本約款第７条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏 名	(続柄・)
住 所	
電話番号	(自 宅)

【本約款第１２条２項の緊急時及び第１３条第３項事故発生時の連絡先】

氏 名	(続柄・)
住 所	
電話番号	(自 宅)
	(携 帯)
	(職場等)

個人情報提供同意書

私（ ）及び家族代表（ ）は、
社会福祉法人真和会 介護老人保健施設 真寿苑が私及び家族の個人情報をサービス担当者
会議等の利用目的で使用、提供することに同意します。

介護老人保健施設 真寿苑
管理者 迫 龍 二 殿

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

<利用者代理人>

住 所

氏 名

<家族代表>

住 所

氏 名

(本人との続柄：)