

指定介護老人保健施設重要事項説明書（通所）

当施設は介護保険の指定を受けています。
(茨城県 指定 第0854180031)

当施設はご契約者に対して、指定介護老人保健施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明します。

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる**通常1割又は2割（現役並みの所得がある方は3割）の自己負担分**と保険給付対象外の費用（居住費、食費、利用者の選択に基づく特別な療養室料及び特別な食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、理美容代、倶楽部等で使用する材料費、診断書等の文書作成費等）を**利用料**としてお支払いいただく2種類があります。

なお、介護保険の保険給付の対象となっているサービスは、利用を希望されるサービス（入所、短期入所療養介護、通所リハビリテーション）毎に異なります。

また、利用者負担は全国統一料金ではありません。介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数、また、認知症専門の施設（認知症専門棟加算）で異なりますし、利用料も施設ごとの設定となっております。当施設の利用者負担につきましては、次頁以降をご参照下さい。

介護保険には、大きくわけて、入所をして介護保険を利用する施設サービスと在宅にいて種々のサービスを受ける居宅サービスがありますが、それぞれ利用方法が異なります。

施設サービスを希望される場合は、直接施設にお申し込みいただけますが、**短期入所療養介護、通所リハビリテーションは、居宅サービス**であり、原則的に利用に際しては、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成したあとでなければ、保険給付を受けることができませんので注意が必要です。また、入浴といった加算対象のサービスも、居宅サービス計画に記載がないと保険給付を受けられませんので、利用を希望される場合は、居宅サービス計画に記載されているかをご確認ください。

居宅サービス計画は、利用者ご本人が作成することもできますが、居宅介護支援事業所（居宅サービス計画を作成する専門機関）に作成依頼することもできます。

詳しくは、介護老人保健施設の担当者にご相談ください。

医療法人昭徳会
介護老人保健施設 マカベシルバートピア
茨城県桜川市真壁町東山田1945

介護老人保健施設マカベシルバートピアのご案内
(令和7年4月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

・施設名	介護老人保健施設 マカベシルバートピア
・開設年月日	平成10年6月1日
・所在地	茨城県桜川市真壁町東山田1945
・電話番号	0296-54-2800
・ファックス番号	0296-54-2801
・管理者名	蘇原 泰則
・介護保険指定番号	介護老人保健施設(第0854180031号)

(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、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や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、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[介護老人保健施設マカベシルバートピアの運営方針]

- 1 当施設では、利用者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、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下における機能訓練、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。
- 2 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。
- 3 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と綿密な連携を図り、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- 4 当施設では、明るく家庭的な雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- 5 サービス提供にあたっては、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。
- 6 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ます。

(3) 通所リハビリの職員体制

	人員	備考
・医師	1	
・看護職員	1	
・薬剤師		
・介護職員	5	
・支援相談員	1	
・理学療法士	1	
・作業療法士		
・言語聴覚士		
・管理栄養士	1	
・介護支援専門員		
・事務職員	4	
・その他		

※常勤換算で上記（必要基準）以上を配置しております。

(4) 通所定員 ・定員 46名

2. 通所リハビリテーションの概要

通所リハビリテーションについては、要介護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介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、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、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、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計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に受け入れ、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. サービス内容

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
- ② 食事（食事は原則としてフロアでおとりいただきます。）
昼食 12時00分～
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護支援
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑨ 理美容サービス（原則月3回実施します。）
- ⑩ 行政手続代行
- ⑪ その他

*これらのサービスのなかには、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、具体的にご相談ください。

4. 介護保険証の確認

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

5. 利用料金

利用料金につきましては、各料金案内をご覧ください。

支払い方法

- ・ 毎月10日までに前月分の請求書を送付しますので、その月の月末までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・ お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。通所リハビリテーション利用契約時にお選びください。

6. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、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
 - ・ 茨城県西部メディカルセンター
茨城県筑西市大塚 555
 - ・ さくらがわ地域医療センター
茨城県桜川市高森 1000
 - ・ 内科宮本医院
茨城県桜川市真壁町古城 229-1
- ・ 協力歯科医療機関
 - ・ 中川歯科医院
茨城県桜川市真壁町真壁 179

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、別紙「緊急連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

7. 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。
- ・ 飲酒・喫煙は基本的には禁止といたします。
- ・ 火気の取扱いは禁止といたします。
- ・ 設備・備品の利用は、関係者に確認をしてからご利用ください。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みは、最低限のものにしてください。
- ・ 金銭・貴重品の管理は、基本的には行わないようお願いいたします。
- ・ ペットの持ち込みは、禁止といたします。
- ・ 他利用者への迷惑行為は禁止といたします。

8. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓
- ・ 防災訓練 年2回

【通所リハビリテーションの場合の利用者負担額】

1 保険給付の自己負担額

* 通常規模事業所 [6 時間以上 7 時間未満]

・ 要介護 1	7 1 5 円
・ 要介護 2	8 5 0 円
・ 要介護 3	9 8 1 円
・ 要介護 4	1, 1 3 7 円
・ 要介護 5	1, 2 9 0 円

* サービス提供体制強化加算

(Ⅰ) 介護福祉士 70%以上または勤続 10 年以上の介護福祉士を 25%以上配置
2 2 円

(Ⅱ) 介護福祉士 50%以上配置
1 8 円

(Ⅲ) 介護福祉士 40%以上または勤続 7 年以上を 30%以上配置
6 円

(Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) のいずれかに該当している場合加算されます。

* リハビリテーション提供体制加算 2 4 円

* 入浴介助加算 (Ⅰ) 4 0 円

* 短期集中個別リハビリテーション実施加算 1 1 0 円

* 認知症短期集中リハビリテーション加算 (Ⅰ) (週 2 日まで) 2 4 0 円

* 認知症短期集中リハビリテーション加算 (Ⅱ) 1, 9 2 0 円

* 科学的介護推進体制加算 4 0 円

* 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) (6 カ月 1 回) 2 0 円

* 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) (6 カ月 1 回) 5 円

* 若年性認知症利用者受入加算 (1 日につき) 6 0 円

* 退所時共同指導加算 6 0 0 円

* 送迎を行わない場合 (片道につき) - 4 7 円

* 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) 月額合計に 8.6% を乗じた額
(Ⅱ) 月額合計に 8.3% を乗じた額

※平成 30 年 4 月 1 日より上記金額の合計に地域単価 (1 単位単価 10 円) を乗じた 10% が請求金額になります。

尚、ご利用者様の介護保険負担割合によって、上記金額の合計に地域単価 (1 単位単価 10 円) を乗じた 20% が請求金額になります。

※平成 30 年 8 月 1 日より現役並みの所得がある方は、上記金額の合計に地域単価 (1 単位単価 10 円) を乗じた 30% が請求金額になります。

2 利用料

① 食費 800円

施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。
(当日キャンセルの場合はお支払いいただきます)

② 日用品費／1日 100円

石鹸、シャンプー、リンス、保湿用石鹸、ハンドクリーム、保湿ローション、ティッシュペーパーやおしぼり、その他、利用者様が快適に療養生活を送って頂く為の日常生活品です。

ご本人又はご家族の選択により施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

【日常生活品費のご利用選択について】

- 施設で用意するものを使用する
 自分で用意する

上記において同意します。(同意するものにチェックをお願いします)

③ 教養娯楽費／1日 100円

倶楽部やレクリエーションや趣味クラブ活動で使用する材料費、ゲーム、園芸活動、雑誌、その他、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

④ 理美容代 2,200円(税込)

通所リハビリテーション実施前、もしくは、実施後に理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。

⑥ おむつ代

利用者の身体の状況により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

- *尿取りパット 35円/枚 *夜用尿取りパット 110円/枚
*リハビリパンツ 140円/枚 *紙オムツ 130円/枚

⑦ その他の費用

- *入金証明書 1通 550円(税込)
(領収書を紛失してしまった場合の再発行)

- *当日キャンセル代 (食事代) 800円
(前日の17:30以降のキャンセルの場合)

※令和6年4月1日より、食費が720円から800円へ改訂。

介護老人保健施設サービス提供 同意書・誓約書

令和 年 月 日

介護老人保健施設のサービス（通所リハビリテーション）を利用するにあたり、介護老人保健施設マカベシルバートピア利用契約に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者（ ）による説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護老人保健施設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共に下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

記

1. 介護老人保健施設マカベシルバートピアの諸規程を守り、職員の指示に従います。
2. 使用料等の費用の支払いについては、介護老人保健施設マカベシルバートピアに対し一切迷惑をかけません。
3. 本人の身元に関する一切の事項の保証及び退所の際の本人の引受を責任もって行うことをお約束します。

以 上

介護老人保健施設マカベシルバートピア
管理者 蘇原 泰則 殿

< 利用者 >

住 所
電話番号
氏 名

印

< 保証人 >

住 所
電話番号
氏 名

印

< 連帯保証人 >

住 所
電話番号
氏 名
利用者との関係（ ）

印