

フローレンス犬山通所リハビリテーション重要事項説明書

(令和7年6月1日現在)

1 通所リハビリテーションの概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名（施設名）	介護老人保健施設フローレンス犬山
所在地	犬山市大字羽黒新田字下蟬屋7番地1
電話番号	0568-68-1366
FAX番号	0568-68-1668
事業所番号	2353480003
サービスを提供できる地域※	犬山市、小牧市、大口町、扶桑町

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職 名	資 格	常勤	非常勤	兼務 の別	合計
医師	医師	1名		兼務	1名
	理学療法士	2名		兼務	2名
	看護師	0名	1名	なし	1名
	介護福祉士	2名	1名	兼務	3名
	介護職員	4名	1名	なし	5名
合計		7名	2名	—	9名
勤務時間	9:00～17:00				

(3) 当事業所（施設）の設備の概要

定員	34人	デイルーム	68.15㎡
食堂	268.79㎡（入所者と供用）	送迎車	8台
機能訓練室	115.13㎡（入所者と供用）	その他	
浴室	一般浴槽室 41.03㎡		
	特殊浴槽室 31.67㎡		

(4) サービスの提供時間

	営業時間	サービス提供時間
月～金	午前9時～午後5時	午前10時～午後4時10分
休業日	土曜日、日曜日(その他、暴風警報等が発令されて、送迎に危険が伴う場合)	

2 当事業所（施設）の通所リハビリテーションの特徴等

(1) 通所リハビリテーションの目的

要介護者及び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介護サービス計画に基づき、理学療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の身体機能の維持回復を図ります。

(2) 運営方針

当施設は、地域の在宅隣接する母体医療機関（宮崎整形外科 外科 内科）と共に、正確、迅速、親切をモットーにやさしい介護・医療サービスを提供するとともに、在宅で生活される方のリハビリテーションや気軽に話ができる仲間づくり、生き甲斐づくりをお手伝いし、在宅生活がより充実したものになるよう支援していきます。

3 サービスの内容

- ①通所リハビリテーション計画の立案
- ②個別リハビリテーション計画の立案（個別リハビリテーションを受けられる方）
- ③送迎（片道のみ送迎も承ります。）
- ④食事（昼食は11時30分～12時15分、時間延長の場合は、実費負担により夕食の用意もできます。）
- ⑤入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する方には特別浴槽で対応します。）
- ⑥機能訓練（機能訓練室にはパワーリハビリテーションに対応できる器械を設置しています。）
- ⑦レクリエーション
- ⑧医学的管理・看護（来所時に血圧、体温を測ります。）
- ⑨介護（食事介助、入浴介助、排泄介助等、利用者の方の生活援助を行います。）
- ⑩相談援助

4 利用料金

(1) 利用料の目安

※利用者負担割合1割の場合

	1～2時間	2～3時間	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間
要介護1	369	383	486	553	622	715
要介護2	398	439	565	642	738	850
要介護3	429	498	643	730	852	981
要介護4	458	555	743	844	987	1137
要介護5	491	612	842	957	1120	1290

リハビリマネジメント加算(B)イ (事業所の医師が利用者またはその家族に説明し、利用者の同意を得た場合)	開始日から6月以内	593	1月
	開始日から6月超え	273	
		270	
科学的介護推進加算		40	1月
入浴介助加算		40	1日
短期集中個別リハ加算	退院日又は設定日から3月以内	110	1月
サービス提供体制加算		18	1日

○要支援者 介護予防通所リハビリテーション費(単位)

要支援 1	2053	1月
要支援 2	3999	

○介護予防通所リハビリテーション各種加算 (単位)

サービス提供体制加算 (Ⅱ)	要支援 1	72	1月
	要支援 2	144	
科学的介護推進体制加算		40	

○当施設では、介護職員等処遇改善加算を算定しております。（２０２４年６月～）

・月の合計単位に８６／１０００を乗じた加算です。

○当施設は、地域区分６級地になり１単位１０．３３円で計算しております。上記料金は１日あたりの項目ごとの金額を計算しているため実際の月単位の計算とは誤差が生じます。

※利用者負担割合は介護保険負担割合証の記載に応じて、介護保険分の費用負担が異なります。

ア 交通費

上記１の（１）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、送迎のための交通費をご負担していただくことがあります。

イ 時間外サービス

利用者の選択・希望により、通常時間をこえて提供した場合は３０分あたり６００円をご負担していただくことになります。

ウ その他の費用

食材料費	７５０円／日（ソフト食の場合８５０円）	
おやつ代	１００円／日	
おむつ代	パンツ式１８７円／枚	パッド式５５円／枚

※利用日当日の利用中止に関しては午前９時までにご連絡ください。午前９時以降の利用中止の連絡については、当日の昼食代をお支払いいただくことになります。

（２）料金の支払方法

毎月、１０日までに前月分の請求をいたしますので、２０日以内に現金でお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

５ サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

まずは、支援相談員にお電話等でお申し込みください。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（２）サービスの終了

ア 利用者の都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の１週間前までにお申し出ください。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知します。

ウ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用料の支払いが３ヶ月分以上滞った場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・利用者が亡くなられた場合

エ その他

- ・利用者や扶養者などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客さま相談・苦情窓口

担当者 支援相談員 吉田 謙三

電話 0568-68-1366 FAX 0568-68-1668

受付日 年中

受付時間 午前9時～午後5時

(2) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び愛知県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- | | |
|-------------------------|--------------|
| ・ 犬山市高齢者支援課 | 0568-44-0326 |
| ・ 小牧市長寿介護課 | 0568-76-1193 |
| ・ 扶桑町介護グループ | 0587-93-1111 |
| ・ 大口町健康生きがい課 | 0587-94-0051 |
| ・ 愛知県国民健康保険団体連合会（介護保険課） | 052-971-4165 |

7 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、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、速やかに利用者がお住まいの市町村、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際して採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。

8 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、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、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

9 身体拘束等の適正化に関する事項

利用者又は、他の利用者等の生命又は、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）は行わない。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態度及び時間、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するものとします。

10 身体拘束について

フローレンス犬山において、下記の項目すべてに該当していると判断した場合、緊急やむを得ず必要最低限の身体拘束を行う場合があります。

1) 緊急やむを得ず身体拘束を行うとした項目

- ①利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
- ②身体拘束その他の行動制限を行う以外に、代替する看護・介護方法がない場合
- ③身体拘束その他の行動制限が一時的である場合

2) 身体拘束の方法および期間

身体拘束を早期解除することを目標に検討会議を随時開催することを約束いたします。
様への報告について

3) ご家族

緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、直ちにご家族様（身元引受人）に身体拘束が必要である状態に陥った経緯と現状の報告を行います。

- ・身体拘束が必要な理由
- ・身体拘束の方法（場所、部位および使用物品等）
- ・身体拘束を行う時間帯及び時間等
- ・やむを得ず身体拘束を実施した時点での利用者の精神状態及び、身体状況等
- ・身体拘束開始時間及び身体拘束解除予定日時

4) その他

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書を提示し、同意を得たうえで実施します。

1 1 虐待防止のための措置

高齢者等の尊厳の保持や人格の尊重が達成されるように、管理者を虐待防止の責任者とし、担当職員への研修等の実施により虐待防止に努めます。また、担当職員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、担当職員が高齢者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

1 2 反社会的勢力の排除

以下の各号に該当するもの（以下「反社会的勢力」）であることが判明した場合には、何らの催告を要せず、本契約を解除することができる。

- ① 暴力団
- ② 暴力団員
- ③ 暴力団員でなくなった時から5年を経過していない者
- ④ 暴力団準構成員
- ⑤ 暴力団関係企業
- ⑥ 総会屋等
- ⑦ 社会運動等標ぼうゴロ
- ⑧ 特殊知能暴力集団
- ⑨ その他前各号に準ずる者

1 3 その他

その他約款に定められていない事項は、介護保険法令その他法令の定めるところにより、利用者又は扶養者と当施設が誠意をもって協議し定めることとします。

年 月 日

通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 愛知県犬山市大字羽黒新田字下蟬屋7番地1

名称 介護老人保健施設フローレンス犬山

説明者氏名

印

私は、本書面により、事業者から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者	住所 氏名	印
-----	----------	---

(代理人)	住所 氏名	印
-------	----------	---