

重要事項説明書

介護老人保健施設エルサ上尾のご案内

(令和6年6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 エルサ上尾
- ・開設年月日 平成15年12月1日
- ・所在地 埼玉県上尾市藤波3丁目265番地1号
- ・電話番号 048-787-8686 ・ファックス番号 048-787-8687
- ・管理者名 梅本 淳
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(号) 1151680032

(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機能訓練、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。

[介護老人保健施設エルサ上尾の運営方針]

当施設は、①高齢者の自立支援 ②利用者の家庭復帰 ③家庭的な雰囲気
④地域・家庭との結びつき ― を追求していきます。

(3) 施設の職員体制

	*施設入所サービス *短期入所療養介護 *介護予防短期入所療養介護	*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	業務内容
	常 勤	常 勤	
・医 師	1.5人以上	1人(常勤兼務)	利用者の健康管理
・薬剤師	1人以上		薬の調剤
・看護職員	15人以上	7人以上	利用者の看護
・介護職員	36人以上		利用者の介護
・支援相談員	2人以上		利用者・家族の相談援助
・理学療法士	2以上	7人以上	リハビリテーション
・作業療法士	2以上		マネジメント
・言語聴覚士	1以上		機能動作訓練の評価実施
・管理栄養士	1人以上		利用者の栄養管理
・介護支援専門員	2人以上		ケアプランの作成
・事務員	1人以上		事務全般

- (4) 通所定員 65名 (通所リハビリテーション)
9名 (短時間通所リハビリテーション)

- (5) 通常の事業の実施地域
上尾市、桶川市、北本市

2. 提供サービス

【1】(介護予防) 通所リハビリテーション

1) サービス内容

- ① (介護予防) 通所リハビリテーション計画の立案・実施・評価・見直し
- ② 食事 (食事は原則として食堂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
- ⑥ リハビリテーションマネジメント、レクリエーション
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養ケアマネジメント
- ⑨ 口腔ケア
- ⑩ 基本時間外施設利用サービス (何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用)
- ⑪ 行政手続代行
- ⑫ 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。

2) 利用料、その他の費用

(1) 通所リハビリテーション

基本利用料 (6時間以上7時間未満)

利用した場合の基本料は以下の通りです。利用者負担額は厚生労働大臣の定める基準によるものとします。ただし介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

【通所リハビリテーション：要件を満たした大規模型事業所】

*地域区分1単位の単位を含む (10, 33円)

一回あたりにかかる費用	介護度	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担	利用者10割負担
	要介護1	739円	1,477円	2,216円	7,385円
	要介護2	878円	1,756円	2,634円	8,780円
	要介護3	1,014円	2,027円	3,040円	10,133円
	要介護4	1,175円	2,349円	3,524円	11,745円
	要介護5	1,333円	2,665円	3,998円	13,325円

i サービス実施による加算

加算の種類	要件	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担	利用者10割負担
理学療法士等 体制強化加算	短時間デイケアを利用した場合	1日につき 31円	1日につき 62円	1日につき 93円	1日につき 309円
入浴加算Ⅰ	入浴介助を行った場合	1日につき 42円	1日につき 83円	1日につき 124円	1日につき 413円
入浴加算Ⅱ	自宅訪問し計画書を 策定した場合	1日につき 62円	1日につき 124円	1日につき 186円	1日につき 619円
リハビリテーション マネジメント加算イ	リハビリテーション会 議を定期的開催。理学 療法士等が介護支援専 門員に対して日常生活 上の留意点に関して情 報提供を行った場合	1月につき 579円 (6月以内) 248円 (6月超)	1月につき 1,157円 (6月以内) 496円 (6月超)	1月につき 1,736円 (6月以内) 744円 (6月超)	1月につき 5,784円 (6月以内) 2,479円 (6月超)
リハビリテーション マネジメント加算ロ	リハビリテーション会 議を定期的開催。理学 療法士等が介護支援専 門員に対して日常生活 上の留意点に関して情 報提供を行った場合(厚 労省にデータ提出)	1月につき 613円 (6月以内) 282円 (6月超)	1月につき 1,225円 (6月以内) 564円 (6月超)	1月につき 1,838円 (6月以内) 846円 (6月超)	1月につき 6,125円 (6月以内) 2,820円 (6月超)
リハビリテーション マネジメント加算ハ	リハビリテーション会 議を定期的開催。人員 基準を満たし、栄養アセ スメントと口腔アセスマ ントを行い、関係職種 と情報を相互に共有す る場合(厚労省にデータ 提出)	1月につき 820円 (6月以内) 489円 (6月超)	1月につき 1,639円 (6月以内) 978円 (6月超)	1月につき 2,458円 (6月以内) 1,466円 (6月超)	1月につき 8,191円 (6月以内) 4,886円 (6月超)
リハビリテーション マネジメント加算四	リハビリテーション会 議を定期的開催し医師 が説明した場合(厚労 省にデータ提出)	1月につき 279円	1月につき 558円	1月につき 837円	1月につき 2,789円
短期集中個別リハビ リテーション加算	退院(所)日又は認定日 から起算して3月以内	1日につき 114円	1日につき 228円	1日につき 341円	1日につき 1,136円
認知症短期集中リハ ビリテーション加算 Ⅰ	退院(所)日又は通所開 始日から起算して3月 以内(週に2回を限度)	1日につき 248円	1日につき 496円	1日につき 744円	1日につき 2,479円
認知症短期集中リハ ビリテーション加算 Ⅱ	退院(所)日又は通所開 始日から起算して3月 以内(月に4回以上実 施)	1月につき 1,984円	1月につき 3,967円	1月につき 5,950円	1月につき 19,833円
生活行為向上 リハビリテーション 実施加算	生活行為向上に向けて の計画・実施	1月につき 1,292円	1月につき 2,583円	1月につき 3,874円	1月につき 12,912円
重度療養管理加算	要介護3以上で、胃瘻・ ストマ等の医学的管理 が必要な場合	1日につき 104円	1日につき 207円	1日につき 310円	1日につき 1,033円
栄養アセスメント 加算	栄養アセスメントを行 った場合	1月につき 52円	1月につき 104円	1月につき 155円	1月につき 516円

栄養改善加算	月2回を限度に栄養指導にかかわった場合	1回につき 207円	1回につき 414円	1回につき 620円	1回につき 2,066円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	介護支援専門員に栄養・口腔に係る情報を文書で共有した場合	1回につき 21円	1回につき 42円	1回につき 62円	1回につき 206円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	介護支援専門員に栄養又は口腔に係る情報を文書で共有した場合	1回につき 6円	1回につき 11円	1回につき 16円	1回につき 51円
口腔機能向上加算Ⅱ 1	月2回限度に口腔機能に対するリハビリを実施した場合	1回につき 161円	1回につき 321円	1回につき 481円	1回につき 1,601円
口腔機能向上加算Ⅱ 2	口腔機能の情報を厚労省に提出した場合	1月につき 166円	1月につき 331円	1月につき 496円	1月につき 1,652円
科学的介護推進体制加算	厚労省にデータ提出した場合	1月につき 42円	1月につき 83円	1月につき 124円	1月につき 413円
移行支援加算	社会参加を維持できる他の通所系サービス等に移行した場合	1日につき 13円	1日につき 25円	1日につき 37円	1日につき 123円
若年性認知症加算	若年性認知症の利用者を受け入れた場合	1日につき 62円	1日につき 124円	1日につき 186円	1日につき 619円
送迎減算	施設で送迎を行わない場合	1回につき -49円	1回につき -97円	1回につき -146円	1回につき -485円
退院時共同指導加算	退院時1回を限度に退院前カンファレンスに訓練士が参加した場合	1回につき 620円	1回につき 1,240円	1回につき 1,860円	1回につき 6,198円

ii 加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	利用者1割 負担	利用者2割 負担	利用者3割 負担	利用者10割 負担
サービス提供体制加算Ⅰイ	介護福祉士の割合が70%以上の場合	1日につき 23円	1日につき 46円	1日につき 69円	1日につき 227円
リハビリテーション提供体制加算1	通所リハビリテーションを提供した場合 (3時間以上 4時間未満)	1日につき 13円	1日につき 25円	1日につき 37円	1日につき 123円
リハビリテーション提供体制加算2	通所リハビリテーションを提供した場合 (4時間以上 5時間未満)	1日につき 17円	1日につき 33円	1日につき 50円	1日につき 165円
リハビリテーション提供体制加算3	通所リハビリテーションを提供した場合 (5時間以上 6時間未満)	1日につき 21円	1日につき 42円	1日につき 62円	1日につき 206円
リハビリテーション提供体制加算4	通所リハビリテーションを提供した場合 (6時間以上 7時間未満)	1日につき 25円	1日につき 50円	1日につき 75円	1日につき 247円
リハビリテーション提供体制加算5	通所リハビリテーションを提供した場合 (7時間以上の場合)	1日につき 29円	1日につき 58円	1日につき 87円	1日につき 289円
中重度者ケア体制加算	提供時間を通じて看護職員1名配置 要介護3, 4, 5の割合が30%以上の場合	1日につき 21円	1日につき 42円	1日につき 62円	1日につき 206円

*介護職員処遇改善加算として所定単位数にサービス別加算率(8.6%)に乗じた金額を加算致します。
に乗じた金額を加算致します。

(2) 介護予防通所リハビリテーション

基本利用料（6時間以上7時間未満）

利用した場合の基本料は以下の通りです。利用者負担額は厚生労働大臣の定める基準によるものとします。ただし介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

*地域区分1単位の単位を含む（10,33円）

	介護度	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担	利用者10割負担
一月あたりにかかる費用	要支援1	1月につき 2,343円	1月につき 4,686円	1月につき 7,029円	1月につき 23,428円
	要支援2	1月につき 4,368円	1月につき 8,735円	1月につき 13,103円	1月につき 43,675円

i サービス実施による加算

加算の種類	要件	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担	利用者10割負担
栄養改善加算	月2回を限度に栄養指導にかかわった場合	1回につき 207円	1回につき 414円	1回につき 620円	1回につき 2,066円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	介護支援専門員に栄養・口腔に係る情報を文書で共有した場合	1回につき 21円	1回につき 42円	1回につき 62円	1回につき 206円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	介護支援専門員に栄養又は口腔に係る情報を文書で共有した場合	1回につき 6円	1回につき 11円	1回につき 16円	1回につき 51円
栄養アセスメント加算	栄養アセスメントを行った場合	1月につき 52円	1月につき 104円	1月につき 155円	1月につき 516円
生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為に関する計画・リハビリの実施	1月につき 581円	1月につき 1,161円	1月につき 1,742円	1月につき 5,805円
12月超えての利用要支援1	12月超えて利用を継続した場合	1月につき -124円	1月につき -248円	1月につき -372円	1月につき -1,239円
12月超えての利用要支援2	12月超えて利用を継続した場合	1月につき -248円	1月につき -496円	1月につき -744円	1月につき -2,479円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症のある利用者を受け入れた場合	1月につき 248円	1月につき 496円	1月につき 744円	1月につき 2,479円
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能の低下にある利用者に対して言語療法士が多職種と共同で口腔機能改善の計画を作成し、評価した場合	1月につき 155円	1月につき 310円	1月につき 465円	1月につき 1,549円
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔機能の情報を厚労省に提出した場合	1月につき 166円	1月につき 331円	1月につき 496円	1月につき 1,652円
退院時共同指導加算	退院時1回を限度に退院前カンファレンスに訓練士が参加した場合	1回につき 620円	1回につき 1,240円	1回につき 1,860円	1回につき 6,198円
一体的サービス提供加算	月1度を限度として栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合	1月につき 496円	1月につき 992円	1月につき 1,488円	1月につき 4,958円
科学的介護推進体制加算	厚労省にデータを提出した場合	1月につき 42円	1月につき 83円	1月につき 124円	1月につき 413円

ii 加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担	利用者10割負担
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護福祉士の割合が70%以上の場合	1月につき 91円 （要支援1）	1月につき 182円 （要支援1）	1月につき 273円 （要支援1）	1月につき 909円 （要支援）
		182円 （要支援2）	364円 （要支援2）	546円 （要支援2）	1,818円 （要支援2）

*介護職員処遇改善加算として所定単位数にサービス別加算率（8.6%）に乗じた金額を加算致します。

（3）その他の費用

食費	1食につき	720円
日用品費	入浴にかかるタオル等(利用に応じて請求) 給茶機（コーヒー・紅茶等飲み放題）	180円
	入浴のない場合 給茶機（コーヒー・紅茶等飲み放題）	30円
教養娯楽費	レクリエーションに必要な材料費	150円
おむつ代	1枚につき 実費	
	テープ型紙おむつ	150円(1枚につき)
	パンツ型紙おむつ	200円(1枚につき)
	尿とりパット	70円(1枚につき)

【2】（介護予防）短時間通所リハビリテーション

1) サービス内容

- ①（介護予防）通所リハビリテーション計画の評価・実施・見直し
- ② 医学的管理・看護
- ③ 介護
- ④ リハビリテーションマネジメント
- ⑤ 相談援助サービス
- ⑥ 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用）
- ⑦ 行政代行手続き
- ⑧ 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、具体的ご相談ください。

2) 利用料、その他の費用

（1）短時間通所リハビリテーション

基本利用料（1時間以上2時間未満）

利用した場合の基本料は以下の通りです。利用者負担額は厚生労働大臣の定める基準によるものとします。ただし介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

【短時間通所リハビリテーション：要件を満たした大規模型事業所】

＊地域区分1単位の単位を含む（10,333円）

	介護度	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担	利用者10割負担
一回あたりにかかる費用	要介護1	382円	763円	1,144円	3,811円
	要介護2	412円	823円	1,234円	4,111円
	要介護3	444円	887円	1,330円	4,431円
	要介護4	474円	947円	1,420円	4,731円
	要介護5	508円	1,015円	1,522円	5,072円

i サービス実施による加算

加算の種類	要件	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担	利用者10割負担
理学療法士等体制強化加算	短時間デイケア利用の場合	1日につき 31円	1日につき 62円	1日につき 93円	1日につき 309円
リハビリテーションマネジメント加算イ	リハビリテーション会議を定期的に開催。理学療法士等が介護支援専門員に対して日常生活上の留意点に関して情報提供を行った場合	1月につき 579円 (6月以内) 248円 (6月超)	1月につき 1,157円 (6月以内) 496円 (6月超)	1月につき 1,736円 (6月以内) 744円 (6月超)	1月につき 5,784円 (6月以内) 2,479円 (6月超)

リハビリテーション マネジメント加算ロ	リハビリテーション 会議を定期的開催。 理学療法士等が介護 支援専門員に対して 日常生活上の留意点 に関して情報提供を 行った場合（厚労省に データ提出）	1月につき 613円 （6月以内） 282円 （6月超）	1月につき 1,225円 （6月以内） 564円 （6月超）	1月につき 1,838円 （6月以内） 846円 （6月超）	1月につき 6,125円 （6月以内） 2,820円 （6月超）
リハビリテーション マネジメント加算ハ	リハビリテーション 会議を定期的開催。 人員基準を満たし、栄 養アセスメントと口 腔アセスメントを行 い、関係職種と情報を 相互に共有する場合 （厚労省にデータ提 出）	1月につき 820円 （6月以内） 489円 （6月超）	1月につき 1,639円 （6月以内） 978円 （6月超）	1月につき 2,458円 （6月以内） 1,466円 （6月超）	1月につき 8,191円 （6月以内） 4,886円 （6月超）
リハビリテーション マネジメント加算4	リハビリテーション 会議を定期的開催 し医師が説明した 場合	1月につき 279円	1月につき 558円	1月につき 837円	1月につき 2,789円
短期集中個別リハビ 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	1日につき 114円	1日につき 228円	1日につき 341円	1日につき 1,136円
移行支援加算	社会参加を維持でき る他の通所系サービ ス等に移行した場合	1日につき 13円	1日につき 25円	1日につき 37円	1日につき 123円
若年性認知症受入 加算	若年性認知症の利用 者を受け入れた場合	1日につき 62円	1日につき 124円	1日につき 186円	1日につき 619円
送迎減算（片道）	施設で送迎を行わな い場合	1回につき -49円	1回につき -97円	1回につき -146円	1回につき -485円
生活行為向上リハビ リテーション実施 加算	生活行為向上に向け ての計画・実施	1日につき 1,292円	1日につき 2,583円	1日につき 3,874円	1日につき 12,912円
重度療養管理加算	要介護3以上で、胃 瘻・ストマ等の医学的 管理	1日につき 104円	1日につき 207円	1日につき 310円	1日につき 1,033円
口腔機能向上加算Ⅱ 1	月2回を限度に口腔 機能に対するリハビ リを実施した場合	1回につき 161円	1回につき 321円	1回につき 481円	1回につき 1,601円
口腔機能向上加算Ⅱ 2	口腔機能の情報を厚 労省に提出した場合	1回につき 166円	1回につき 331円	1回につき 496円	1回につき 1,652円
口腔・栄養スクリー ニング加算Ⅰ	介護支援専門員に栄 養・口腔に係る情報を 文書で共有した場合	1回につき 21円	1回につき 42円	1回につき 62円	1回につき 206円
口腔・栄養スクリー ニング加算Ⅱ	介護支援専門員に栄 養又は口腔も係る情 報を文書で共有した 場合	1回につき 6円	1回につき 11円	1回につき 16円	1回につき 51円
科学的介護推進体制 加算	厚労省にデータを提 出した場合	1月につき 42円	1月につき 83円	1月につき 124円	1月につき 413円

退院時共同指導加算	退院時1回を限度に退院前カンファレンスに訓練士が参加した場合	1回につき 620円	1回につき 1,240円	1回につき 1,860円	1回につき 6,198円
-----------	--------------------------------	---------------	-----------------	-----------------	-----------------

ii 加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担	利用者10割負担
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護福祉士の割合が70%以上の場合	1月につき 23円	1月につき 46円	1月につき 69円	1月につき 227円
中重度ケア体制加算	提供時間を通じて看護職員1名配置 要介護3, 4, 5の割合が30%以上の場合	1日につき 21円	1日につき 42円	1日につき 62円	1日につき 206円

*介護職員処遇改善加算として所定単位数にサービス別加算率（8.6%）に乗じた金額を加算致します。

（2）短時間介護予防通所リハビリテーション

基本利用料（1時間以上2時間未満）

利用した場合の基本料は以下の通りです。利用者負担額は厚生労働大臣の定める基準によるものとします。ただし介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

*地域区分1単位の単位を含む（10.33円）

一月あたりにかかる費用	介護度	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担	利用者10割負担
	要支援1	1月につき 2,343円	1月につき 4,686円	1月につき 7,029円	1月につき 23,428円
	要支援2	1月につき 4,368円	1月につき 8,735円	1月につき 13,103円	1月につき 43,675円

i サービス実施による加算

加算の種類	要件	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担	利用者10割負担
栄養改善加算	月2回を限度に栄養指導にかかわった場合	1回につき 207円	1回につき 414円	1回につき 620円	1回につき 2,066円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	介護支援専門員に栄養・口腔に係る情報を文書で共有した場合	1回につき 21円	1回につき 42円	1回につき 62円	1回につき 206円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	介護支援専門員に栄養又は口腔に係る情報を文書で共有した場合	1回につき 6円	1回につき 11円	1回につき 16円	1回につき 51円
栄養アセスメント加算	栄養アセスメントを行った場合	1月につき 52円	1月につき 104円	1月につき 155円	1月につき 516円
生活行為向上リハビリテーション実施算	生活行為に関する計画・リハビリの実施	1月につき 582円	1月につき 1,161円	1月につき 1,742円	1月につき 5,805円
12月を超えての利用要支援1	12月を超えて利用を継続した場合	1月につき -124円	1月につき -248円	1月につき -372円	1月につき -1,239円
12月を超えての利用要支援2	12月を超えて利用を継続した場合	1月につき -248円	1月につき -496円	1月につき -744円	1月につき -2,479円

若年性認知症利用者 受入加算	若年性認知症のある利 用者を受け入れた場合	1月につき 248円	1月につき 496円	1月につき 744円	1月につき 2,479円
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能の低下にある 利用者に対して言語療 法士が多職種と共同で 口腔機能改善の計画を 作成し、評価した場合	1月につき 155円	1月につき 310円	1月につき 465円	1月につき 1,549円
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔機能の情報を厚労 省に提出した場合	1月につき 166円	1月につき 331円	1月につき 496円	1月につき 1,652円
一体的サービス提供 加算	選択的サービスを複数 利用した場合	1月につき 496円	1月につき 992円	1月につき 1,488円	1月につき 4,958円
科学的介護推進体制 加算	厚労省にデータを提出 した場合	1月につき 42円	1月につき 83円	1月につき 124円	1月につき 413円

ii 加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	利用者1割 負担	利用者2割 負担	利用者3割 負担	利用者10割 負担
サービス提供体制強 化加算（Ⅰ）	介護福祉士の割合が 70%以上の場合	1月につき 91円 （要支援1） 182円 （要支援2）	1月につき 182円 （要支援1） 364円 （要支援2）	1月につき 273円 （要支援1） 546円 （要支援2）	1月につき 909円 （要支援） 1,818円 （要支援2）

*介護職員処遇改善加算として所定単位数にサービス別加算率（8.6%）に乗じた金額を加算致します。

（3）その他の費用

実費	テーブル型紙おむつ 150円(1枚につき) パンツ型紙おむつ 200円(1枚につき) 尿とりパット 70円(1枚につき) 教養娯楽費 実費
----	---

(4) 支払い方法

- ・お支払い方法は、銀行口座引き落としになります。銀行口座引き落としが困難な場合はご相談ください
 - ・毎月 15 日までに、前月分の請求書を発行します。その月の 28 日（土、日、祝日の場合は翌日）に引き落としいたします。
- 領収書を発行し、翌月 15 日頃送付いたします。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の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、速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関

名 称	上尾中央総合病院
住 所	埼玉県上尾市柏座 1 丁目 10 番 10 号
電話番号	048-773-1111（代表）

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 事故発生時の対応

- ① 利用者に対する介護サービス等の提供について事故が発生した場合は、直ちに管理者の責任において必要な措置を採るとともに利用者の家族等に連絡をします。また、死亡事故その他重大な事故については、遅滞なくその概要を県及び市区町村に報告することとします。
- ② 事故が発生した場合は、管理者はその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。事故に至らない出来事（インシデント）についても、同様とします。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償致します。

下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：東京海上日動火災保険株式会社

保 険 名：全日病団体保険

5. 個人情報の利用目的

当施設では利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念のもと、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。

- ① 利用者等への療養の提供に必要な利用目的

【当施設での利用】

- ・当施設で利用者等（検診・健診を含む）に提供する療養
- ・介護保険事務
- ・利用者に係る管理運営業務のうち、
 - －入退所等の療養棟管理
 - －会計・経理
 - －質向上・安全確保・療養事故あるいは未然防止等の分析・報告
 - －利用者等への療養サービスの向上

【他の事業者等への情報提供】

- ・当施設が利用者等に提供する療養のうち、
 - －他の老健施設、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等との連携
 - －他の医療機関等からの照会への回答
 - －利用者等の療養等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託・その他の業務委託
 - －家族等への療養状況説明
- ・介護保険事務のうち、
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関又は保険者へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・事業所等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
- ・医師賠償責任保険などに係る、医療、介護に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
- ・第3者機関への質向上・安全確保・医療事故対応・未然防止等のための報告
- ・感染管理・安全対策および医療・介護の質向上のため、上尾中央医科グループの病院・施設からの照会があった場合

② 上記以外での利用目的

【当施設での利用】

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究
 - －利用者への満足度調査や業務改善のためのアンケート調査

【学会・医学誌等への発表】

- ・特定の利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化する。匿名化困難な場合は、本人の同意を得る。

【他の事業者等への情報提供を伴う事例】

- ・当施設の管理運営業務のうち、
 - －外部監査機関への情報提供
 - －当該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所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

6. 施設利用に当たっての留意事項

《面会について》

面会日・時間は介護予防通所リハビリテーションご利用時間中であれば可能です。

《外出について》

外出の際には必ず介護予防通所リハビリテーションの職員に届け出てください。

《飲酒・喫煙について》

飲酒・喫煙については、全館内禁止されております。よろしくご協力ください。

《火気の取扱いについて》

火気の取り扱いについて、全館内禁止とされております。よろしくご協力ください。

《設備・備品の利用について》

施設内備品の毀損及び備品を施設外へ無断で持ち出すことを禁止しております。

《所持品・備品等の持ち込みについて》

危険物（火気発生物・鋭利な物）の持込は禁止いたします。その他特別な所持品等の持込についてはその都度ご相談ください。

《金銭・貴重品の管理について》

金銭、高価な貴重品等を施設へ持ち込むことはご遠慮ください。

《宗教活動について》

施設内での布教活動等のご遠慮ください。

《ペットの持ち込みについて》

ペットの館内への持ち込みは禁止します。なお、施設外でのペットとの面会は許可されますが、面会後の利用者衛生管理等の指導についてはお従いください。

《施設内での利用者に係る清潔・整理整頓》

館内での利用者に関わる清潔・衣類などの清潔保持については施設介護に加え、保護者の方々のご協力も必要となります。

《自傷・他害による過失の取り扱いについて》

あらゆる病変による利用者間の自傷・他害による過失事故が生じた場合、当施設としては速やかに医療機関を受診することを優先とする処遇を講じますが、それ以降の民事に関わる調整に関与することはあくまでも客観的な範囲での対応とさせていただきます。（当施設として、未然に予防するためのケアマネジメントを講じたうえでのことです。）

7. 非常災害対策

- ・ 防災設備 自動火災報知設備、防排煙設備、避難器具設備、スプリンクラー、消火器、消火栓（年2回点検）
- ・ 防災訓練 年2回

8. 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。

9. 相談・要望及び苦情等の窓口

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るので、お気軽にご相談ください。要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、窓口に備えつけられた「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。

また、サービス内容に関する苦情は、市及び県におかれる国民健康保険団体連合会でも受け付けており、電話での相談も可能です。

☆サービス相談窓口☆

サービス担当責任者 事務長：佐々木 陽介

担当者 支援相談員：大塚 紋女

電話番号：048-787-8686

(受付時間) 午前9時00分から午後17時00分まで

月曜日から土曜日（祝日・年末年始12/31から1/3を除く）

☆その他の相談窓口☆

管轄市町村

① 上尾市役所 高齢介護課

電話：048-775-6473（直通）

② 桶川市役所 健康福祉部 高齢介護課

電話：048-786-3211（代表）

③ 北本市役所 高齢介護課

電話：048-594-5539（直通）

③ 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係

電話：048-824-2568（苦情相談専用）

10. 第三者評価の実施状況

平成26年1月22日実施

株式会社 フィールズ

11. 営業時間

午前8時30分から午後5時30分まで。なお、ご利用当日急用などでお休みの場合につきましては、午前8時40分までにご連絡ください。

12. 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、ご請求ください。

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人保健施設エルサ上尾についての重要事項の説明を受け、同意致します。

[利用者]

(利用者本人)

住 所

氏 名

印

(利用者の保証人)

住 所

氏 名 (続柄)

印

電話番号

(連帯保証人及び極度額)

住 所

氏 名 (続柄)

印

電話番号

極度額 200,000 円

介護老人保健施設（介護予防）通所リハビリテーションサービス提供契約書

（以下、「利用者」という。）と医療法人社団愛友会（以下、「当施設」という。）は、当施設が利用者に対して行うサービスの提供について、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第1条 医療法人社団愛友会（以下「当施設」という。）は、要支援・要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用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できるように、一定期間（介護予防）通所リハビリテーションサービスを提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約書の目的とします。

（適用期間）

第2条 本契約は、利用者が（介護予防）通所リハビリテーションサービス提供契約書を当施設に提出したときから効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は、新たに契約を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、別紙1の改定が行なわれない限り、初回利用時の契約書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとします。

（利用者からの解除）

第3条 利用者及び扶養者は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、本契約に基づく（介護予防）通所リハビリテーションサービス利用を解除・終了することができます。なお、利用者及び扶養者は、当施設・居宅サービス計画作成者に、速やかに連絡するものとします。

（当施設からの解除）

第4条 当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく（介護予防）通所リハビリテーションサービス利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な（介護予防）通所リハビリテーションサービスの提供が困難と判断された場合
- ③ 利用者及び扶養者が、本契約に定める利用料金を1か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合
- ④ 利用者又は扶養者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑤ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設の利用が困難な場合

（記録）

第5条 当施設は、利用者の（介護予防）通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間は保管します。

2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

（身体の拘束等）

第6条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持)

第7条 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。職員の退職後、利用者の利用終了後も同様の取扱いとします。

(個人情報の利用目的)

第8条 当施設はお預かりしている個人情報について、利用目的を明らかにし、その利用目的の範囲を超えて利用いたしません。

(緊急時の対応)

第9条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。又、協力医療機関における診療内容、検査結果等の情報については、当施設においても共用することを承諾していただきます。

- 2 前項のほか、(介護予防)通所リハビリテーションサービス利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第10条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

- 2 施設医師の医学的判断により、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、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- 3 前2項のほか、当施設は利用者の家族等・利用者又は、扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 利用者及び扶養者は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望又は苦情等について申し出ることができ、備付けの用紙、又は、管理者宛ての文書で申し出ることができます。

(賠償責任)

第12条 (介護予防)通所リハビリテーションサービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(事業者との連携)

第13条 施設は、(介護予防)通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、居宅介護支援事業者、介護支援専門員、及び保健医療サービス、並びに介護福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(利用契約に定めのない事項)

第14条 この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に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て定めることとします。

(裁判管轄)

第15条 この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は利用者及び施設は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを合意いたします。

前記のサービス提供に同意したため、本書2通を作成し、利用者、施設が署名捺印の上、1通ずつ保有します。

契 約 日 令和 年 月 日

【事業者】

施設名 医療法人社団愛友会 介護老人保健施設 エルサ上尾
住 所 埼玉県上尾市藤波3丁目265番地1号
代表者 理事長 中村 康彦

印

【利用者】

(利用者本人)

住 所

氏 名

印

(利用者の保証人)

住 所

氏 名 (続柄)

印

電話番号

(連帯保証人及び極度額)

住 所

氏 名 (続柄)

印

電話番号

極度額 200,000 円

【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	

【緊急時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	