

老人保健施設くがのご案内 (令和 6年 9月 1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 老人保健施設くが
- ・開設年月日 平成8年1月24日
- ・所在地 山口県岩国市玖珂町 3813 番地 6
- ・電話番号 0827-82-0500 ・ファックス番号 0827-82-0736
- ・管理者名 河崎 正裕
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (3557280017 号)

(2) 老人保健施設の目的と運営方針

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（介護予防短期入所療養介護）や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）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。

[介護老人保健施設くがの運営方針]

施設サービス計画や通所サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者や通所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することとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指す。又入所者や通所者の意思及人格を尊重し、常に入所者の立場に立った介護を行う。又地域や家庭との結びつきを重視した運営に努め、市町村、居宅介護支援事業者並びに居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を行っていく。

(3) 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）の職員体制

		業務内容
管理者	1名	総括管理、指導
医師	1名以上	利用者の医学的身体管理
看護職	1名以上	日常のケア及び身体管理
介護職員	3名以上	日常のケア
理学療法士	1名以上	リハビリテーション
作業療法士	1名以上	リハビリテーション
言語聴覚士	1名以上	リハビリテーション

(4) 通所定員 29名

2. サービス内容

- ① 通所リハビリテーションサービス計画の立案
- ② 通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画の立案
- ③ 食事
 昼食 11時45分～
- ④ 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。）
- ⑤ 医学的管理・看護・栄養指導
- ⑥ 介護
- ⑦ リハビリテーション
- ⑧ 相談援助サービス
- ⑨ 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）
- ⑩ 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。

3. 通所リハビリテーションの営業日及び営業時間

営業日：月曜日～土曜日（但し、年末12月31日から年始1月3日までを除く）

営業時間：午前8時30分～午後5時30分

サービス提供時間：1単位目	午前9時30分～午後4時40分	17名
2単位目	午前9時30分～午後0時40分	12名
3単位目	午後1時00分～午後4時10分	12名

4. 通常の事業の実施地域を以下の通りとします。

通常の実施地域は岩国市内です。但し、振興山村及び離島地域を除きます。

※岩国市以外からのご利用はご相談ください。

5. 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

名称 岩本医院
住所 山口県岩国市周東町下久原 2480-1

・協力医療機関

名称 岩国医療センター
住所 山口県岩国市愛宕町1丁目 1-1

・協力歯科医療機関

名称 みどり歯科クリニック
住所 山口県岩国市周東町下久原 1147-6

・緊急時の連絡先

なお、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。

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. 事故発生時の対応

- ① サービス提供中に事故が起きた場合には、速やかに家族及び医療機関、市町村、担当の居宅介護支援事業所へ連絡をするものとします。
- ② 施設介護サービスの提供にあたって、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が生じた場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。
但し、利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額、又は賠償の適応になりません。
- ③ 当施設での事故の発生時は、事故の原因解明及び再発防止に努め、事故に備えて、事故防止・事故対応マニュアルを定め記録します。

8. 苦情処理の体制

- ① 当施設への苦情などありましたら、下記の所で対応いたします。

当施設利用相談窓口 (老人保健施設くが)	利用時間 午前9時30分～午後5時30分 利用方法 電話 (0827) 82-0500 FAX (0827) 82-0736 担当者 福永 亮太
山口県国民健康保険団体連合会	住所 〒753-8520 山口市朝田1980番地の7 利用時間 午前8時30分～午後5時15分 利用方法 電話 (083) 995-1010 FAX (083) 934-3665
岩国市 福祉部 福祉政策課	住所 〒740-8585 岩国市今津町一丁目14番地51号(岩国市役所) 利用時間 午前8時30分～午後5時15分 利用方法 電話 (0827) 29-5072 FAX (0827) 21-3337
柳井市健康福祉部高齢者支援課	住所 〒742-8714 柳井市南町1丁目10番2号 利用方法 電話 (0820)23-2111 (内線155～157) FAX (0820)23-4595
山口県福祉サービス運営適正化委員会	住所 〒753-0072 山口市大手町9番6号 利用時間 午前8時30分～17時 利用方法 電話 (083) 924-2837 FAX (083) 924-2793

- ② 当施設では、苦情に対して円滑かつ苦情処理を次のとおりの体制と手順で行います。

- (1) 担当者が苦情を受け付けて処理表に記載します。
- (2) 苦情についての事実確認を行います。
- (3) 苦情処理方法を記載した上で上司の決済をもらいます。
- (4) 苦情処理担当者による改善の協議を行います。
- (5) 苦情処理内容について申出者に報告し、承認・同意を得ます。
- (6) 苦情処理についての成果等を台帳に記録します。

③ 第三者委員の設置

(1) 第三者委員は、理事会で選考して理事長が任命した以下の委員を置きます。

岡村 静代 〒742-0021 柳井市柳井 7146-2 (TEL : 0820-22-5997)

山崎 保彦 〒742-0341 岩国市玖珂町 3851 番地 (TEL:0827-82-2495)

(2) 職務は次のとおりです。

- ア 苦情受付担当者から受付けた苦情内容の報告聴取
- イ 苦情内容を受付けた旨を苦情申出人へ周知
- ウ 利用者からの苦情の直接受け
- エ 苦情申出人への助言
- オ 事業者への助言
- カ 苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの立会い、助言
- キ 苦情解決責任者からの苦情に係る事案の改善状況等の報告聴取
- ク 日常的な状況把握と意見傾聴

9. 個人情報の保護

利用者への説明と納得に基づくサービス提供（インフォーム・コンセント）や個人情報の保護に積極的に取り組んでおり取扱に関して、個人情報の利用目的を定め介護・看護診療情報の提供および個人情報保護に関するお知らせにて説明し利用者同意の上で情報提供を行います。

10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「老人保健施設くが 消防計画・防災マニュアル」に則り対応を行います。 非常災害時により、利用者の生命に危険が及ぶことが予測される場合、臨時休業とすることがあります。			
近隣との協力関係	玖珂町内会と近隣防災を協力し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める老人保健施設くがの消防計画により、3ヶ月に1回程度訓練を実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり
	非難階段	1個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：令和4年6月1日 防火管理者：磯部 泰洋			

11. その他

当施設についての詳細は、パンフレット等を用意してありますので、ご請求ください。

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）について （令和6年6月1日現在）

1. 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等を確認させていただきます。

2. 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）についての概要

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）については、要介護者（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援者）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）計画計画に基づき、当施設を一定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（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（通所リハビリテーション）

介護報酬改正の基づく料金の改正は、それに従うものとし、料金改正通知書の発送を致します。

ご利用者の要介護度及び「介護保険負担割合証」に応じ、サービス利用料金から介護保険給付費額除いた金額（自己負担額）をお支払いください。

(1) 基本料金及び加算料金

[1 時間以上 2 時間未満]

区分	一日当りの利用者負担			単位：円
	1 割	2 割	3 割	
要介護 1	369	738	1107	
要介護 2	398	796	1194	
要介護 3	429	858	1287	
要介護 4	458	916	1374	
要介護 5	491	982	1473	

[2 時間以上 3 時間未満]

区分	一日当りの利用者負担			単位：円
	1 割	2 割	3 割	
要介護 1	383	766	1149	
要介護 2	439	878	1317	
要介護 3	498	996	1494	
要介護 4	555	1110	1665	
要介護 5	612	1224	1836	

[3 時間以上 4 時間未満]

区分	一日当りの利用者負担			単位：円
	1 割	2 割	3 割	
要介護 1	486	972	1458	
要介護 2	565	1130	1695	
要介護 3	643	1286	1929	

要介護 4	743	1486	2229
要介護 5	842	1684	2526

[4 時間以上 5 時間未満]

区分	一日当りの利用者負担			単位：円
	1 割	2 割	3 割	
要介護 1	553	1106	1659	
要介護 2	642	1284	1926	
要介護 3	730	1460	2190	
要介護 4	844	1688	2532	
要介護 5	957	1914	2871	

[5 時間以上 6 時間未満]

区分	一日当りの利用者負担			単位：円
	1 割	2 割	3 割	
要介護 1	622	1244	1866	
要介護 2	738	1476	2214	
要介護 3	852	1704	2556	
要介護 4	987	1974	2961	
要介護 5	1120	2240	3360	

[6 時間以上 7 時間未満]

区分	一日当りの利用者負担			単位：円
	1 割	2 割	3 割	
要介護 1	715	1430	2145	
要介護 2	850	1700	2550	
要介護 3	981	1962	2943	
要介護 4	1137	2274	3411	
要介護 5	1290	2580	3870	

[7 時間以上 8 時間未満]

区分	一日当りの利用者負担			単位：円
	1 割	2 割	3 割	
要介護 1	762	1524	2286	
要介護 2	903	1806	2709	
要介護 3	1046	2092	3138	
要介護 4	1215	2430	3645	
要介護 5	1379	2758	4137	

	利用者負担			単位：円
	1 割	2 割	3 割	
入浴加算 1	40	80	120	1 日 当 り
入浴加算 II	60	120	180	
リハビリテーション提供体制加算				1 回 当 り
3 時間以上 4 時間未満	12	24	36	

4時間以上5時間未満	16	32	48	1回当り
5時間以上6時間未満	20	40	60	1回当り
6時間以上7時間未満	24	48	72	1回当り
7時間以上	28	56	84	1回当り
リハビリテーションマネジメント加算	593	1186	1779	1月当り、開始月から6ヶ月以内
ロ	273	546	819	1月当り、開始月から6ヶ月超
リハビリマネジメント加算に係る医師による説明あり	270	540	810	1月当り
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	220	330	1日当り、退院（所）日又は認定日から起算して3ヶ月以内
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ 週2回を限度	240	480	720	1日当り、退院（所）日又は通所開始日から3ヶ月以内
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	1920	3840	5760	1月当り、退院（所）日又は通所開始日から3ヶ月以内
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1250	2500	3750	1日当り 開始月から6ヶ月以内
退院時共同指導加算	600	1200	1800	1回当り
若年性認知症利用者受入加算	60	120	180	1日当り
口腔機能向上加算Ⅱロ	160	320	480	1回当り
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	40	60	1回当り、6ヶ月に1回
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	10	15	1回当り、6ヶ月に1回
科学的介護推進体制加算	40	80	120	1月当り
サービス提供体制強化加算Ⅰ 区分支給限度基準額の算定対象外	22	44	66	1回当り
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	サービス費（加算含む）×8.6% 区分支給限度基準額の算定対象外			

・送迎を実施しない場合は47円／片道の減算

・区分支給限度額を超えたサービスに係る基本サービス費及び加算サービス費については、利用者の10割負担となります。

(2) その他の料金

① 食費 575円

② 喫茶 コーヒー 100円・ Sアイス 50円・ Wアイス 100円・ ココア 100円
しょうが湯 100円・ おしるこ 100円

③ 要介護認定の結果、自立と判断された場合や介護認定切れなどで介護認定がない場合の費用負担は以下とします。

全額自己負担金： 利用料 要介護1の基本サービス費と同額
食事代 575円

④おやつ代 55円（1日1回）

選択制で、ご希望者に提供します。

(3) 支払い方法

・毎月10日までに前月分の請求書を発行しますのでその月の25日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。

・お支払い方法は原則として現金、銀行振込の2方法があります。又他の方法のご希望の方は、事務所

にご相談下さい。

4. 利用料金（介護予防通所リハビリテーション）

介護報酬改正に基づく料金の改正は、それに従うものとし、料金改正通知書の発送を致します。

ご利用者の要介護度及び「介護保険負担割合証」に応じ、サービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。

(1) 介護予防通所リハビリテーションの利用料金

①基本サービス費

区分	一月当りの利用者負担			単位：円
	1割	2割	3割	
要支援1	2268	4536	6804	
要支援2	4228	8456	12684	

②加算サービス費

	利用者負担			単位：円			
	1割	2割	3割				
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	40	60	1回当り（6か月に1回）			
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	10	15	1回当り（6か月に1回）			
口腔機能向上加算Ⅱ	160	320	480	1月当り			
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562	1124	1686	1月当り			
若年性認知症利用者受入加算	240	480	720	1月当り			
退院時共同指導加算	600	1200	1800	1回当り			
科学的介護推進体制加算	40	80	120	1月当り			
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1月当り、区分支給限度基準額の算定対象外						
要支援1					88	176	264
要支援2					176	352	528
長期（12か月超過）利用減算	1月当り、利用を開始した日の属する月から起算						
要支援1					120	240	360
要支援2					240	480	720
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	サービス費（加算含む）×8.6% 区分支給限度基準額の算定対象外						

区分支給限度額を超えたサービスに係る基本サービス費及び加算サービス費については、利用者の10割負担となります。

(2) 前記(1)の料金・費用は、次の通りお払い下さい。

① 通所介護予防サービスの利用料金は月額制とします。月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下の各号に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

ア 月途中で要介護から要支援に変更となった場合

イ 月途中で要支援から要介護に変更となった場合

ウ 同一保険者内での転居等により事業所を変更した場合

エ 介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防短期入所生活

介護、介護予防短期入所療養介護の利用者が、これらのサービスを利用しない日に月額報酬サービス（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション）を利用した場合

- ② 途中で要支援度が変更になった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

(3) その他の料金

- ① 食費 575 円（令和 3 年 8 月 1 日以降）
- ② 喫茶 コーヒー 100 円 Sアイス 50 円 Wアイス 100 円 ココア 100 円
しょうが湯 100 円 おしるこ 100 円
- ③ 要介護認定の結果、自立と判定された場合や介護認定切れなどで介護認定がない場合の費用負担は以下とします。

全額自己負担金：	利用料	要介護 1 の基本サービス費と同額
	食事代	575 円

- ④ おやつ代 55 円（1 日 1 回）
選択制で、ご希望者に提供します。

(4) 支払い方法

- ・毎月 10 日までに前月分の請求書を発行しますのでその月の 25 日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。
- ・お支払い方法は原則として口座振替です。現金、銀行振込につきましては、事務所にご相談下さい。

個人情報の利用目的 (令和 2 年 4 月 1 日現在)

介護老人保健施設くがでは、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
 - 入退所等の管理
 - 会計・経理
 - 事故等の報告
 - 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
 - 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
 - 利用者の診療等に当たり、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
 - 家族等への心身の状況説明
- ・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
- ・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】

[当施設の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
 - 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

[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
 - 外部監査機関への情報提供