

<別紙 1 >

介護老人保健施設セントラル堀田のご案内
(令和 7 年 12 月 1 日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 医療法人幸世会 介護老人保健施設セントラル堀田
- ・開設年月日 平成 1 8 年 1 1 月 1 3 日
- ・所在地 愛知県名古屋市長久区田光町一丁目 4 番地
- ・電話番号 052-884-0555 ・ファックス番号 052-884-0557
- ・代表者名 理事長 西本 幸弘
- ・管理者名 施設長 西本 潤子
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (2350880015 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、(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)、訪問リハビリテーション(介護予防訪問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。

[介護老人保健施設セントラル堀田の運営方針]

- ① 利用される方の本来の能力を發揮できるように一人一人の個性を尊重し、在宅復帰・在宅生活維持を目指し、精神と身体のケアを行っていく。
- ② 地域に根ざし、地域社会と連携をとり、地域に貢献する。
- ③ 職員は、提供するサービスの質の向上のため常に努力する。

(3) 施設の職員体制

令和 7 年 1 2 月現在

	常 勤	非常勤	夜 間	業務内容
・医 師	1	1		
・看護職員	1	6	4	
・薬剤師		1		
・介護職員	30	2		
・支援相談員	3			
・理学療法士	3	5		
・作業療法士	1	2		
・言語聴覚士		1		
・管理栄養士	1			
・介護支援専門員	3			
・事務職員	2			
・その他				

- (4) 入所定員等 ・定員 95名
- (5) 通所定員等 ・定員 35名
- (6) 訪問リハビリテーション ・12名

2. サービス内容

提供日 月 火 水 木 金 土 *日曜、年末年始(12/29~1/3)は休業日
提供時間 午前9時00分~午後5時00分
訪問区域 瑞穂区、熱田区、南区、昭和区
上記範囲外は交通費を実費徴収させていただきます。

3. 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 医療法人幸世会 西本病院
 - ・住所 名古屋市瑞穂区新開町24-38
 - ・名称 医療法人幸世会 ネフロクリニック
 - ・住所 名古屋市瑞穂区鍵田町2-20
- ・協力歯科医療機関
 - ・名称 廣中歯科
 - ・住所 名古屋市瑞穂区中根町1-35-2

◇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。

4. 禁止事項

当施設訪問リハビリテーションサービスでは、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。

5. 要望及び苦情等の相談

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、お気軽にご相談ください。(電話 052-884-0555)

また、下記にも苦情や相談等を申し立てることができます。

- 愛知県国民健康保険団体連合会 (電話 052-971-4165)
- 名古屋市介護保険課 (電話 052-972-2592)
- 瑞穂区役所福祉課介護保険係 (電話 052-852-9398)

6. 災害発生時

豪雨・暴風(警報発令時)・道路事情などにより訪問のための移動が困難であると判断した場合、その日の訪問リハビリテーションはお休みまたは振替させていただく場合があります。なお、訪問が困難であると判断した時点でご連絡させていただきます。

7. 理学療法士等の休暇処置

サービス提供を実施する理学療法士等が突然に有給休暇等にて不在の場合は、原則としてその日のサービス提供は中止をお願いいたします。他の理学療法士等で振替可能な場合、利用者様の希望があれば協議の上、サービスを提供します。

また、事前にサービス提供を実施する理学療法士等が有給休暇や特別休暇が計画されている場合は、相談の上、サービス提供の中止もしくは他の曜日や時間への振替を行うこととします。

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、ご請求ください。

<別紙2>

訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）について
（令和7年12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を確認させていただきます。

2. 訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）についての概要

訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）については、要介護者（介護予防訪問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、訪問リハビリテーション（介護予防訪問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）基本料金

訪問リハビリテーション費

1回（20分）につき	308 単位	自己負担（1割）	334 円
		自己負担（2割）	668 円
		自己負担（3割）	1001 円

介護予防訪問リハビリテーション費

1回（20分）につき	298 単位	自己負担（1割）	323 円
		自己負担（2割）	646 円
		自己負担（3割）	969 円

（2）加算料金

・リハビリテーションマネジメント加算2（介護給付）

1月につき	213 単位	自己負担（1割）	231 円
		自己負担（2割）	462 円
		自己負担（3割）	692 円

・リハビリテーションマネジメント加算3（介護給付）

事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合

270 単位	自己負担（1割）	293 円
	自己負担（2割）	585 円
	自己負担（3割）	878 円

・短期集中リハビリテーション加算（介護給付）

退院・退所日又は新たに要介護認定を受けた日から3月以内

1日につき	200 単位	自己負担（1割）	217 円
		自己負担（2割）	434 円
		自己負担（3割）	650 円

・短期集中リハビリテーション加算（予防給付）

退院・退所日又は新たに要支援認定を受けた日から3月以内

1日につき 200単位	自己負担（1割）	217円
	自己負担（2割）	434円
	自己負担（3割）	650円

・訪問リハビリサービス提供体制加算Ⅰ（予防給付・介護給付）

1回につき6単位

自己負担（1割）	7円
自己負担（2割）	13円
自己負担（3割）	20円

(3) その他の料金

交通費／片道

通常の事業の実施地域を超えて行う訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）に要した旅費（実費）に対する支払いが必要になります。また、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を頂戴いたします。

区分（片道の距離）	交通費
3.5 km未満	600円
3.5 km以上 4.5 km未満	700円
4.5 km以上 5.5 km未満	800円
5.5 km以上 6.5 km未満	900円
6.5 km以上 7.5 km未満	1000円
以下1 km増すごとに100円を加算	
消費税は別途	

(4) 利用料お支払い

毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の月末までにゆうちょ銀行の引き落とし、または現金にてお支払いください。お支払い確認後領収書を発行いたします。

【支払い方法】

- ゆうちょ銀行引き落とし
 現金

<別紙3>

個人情報の利用目的

(令和7年12月1日現在)

介護老人保健施設セントラル堀田では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている利用者様及びご家族様の個人情報について、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

私は、本書面に基づいてセントラル堀田の職員(職名_____氏名_____)
から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

令和_____年_____月_____日

利用者 住所_____

氏名_____

利用者の家族等代表 住所_____

氏名_____

続柄_____

利用者は身体状況等により署名ができないため、利用者本人の
意思により、私が代わって署名を行いました。

注 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。
1部コピーをしてお渡し致します。