

通所リハビリテーション「ウィングラスデイケア」 重要事項説明書

＜令和 年 月 日現在＞

1. 通所リハビリテーション「ウィングラスデイケア」の概要

(1) 施設の名称・所在地等

施設名称	ウィングラスデイケア
開設年月日	平成13年10月15日
所在地	長野県須坂市大字仁礼7番地10
電話番号	026-215-2662
FAX番号	026-215-2030
開設者名	社会福祉法人 グリーンアルム福祉会 (理事長 町田 貴志)
介護保険指定番号	2050780028

(2) 通所リハビリテーション「ウィングラスデイケア」の目的

- ① ウィングラスデイケアは、要支援者・要介護者に対し、医師等の従業者が共同して作成した通所リハビリテーション計画に基づいて、ご利用者の心身の機能の維持回復を図り在宅ケアの支援を目的としています。

(3) 通所リハビリテーション「ウィングラスデイケア」の運営方針

- ① ウィングラスデイケアは、通所リハビリテーション計画に基づくサービスを提供することで自立的生活支援をはかり、地域や家庭との結び付きを強固に保ちながら、市町村等行政機関、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス提供事業者及び保健・医療・福祉サービス提供機関との連携に努めます。
- ② ウィングラスデイケアは、サービス向上の為に、職員の研修や事業所内にて会議を開催して、質の維持・向上に努めます。

(4) 同施設の定員等

通所定員	30名 (要支援者、要介護者の合計)		
営業日	月曜日～金曜日 (1月1日から1月3日 までを除く)	営業時間	8:30～17:15
		サービス提供時間	9:45～16:00

(5) 施設の職員体制

職 種	資 格	常勤	非常勤	業務内容等
管理者	医師	1		所属職員の指揮監督
副管理者				管理者の補佐
理学療法士又は 作業療法士	理学療法士又は 作業療法士	1		医師の指示に基づくリハビリ業務の運営管理（老健と兼務）
介護職員				日常生活上の介護
支援相談員				ご利用者に対する各種支援及び相談。兼務

2. サービス内容

- (1) 通所リハビリテーション計画に基づく適切な日常生活上のお世話や機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）等、ご利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるよう支援すること。

＜具体的な目的＞

- ① 日常生活機能低下の防止と向上
- ② 生活の質の維持・向上
- ③ 寝たきりの防止
- ④ 社会性の維持・向上
- ⑤ 精神状態の維持・向上
- ⑥ その他、利用者の状態の改善

＜具体的な方法＞

- ① 個別リハビリテーション、生活リハビリテーション、集団リハビリテーション等の提供。
- ② 日常生活動作に関する練習。
- ③ 作業。
- ④ 自助具適用と使用練習。
- ⑤ 運動療法。
- ⑥ 物理療法（痛みの治療）。
- ⑦ レクリエーション

＊ 尚、病院や専門施設でのリハビリテーション「治療」とは異なりますので、あらかじめご了承ください。

- (2) 食事の提供

昼食時間 12時00分 ～12時45分

- (3) 入浴の提供

- (4) 相談援助サービス

- (5) ご利用者が選定する特別な食事の提供

- (6) 理美容サービス（原則月1回実施します。）

- (7) 行政手続代行

- (8) その他

3. 利用料

- ・法定代理受領を前提とします。また、制度上の改定等で変更となる場合があります。
- ・介護保険の自己負担額は介護保険負担割合証に記載の割合額となります。
- ・介護保険の自己負担額の把握のため、「介護保険負担割合証」を提出していただきます。
- ・支払った自己負担額が一定額（上限額）を超えたときは、高額介護サービス費によりその超えた分が払い戻されます。高額介護サービス費については市町村にお問い合わせください。

①サービス利用料

単位：円

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用料 (月額)	7,150	8,500	9,810	11,370	12,900
1割自己負担額 (月額)	715	850	981	1,137	1,290
2割自己負担額 (月額)	1,430	1,700	1,962	2,274	2,580
3割自己負担額 (月額)	2,145	2,550	2,943	3,411	3,870

(6時間以上7時間未満の利用の場合)

②その他の加算

加算項目	1割自己負担額	内 容
	2割自己負担額	
	3割自己負担額	
短期集中個別 リハビリテーション 実施加算	110円/日	退院若しくは退所した日、又は認定日から起算して3か月以内の期間は、週2回以上、1回40分以上の個別リハビリテーションを実施します。
	220円/日	
	330円/日	
認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算(I)	240円/日	認知症であると医師が判断し、リハビリテーションによる生活の機能の改善が見込まれると判断された場合、退院若しくは退所した日、又は通所開始日から3か月以内の期間に集中的な個別リハビリテーションを1回20分以上行った場合に、1週に2日を限度として算定します。
	480円/日	
	720円/日	
認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算(II)	1,920円/月	認知症であると医師が判断し、リハビリテーションによる生活の機能の改善が見込まれると判断された場合、退院若しくは退所した日の翌日の属する月、又は開始月から3か月以内の期間に生活機能の向上に資するリハビリテーションを1か月に4回以上実施した場合に算定します。リハビリテーションの頻度、実施場所及び実施時間等が記載された計画書を作成します。
	3,840円/月	
	5,760円/月	

加算項目	1割自己負担額	内 容
	2割自己負担額	
	3割自己負担額	
生活行為向上 リハビリテーション 実施加算	1,250円/月	利用開始日の属する月から6か月以内の場合であつて、かつ - 生活行為の内容の充実を図る為の専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図る為の研修を終了した理学療法士等が配置されている場合。 - 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、リハビリテーションを計画的に行い、有する能力の向上を支援した場合。 - 通所リハビリテーションの実施期間中に通所リハビリテーションの提供を終了した日前一月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告します。 - リハビリテーションマネジメント加算(A)・(B)のいずれかを算定している場合。 - 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価を概ね1か月に1回以上実施いたした場合。 上記のいずれにも適合している場合に算定します。
	2,500円/月	
	3,750円/月	
リハビリテーション 提供体制加算 (6時間以上7時間未満の場合)	24円/日	通所リハビリテーション事業所において、常時、事業所に配置されている理学療法士等の合計数が、事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である場合に算定します。
	48円/日	
	72円/日	
入浴介助加算Ⅰ	40円/日	入浴の見守り及び介助を行った場合に算定します。
	80円/日	
	120円/日	
入浴介助加算Ⅱ	60円/日	入浴介助加算Ⅰの要件を満たし、かつ - 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは介護支援専門員又は福祉用具専門相談員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者が、利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価し、訪問した医師等が介護支援専門員、福祉用具相談員と連携し福祉用具の貸与・購入、住宅改修等の浴室の環境整備に関わる助言を行います。 - 医師等による利用者宅への訪問が困難な場合には、介護職員が居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が評価・助言を行います。 - 理学療法士及び作業療法士又は言語聴覚士が、医師等と連携し、利用者の身体状況や訪問により把握した居宅の浴室環境等を踏まえた個別の入浴計画書を作成します。 - 上記の入浴計画に基づき、個浴又は利用者の居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行います。 上記のいずれにも適合している場合に算定します。
	120円/日	
	180円/日	

加算項目	1割自己負担額		内 容
	2割自己負担額		
	3割自己負担額		
リハビリテーション マネジメント 加算（イ）※	開始月から 6か月以内	開始月から 6か月超	(1)リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、リハビリテーション会議の内容を記録します。 (2)通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士等が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告します。 (3)通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6か月以内の場合に当たっては1か月に1回以上、6か月を超えた場合に当たっては3か月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、見直しします。 (4)理学療法士等が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行います。 (5)理学療法士等が、利用者の居宅を訪問し、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者又は利用者の家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。 (6)医師が、通所リハビリテーションの施設に当たり、理学療法士等に対し、利用者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行います。 (7)（6）における指示を行った医師又は指示を受けた理学療法士等が、指示の内容が（6）の基準に適合するものであると明確に分かるように記録します。 上記のいずれにも適合している場合に、1か月1回を限度に算定します。
	560円／月	240円／月	
	1,120円／月	480円／月	
	1,680円／日	720円／日	
リハビリテーション マネジメント 加算（ロ）※	開始月から 6か月以内	開始月から 6か月超	リハビリテーションマネジメント加算（イ）の要件を満たし、かつ利用者の通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たり情報、その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に、1か月に1回を限度に算定します。
	593円／月	273円／月	
	1,186円／月	546円／月	
	1,779円／月	819円／月	

加算項目	1 割自己負担額		内 容
	2 割自己負担額		
	3 割自己負担額		
リハビリテーション マネジメント 加算（ハ）※	開始月から 6 か月以内	開始月から 6 か月超	リハビリテーションマネジメント加算（ロ） の要件を満たし、かつ ・管理栄養士を1名以上配置している。 ・多職種が共同して栄養アセスメント及び口 腔アセスメントを行っている。 ・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がそ の他の職種と共同して口腔の健康状態を評 価し、口腔の健康状態に係る解決すべき課題 の把握をしている。 ・通所リハビリテーション計画の内容の情報 等や、口腔の健康状態に関する情報及び栄養 状態に関する情報を相互に共有している。 ・共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所 リハビリテーション計画の見直しを行い、見 直した内容を関係職種で情報提供している。 上記のいずれにも適合している場合に、1 か 月に1回を限度に算定します。
	7 9 3 円／月	4 7 3 円／月	
	1, 5 8 6 円 ／月	9 4 6 円／月	
	2, 3 7 9 円 ／月	1, 4 1 9 円 ／月	

※事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合に上記リハビリテーションマネジメント加算に、それぞれ270円／月を負担割に乗じた金額を合算します。

加算項目	1割自己負担額	内 容
	2割自己負担額	
	3割自己負担額	
若年性認知症利用者 受入加算	60円／日	受け入れた利用者ごとの個別の担当者を定めてケアを行った場合に算定します。
	120円／日	
	180円／日	
栄養アセスメント 加算	50円／月	当該事業所の職員として又は他事業所との連携により管理栄養士を1名以上配置している場合に算定します。 利用者ごとに管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の職員が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応いたします。 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たり、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定します。
	100円／月	
	150円／月	
栄養改善加算	200円／回	低栄養状態にある利用者、又はそのおそれがある利用者に対し、栄養ケア計画を作成しこれに基づく適切なサービスや、定期的な評価と計画の見直し等を実施した場合、3か月以内の期間に限り1か月に2回を限度として算定します。 ただし、3か月ごとの栄養状態評価の結果、低栄養状態が改善されず引き続き行う事が必要と認められる場合は引き続き算定します。 当該事業所の職員として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置します。 栄養改善サービスの提供にあたり、必要に応じ居宅を訪問いたします。
	400円／回	
	600円／回	

加算項目		1割自己負担額	内 容	
		2割自己負担額		
		3割自己負担額		
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		20円／回	事業所の従事者が利用開始時及び利用中6か月ごとに、利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、当該情報を担当ケアマネージャーに提供した場合に、6か月に1回を限度に算定します。	
		40円／回		
		60円／回		
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		5円／回	利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当するケアマネージャーに提供している場合に6か月に1回を限度に算定します。	
		10円／回		
		15円／回		
口腔機能向上加算(Ⅰ)	いずれかを算定	150円／回	口腔機能の低下している利用者、又はそのおそれがある利用者に対し、口腔機能改善のための計画を作成しこれに基づく適切なサービスや、定期的な評価と計画の見直し等を実施した場合、3か月以内の期間に限り1か月に2回を限度として算定します。ただし、口腔機能評価の結果、口腔機能が向上せず、引き続き行う事が必要と認められる場合は引き続き算定します。	
		300円／回		
		450円／回		
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160円／回	口腔機能向上加算（Ⅰ）の要件内容を満たし、かつ・口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定します。	
		320円／回		
		480円／回		
重度療養管理加算		100円／日	所要時間1時間以上2時間未満の利用者以外の者であり、要介護3以上であって、別に厚生労働大臣が定める状態である者に対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合に算定します。	
		200円／日		
		300円／日		
中重度者ケア体制加算		20円／日	中重度要介護者を積極的に受け入れ、看護職員又は介護職員を指定基準よりも常勤換算方法で1以上加配している場合であり、前年度又は算定日が属する月の前3か月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であり、指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1以上確保している場合に算定します。	
		40円／日		
		60円／日		
退院時共同指導加算		600円／回	医療機関に入院中の利用者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回の通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回を限度に算定します。	
		1,200円／回		
		1,800円／回		

加算項目		1割自己負担額	内 容
		2割自己負担額	
		3割自己負担額	
移行支援加算		12円／日	(1)通所リハビリテーションの利用により身体機能が向上し、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなど、質の高い通所リハビリテーションを提供する場合に算定します。 (2)評価対象期間にてリハビリテーション終了者のうち、通所介護等を実施した利用者の割合が、100分の3を超えている場合に算定します。 (3)リハビリテーションの利用回転率が（12月÷平均利用延月数）が27％以上である場合に算定します。 (4)リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者のリハビリ計画書を移行先の事業所へ提供いたします。 (5)評価対象期間中にリハビリテーションの提供終了日から起算して14日以降44日以内にリハビリテーション終了者に対して、電話等により通所介護等の実施状況を確認し記録をした場合に算定します。
		24円／日	
		36円／日	
科学的介護推進体制加算		40円／月	①入所者・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出いたします。 ②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他のサービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合に算定します。
		80円／月	
		120円／月	
同一建物減算		－94円／日	事業所と同一建物に居住する利用者に、サービスを行った場合に適用されます。
		－188円／日	
		－282円／日	
送迎減算		－47円／回	事業所が送迎を行わない場合に、片道につき適用されます。
		－94円／回	
		－141円／回	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	いずれかを算定	22円／日	①介護職員の総数のうち、介護福祉士70％以上 ②勤続10年以上介護福祉士25％以上 ①、②のいずれかに該当の場合算定します。
		44円／日	
		66円／日	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		18円／日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が50％以上の場合に算定します。
		36円／日	
		54円／日	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		6円／日	①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が40％以上 ②勤続7年以上介護福祉士30％以上 ①、②のいずれかに該当の場合算定します。
		12円／日	
		18円／日	

加算項目		負担額	内 容
中山間地に居住する者へのサービス提供加算		合計単位に 5%を加算	事業の実施地域を超えて厚生労働省の定める地域に居住する利用者へサービスを提供する場合に算定します。
業務継続計画未実施減算		所定単位数の 100分の 1 の単位数を減算	感染症や自然災害の発生時にサービス提供を継続的に実施するための業務継続計画の策定、それに従った必要な措置を講じていない場合適用されます。
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数の 100分の 1 の単位数を減算	虐待の発生またはその再発防止の措置（指針の整備・研修の実施・担当者の設置）が講じられていない場合に適用されます。
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	いずれかを算定	（基本サービス料自己負担額＋加算分自己負担額） × 11.1%	介護職員等の賃金を改善する計画を策定し、適切な処置を講じた場合に算定します。
介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ）		（基本サービス料自己負担額＋加算分自己負担額） × 10.8%	

③その他の費用

食費	金額（日額）	
	560円(～R8.7) 660円(R8.8～)	
特別な食事	要した費用の額	
おむつ代	実 費	
日常生活品費	おしぼり、歯ブラシ等	実 費
行事・クラブ活動費	行事・クラブ活動費は参加状況に応じ、そこにかかる材料費等を実費にて負担していただくこととなります。	
リハビリ材料費	実 費	
理美容代	業者にお支払いただくことになります。	2,200円
口座振替手数料	口座振替を依頼された場合に、手数料を実費でいただきます。	
交通費	①通常の業務範囲以外に要した交通費は、その実費をいただきます。 ②自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を超えて1kmごとに110円いただきます。	
キャンセル料	急激な体調の変化、災害等、やむを得ない場合は無料です。 上記以外で、利用日前日の午後5：00までにご連絡がない場合は、当日、食事代分の実費560円(～R8.7) 660円(R8.8～)を請求させていただきます。	

上記以外に掛かる費用については説明の上、同意を得て徴収する場合があります。

※医療について

施設の医師で対応できる医療・看護につきましては、介護保険給付サービスに含まれております。しかし、当施設で対応できない処置や手術、病状の著しい変化に対する医療につきましては、他の医療機関への入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくこととなります。

4. 業務・送迎の範囲

通常の業務範囲	須坂市、小布施町、高山村、長野市若穂地区
送迎の範囲	居宅の玄関からグリーンアルム複合施設間です。(それ以外の場合はご相談下さい。協議の上対応致します。)

5. 施設利用に当たっての留意事項

面会	概ね10:00～16:00の間とします。 なお、ご面会の際は、面会簿に記帳をお願いします。
飲酒・喫煙	ご利用時間内での飲酒・喫煙はできません。
火気の取扱い	職員の指示に従ってください。
所持品の持ち込み	職員の指示に従ってください。
金銭・貴重品の管理	金銭は最小限にしてください。貴重品は、原則持込みしないでください。
営利行為	できません。
宗教活動	できません。
特定の政治活動	できません。
ペットの持ち込み	できません。
ハラスメント	利用者及びその家族は、施設職員、他の利用者等に対して、以下の行為を行なわないでください。 ①暴言、脅迫、威嚇、侮辱、その他人格を否定するような言動 ②不当な要求、強要、その他業務を妨害する行為 ③プライバシーの侵害、セクシュアルハラスメント（必要もなく手や腕をさわるなどの行為を含む） ④その他法令または公序良俗に反する行為

6. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、屋内消火栓3ヶ所、消火器5ヶ所配備しています。
- ・防災訓練 年2回実施しますので、ご協力ください。
- ・防火管理者 宮下 和義

7. 事故発生時の対応

ご利用者に事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご利用者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置をとらせて頂きます。

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって万が一事故が発生し、ご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかにご利用者に対して損害を賠償します。ただし、事業者が故意、過失がない場合にはこの限りではありません。

健康上の理由による中止及び緊急時の対応について

- ・発熱、風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ・当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更や、中止することがあります。
- ・サービスの中止の場合は、ご家族等に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師に連絡を取る等の必要な措置を講じます。

8. 第三者による評価の実施状況

福祉サービス第三者評価の受審状況は次のとおりです。

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
第三者評価機関名	
評価結果の開示状況	

9. 要望及び苦情の相談

施設利用に関する要望・苦情又は介護・療養に関する相談等は、支援相談員にお申し出ください。

グリーンアルム福祉会	TEL 026-215-2662 (代表) 受付時間 9:00～17:30 毎日
------------	---

なお、玄関ホールに「ご意見箱」も設置していますので、ご活用ください。
また、下記の窓口でも苦情相談等を受け付けています。

苦 情 相 談 窓 口	電 話 番 号	受 付 時 間
須坂市 高齢者福祉課	(026) 248-9020	
小布施町 健康福祉課福祉係	(026) 214-9108	
高山村 村民生活課福祉係	(026) 242-1201	
長野市高齢者活躍支援課介護施設係	(026) 224-5094	
長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	(026) 238-1580	9:00～17:00 (土・日・休日は除く)

以 上

通所リハビリテーション「ウィングラスデイケア」の利用にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人グリーンアルム福祉会

所在地 長野県須坂市大字仁礼7番地10

名 称 通所リハビリテーション「ウィングラスデイケア」
管 理 者 田 幸 健司

説明者 職 名 支援相談員

氏名

私は、契約書および本書面により、事業者から通所リハビリテーション「ウィングラスデ
イケア」についての重要事項の説明を受け、同意致しました。

令和 年 月 日

ご利用者 住所

氏名

署名代行者 (続柄:)

氏名

代理人 住所

氏名

身元引受人 住所

氏名