

## 介護老人保健施設ふれあいの百合 重要事項説明書

《 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 》

### 1. 施設の概要

- ・ 施設名 介護老人保健施設 ふれあいの百合
- ・ 経営母体 医療法人社団 康心会
- ・ 開設年月日 平成 30 年 4 月 1 日
- ・ 所在地 〒253-0061 神奈川県茅ヶ崎市南湖 1 丁目 6 番 14 号
- ・ 施設長 望月 正武
- ・ 事業所番号 神奈川県 1 4 5 2 4 8 0 0 5 1 号
- ・ 営業日 月曜日 ~ 金曜日 / サービス提供時間 9 : 5 5 ~ 1 6 : 0 0

### 2. 職員体制

職 種	人 員
管理者（医師）	1.0 人
介護職員	6.0 人 以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	2.0 人 以上

### 3. 利用定員

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定員 30 名

### 4. 利用料金

- (1) 利用料 (利用者 1 割) ・ (利用者 2 割の場合は 基本額、加算額が 2 倍となります。)  
(利用者 3 割の場合は 基本額、加算額が 3 倍となります。)

#### 1) 通所リハビリテーション利用料

##### ア 基本額（通常規模）

介護度	保険点数/単位	備考
要介護 1	715 単位/回	
要介護 2	850 単位/回	
要介護 3	981 単位/回	
要介護 4	1,137 単位/回	
要介護 5	1,290 単位/回	

##### イ 加算額（加算することがあるもの）

加算名	保険点数/単位	備考
リハビリテーション提供体制加算	24 単位/回	
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/日	
入浴介助加算（Ⅱ）	60 単位/日	
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	560 単位/月 240 単位/月	同意日の属する月から 6 ヶ月以内 同意日の属する月から 6 ヶ月超
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	593 単位/月 273 単位/月	同意日の属する月から 6 ヶ月以内 同意日の属する月から 6 ヶ月超
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	793 単位/月 473 単位/月	同意日の属する月から 6 ヶ月以内 同意日の属する月から 6 ヶ月超
リハビリテーションマネジメント加算（イ）（ロ）（ハ）	+270 単位/月	医師が利用者またはその家族に説明した場合 （イ）（ロ）（ハ）に加えて加算できる
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位/日	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加算イ（Ⅰ）	240 単位/日	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加算ロ（Ⅱ）	1,920 単位/月	認定日から起算して3ヶ月以内
栄養アセスメント加算	50 単位/月	
栄養改善加算	200 単位/回	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 単位/回	3ヶ月以内・月2回を限度とする
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155 単位/回	原則3ヶ月以内・月2回 リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していること
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160 単位/回	原則3ヶ月以内・月2回 リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していないこと
事業所が送迎を行わない場合	-47 単位/片道	片道につき減算
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 単位/回	6月に1回を限度とする
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 単位/回	6月に1回を限度とする
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	
移行支援加算	12 単位/日	
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定数以上生じている場合の加算		所定単位数の3%を加算
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位/回	1. 介護福祉士 70%以上 2. 勤続10年以上介護福祉士 25%以上
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位/回	介護福祉士 50%以上
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位/回	1. 介護福祉士 70%以上 2. 勤続7年以上 30%以上 いずれかに該当
退院時共同指導加算	600 単位	
介護職員処遇改善加算 （Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳのいずれか1つのみを加算します） *厚生労働大臣基準の項目	（Ⅰ）（基本料金+加算料金）×8.6%	
	（Ⅱ）上記（Ⅰ）×8.3%	
	（Ⅲ）上記（Ⅰ）×6.6%	
	（Ⅳ）上記（Ⅰ）×5.3%	
計	（ア + イ）× 地域加算(10.55)を乗じた合計額の 10%	

\*1 認知症短期集中リハビリテーション加算：以下の基準に適合、所定単位数に加算します

- ア) 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ） 認知症であると医師が判断した利用者に対し退所（退院）日又は通所開始日から起算して3ヶ月以内に行われリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している事  
イ) 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ） 認知症であると医師が判断した利用者に対し退所（退院）日又は通所開始日から起算して3ヶ月以内に行われリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定している事

\*2 サービス提供体制強化加算は（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）いずれか1つのみを加算します

\*3 介護職員処遇改善加算は（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅳ）いずれか1つのみを加算します

2) 介護予防通所リハビリテーション利用料

ア 基本額

介護度	保険点数/単位	備考
要支援 1	2,268 単位/月	6~7 時間未満
要支援 2	4,228 単位/月	6~7 時間未満

\* 利用開始月から 12 月超の利用の場合、1 月あたり単位減算あり（備考参照）

イ 加算額（加算することがあるもの）

加算名	保険点数/単位	備考	
栄養改善加算	200 単位/月		
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 単位/回		
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 単位/回	6 月に 1 回を限度とする	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 単位/月	3 ヶ月以内・月 2 回を限度とする	
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155 単位/回	原則 3 月以内・月 2 回 リハビリテーションマネジメント加算（ハ） を算定していること	
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160 単位/回	原則 3 月以内・月 2 回 リハビリテーションマネジメント加算（ハ） を算定していないこと	
一体的サービス提供加算	480 単位/月	栄養・口腔 月 2 回以上実施	
科学的介護推進体制加算	40 単位/月		
利用開始した日の属する月から 12 月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合	要支援 1 120 単位減算	以下の要件を満たさない場合に減算 ・3 月に 1 回以上、リハビリ会議の実施と計画の見直し ・計画書を厚労省へ提出	
	要支援 2 240 単位減算		
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援 1	88 単位/月	1. 介護福祉士 70%以上 2. 勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上
	要支援 2	176 単位/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援 1	72 単位/月	介護福祉士 50%以上
	要支援 2	144 単位/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要支援 1	24 単位/月	1. 介護福祉士 70%以上 2. 勤続 7 年以上 30%以上 いずれかに該当
	要支援 2	48 単位/月	
介護職員処遇改善加算 （Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳのいずれか 1 つのみを加算します） * 厚生労働大臣基準の項目	（Ⅰ）（基本料金+加算料金）×8.6%		
	（Ⅱ）上記（Ⅰ）×8.3%		
	（Ⅲ）上記（Ⅰ）×6.6%		
	（Ⅳ）上記（Ⅰ）×5.3%		
計	（ア + イ）× 地域加算(10.55)を乗じた合計額の 10%		

\*1 サービス提供体制強化加算は（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）いずれか 1 つのみを加算します

\*2 介護職員処遇改善加算は（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅳ）いずれか 1 つのみを加算します

(2) 食事代

昼食費として 713 円（当日欠席の場合は、キャンセル料 713 円が発生致します。おやつ代含む）

(3) その他の費用（利用者 10 割負担分）利用者の希望により提供した場合

（ア）日用品費	110 円/日	下記セットの 1 日分 （歯ブラシ又はスポンジブラシ・歯磨き粉又は洗口液・ 入れ歯洗浄剤・ティッシュペーパー・保湿クリーム・綿棒）
（イ）単品		※入浴用石けん及びシャンプー（リンス）は施設利用料に含まれております。
・歯ブラシ	165 円/本	
・スポンジブラシ	55 円/本	
・歯磨き粉	330 円/本	

・洗口液	550 円／本	
・入歯洗浄剤	550 円／箱	
・ティッシュペーパー	110 円／箱	
・綿棒	88 円／袋	
・保湿クリーム	275 円／本	
(ウ) 私物洗濯代	402 円／回	希望される場合
(エ) おむつ代	実費	はくパンツ 235 円/枚 ケアパット 85 円/枚

(4) その他の費用以外の費用（利用者 10 割負担分）利用者の希望により提供した場合

タオルリース代	107 円/日	* サービス中に使用するものは対象外
特別行事費	実費	特別行事に参加されたご家族について

《概算料金》

介護度 \_\_\_\_\_ 週のご利用回数（ひと月合計） \_\_\_\_\_ 回（ \_\_\_\_\_ ）

基本額・各種加算・その他費用等の合計 \_\_\_\_\_ 概算利用料金 \_\_\_\_\_ 円

上記の料金は、あくまで目安となります。詳細は請求書をご確認下さい

5. サービス内容

- ①送 迎 送迎車両にてご自宅の前まで送迎（主な送迎エリア：茅ヶ崎市）
- ②食 事 昼食 12：00～12：30
- ③介 護 着脱、排泄、入浴、移動等
- ④入 浴 サービス計画に沿って実施（希望者のみ）
- ⑤機能訓練 プログラムを作成し、リハビリ専門スタッフによる集団訓練や個別訓練を実施します
- ⑥個別リハビリ 利用者個別のプログラムを作成し、専門職員によるリハビリテーション
- ⑦そ の 他 レクリエーション、行事等 当施設全体の行事やレクリエーションに参加

	曜日	時間帯	内容
1	月曜日	8：30～17：30 内 サービス提供時間は6時間以上7時間未満です 他時間帯もあり	送迎（ご希望者のみ） 入浴（ご希望者のみ） 昼食 機能訓練（レクリエーション含む） おやつ
2	火曜日		
3	水曜日		
4	木曜日		
5	金曜日		

6. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力いただいております。老人基本健診などこちらで受診することができます。

- ① 名 称 医療法人社団康心会湘南東部総合病院（医科・歯科）  
住 所 茅ヶ崎市西久保500番地  
電話番号 0467-83-9111（代表）
- ② 名 称 医療法人社団康心会茅ヶ崎中央病院（医科）  
住 所 茅ヶ崎市茅ヶ崎2丁目2番3号  
電話番号 0467-86-6530（代表）

7. 通所リハビリテーション・予防介護通所リハビリテーションご利用にあたっての留意事項

- ・ 飲酒・喫煙  
当施設では、飲酒・喫煙は一切認めておりません。
- ・ 金銭・貴重品の管理  
利用者様には、大金・貴重品・装飾品は持たせないようにしてください。  
（紛失等のトラブルがあっても当施設は責任を負いかねます。ご了承下さい）
- ・ 所持品・備品等の持ち込み  
必ず持ち物全てに利用者様のものとわかるように名前を記入いただくか、名前シールをお貼りください。

## 8. ご利用時にお持ちいただくもの

- ① 連絡ノート（ご利用時にお渡しします）  
連絡ノートに関しましては、利用日までのご利用者の様子、気になること等がございましたら、ご記入をお願いします。ご利用時ごとに当施設よりご利用当日のご利用者の様子等を連絡帳に記入いたします。また、その内容をご確認の上、確認印を押してください。
- ② 上履き
- ③ お薬（お昼に飲む分）
- ④ 入浴される方のみ  
着替えおよび着替えを入れるビニール袋をご持参ください。
- ⑤ おむつ利用者の方  
おむつ及びケアパット等必要とされる枚数をご自宅からご持参ください。不足したときは、当施設のものを使用させていただきます。また、その費用については、ご利用料金とともに請求いたします。  
料金については、上記その他の費用をご参照ください。
- ⑥ ご利用当日と月初めには健康手帳・介護保険証・各種保険証類をお持ちください。

## 9. 禁止事項

- ・当施設では、多くの方に安心して療養生活をおくっていただくために、利用者様やご家族様の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止とします。
- ・ペットの持ち込み
- ・衛生管理上、施設内に犬・猫などのペットを持ち込むことは禁止とします。
- ・他の利用者の療養生活や職員の業務の妨げになるような言動や施設規則に反するような行為は禁止とします。

## 10. 施設内事故

当施設内で事故等があった場合は、即時の対応およびご家族様へ連絡するとともに、茅ヶ崎市及び利用者様の管轄する市町村への届け出を致します。

## 11. 非常災害対策

- ・防災設備 火災報知器、スプリンクラー、屋内消火栓、消火器  
非常用通報装置、非常灯、非常飲食料
- ・設備点検 業者による定期点検（年2回）  
総務職員による巡回点検（毎日）
- ・避難通路 施設内、2方向階段
- ・防災訓練 年2回実施（春・秋）
- ・防災計画 届出済み（茅ヶ崎市消防本部）

## 12. 従業員の研修について

介護保険法に定められている必須の研修及び施設で必要とする研修会を実施し能力向上を致します。

## 13. 秘密保持について

ご利用者様の個人情報の保護に関して遵守致します。在職中は勿論、退職後においても職務上知りえた個人情報は漏えいいたしません。

## 14. 相談窓口、苦情対応

①当施設のサービスに関する相談や苦情については、下記の窓口で対応致します。

ご利用者様相談窓口	<b>支援相談員</b> 電話番号：0467-84-6501 FAX番号：0467-84-6502 対応時間：9:00～17:00
苦情対応窓口	<b>施設介護支援専門員</b> 電話番号：0467-84-6501 FAX番号：0467-84-6502 対応時間：9:00～17:00
施設料金に関するお問い合わせ	<b>総務課</b> 電話番号：0467-84-6501 FAX番号：0467-84-6502 対応時間：9:00～17:00

②公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

市町村介護保険相談窓口	名称 茅ヶ崎市役所 高齢福祉介護課 所在地 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1 電話番号 0467-82-1111 FAX番号 0467-82-1435
	名称 寒川町役場 高齢介護課 所在地 高座郡寒川町宮山165 電話番号 0467-74-1111 FAX番号 0467-74-9141
	名称 藤沢市役所 介護保険課 所在地 藤沢市朝日町1-1 電話番号 0466-50-3527 FAX番号 0466-50-8443
その他公的機関	名称 神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連） 所在地 横浜市西区楠町27-1 電話番号 045-329-3447（苦情専用） 利用時間 8：30～17：15（土日祝年末年始除く）

15. その他

- ・ 施設職員へのお心づくしはご遠慮させていただきます。
- ・ ご意見・ご希望などがございましたら、受付横に設置してある「ご意見箱」をご利用ください。より良い施設運営に努める為に検討させていただきます。

《説明確認欄》

サービス契約の締結にあたり、上記の重要事項を説明致しました。

年 月 日

事業者名 介護老人保健施設ふれあいの百合

説明者 \_\_\_\_\_ 印

サービス契約の締結にあたり、上記の通り説明を受け同意し交付を受けました。

年 月 日

利用者 \_\_\_\_\_ 印

代筆者 \_\_\_\_\_ 印

〒253-0061 茅ヶ崎市南湖1丁目6番14号  
医療法人社団 康心会  
介護老人保健施設 ふれあいの百合  
電話 0467-84-6501(代)  
FAX 0467-84-6502