

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)

〈令和6年12月1日現在〉

1 法人の概要

| | |
|---------|---|
| 名称・法人種別 | 医療法人社団 佑樹会 |
| 代表者名 | 理事長 福地 佑樹 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 東京都昭島市中神町1345番1 (電話) 042-549-0707 (FAX) 042-549-1231 |

2 事業所（ご利用施設）

| | |
|---------|--|
| 事業所名 | 医療法人社団 佑樹会 介護老人保健施設 めぐみの里 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 神奈川県秦野市渋沢1296番地の1 (直通) 0463-89-2227・0463-43-7701 (代表) 0463-89-2225 (FAX) 0463-89-2226 |
| 事業所番号 | 1452880045 (介護老人保健施設) |
| 管理者 | 管理者 岸 達雄 |
| サービスの種類 | 施設サービス・短期入所療養介護(介護予防含む) 通所リハビリテーション (介護予防含む) |

3 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

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等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）、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。

(2) 運営方針

介護老人保健施設めぐみの里では、法人の基本理念である「希望と生きがいのある医療福祉の創造」に基づき、利用者と家族のニーズの把握と地域のあらゆる社会資源の連携強化に努め、利用者が明るい雰囲気の中いきいきとした療養生活を送る事ができる施設を目指します。

また、高齢者ケアを担う中核施設として、多職種の連携を図った利用者への総合的ケアを提供し、利用者の生活復帰を目指します。

4 施設の概要

(1) 構造等

| | | |
|----|------------------|--|
| | 敷地 | 5 4 3 1 . 9 6 m ² |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造 地上3階建 |
| | 延べ床面積 | 5 8 0 2 . 6 3 m ² |
| | 入所定員 | 1 4 8 名 |
| | 通所定員 | 1 1 0 名 |
| | 通所リハビリテーション専用の部屋 | 機能訓練室 (116.31 m ²) 食堂 (232.85 m ²) 談話室 (65.98 m ²) デイルーム (169.76 m ²) |

(2) 職員の体制(1単位)

| 従業者の職種 | 配置人数 |
|-------------------|---------|
| 施設長 (医師) | 1 人 |
| 看護職員 (通所) | 1 人以上 |
| 介護職員 (通所) | 1 8 人以上 |
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 5 人以上 |
| 管理栄養士 | 1 人以上 |

職員の体制(2単位)

| 従業者の職種 | 配置人数 |
|-------------------|-------|
| 施設長 (医師) | 1 人 |
| 看護職員 (通所) | 1 人以上 |
| 介護職員 (通所) | 8 人以上 |
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 3 人以上 |
| 管理栄養士 | 1 人以上 |

(3) 事業の実施地域

| | |
|---------|-------------------------------------|
| 事業の実施地域 | 秦野市、大井町、松田町、中井町、開成町、伊勢原市 平塚市、二宮町 |
|---------|-------------------------------------|

(4) 営業日

| 営業日 | 営業時間 | サービス提供時間 |
|---------|-----------------------|------------|
| 月曜日～土曜日 | 9:00～17:30 | 9:00～16:10 |
| 営業しない日 | 日曜日、年末年始(12月31日～1月3日) | |

5 通所リハビリテーションサービスの内容

| 種類 | 内容 |
|-------------|--|
| 通所サービス計画の作成 | 当施設のサービスは居宅介護支援事業所(地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕)の担当ケアマネジャーが作成した支援計画に基づき当施設で通所サービス計画を作成します。 |
| 相談及び援助 | 利用者及びその家族、契約者からのご相談に応じます。 |
| 健康管理 | サービス提供の開始時には、健康チェックを行います。食事前後の飲み薬・点眼液及び褥瘡・皮膚病等に使用する塗布薬・ガーゼ等をご持参いただければ、可能な範囲で処置のお手伝いを行います。 |
| リハビリテーション | 医師の指示に基づき、利用者の病状・心身・日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、リハビリテーション実施計画書を作成し実施します。 在宅生活の継続を目標とし、生活リハビリを中心に行います。 |
| 食事 | (食事時間) 昼食 12時00分～ 利用者の状況に応じて管理栄養士の立てた献立表により栄養と身体状況に適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。 食事は利用者の状態を考慮した内容と形態(一口大・きざみ・ペースト状・ソフト食)で対応し、さらに嚥下困難時にはトロミ等工夫していきます。 |
| 入浴 | 一般浴槽のほか座位の取れない方は、機械を用いての入浴も可能です。 |
| 排泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。 |
| 教養娯楽 | 利用者に合わせた趣味、娯楽活動を行います。また、季節、地域性に合わせた行事を行います。 |
| 送迎 | ご自宅玄関から施設までの送迎を行います。車への乗り降りが困難な利用者にはリフト車での送迎も可能です。 |

6 事故発生時の対応

| | |
|----------|---|
| 事故発生時の対応 | <p>事故発生時には、施設医師の医学的判断により、専門的な医療的対応が必要と判断した場合、かかりつけ医療機関等での診療を依頼します。その後の対応等につき、依頼した医療機関の指示に従います。</p> <p>利用者の家族、行政機関等の関係機関に対して速やかに連絡・報告等を行います。又、事故の発生が当施設の責に帰すべき事由の場合、事故賠償責任保険等により対応します。</p> |
|----------|---|

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1)

| | |
|-----------------------------|---|
| 介護老人保健施設 めぐみの里 相談苦情受付 | 窓口担当 相談室 ご利用時間 9:00～17:30 ご利用方法 電話(0463-89-2225) 面接(当施設1階 相談室) ご意見箱(当施設各階に設置) |
|-----------------------------|---|

(2)

| | |
|----------|--|
| 秦野市の相談窓口 | 窓口担当 高齢介護課 ご利用時間 8:30～17:00 ご利用方法 電話(0463-82-9616) |
|----------|--|

(3)

| | |
|-------------|----------|
| 利用者居住地の相談窓口 | 各自治体 () |
|-------------|----------|

(4)

| | |
|------------|--|
| 国保連合会の相談窓口 | 窓口担当 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談係 ご利用時間 8:30～17:15 ※土日・祝日・年末年始を除く ご利用方法 電話 (045-329-3447) 住 所 〒220-0003 横浜市西区楠町 27 番 1 |
|------------|--|

8 非常災害時対策

| | |
|------|--|
| 防災設備 | スプリンクラー(各階) 消火器、屋内消火栓(各階) 非常通報装置(各階内) |
| 防災訓練 | 年2回以上 |

9 協力医療機関

(1) 協力医療機関

| 医療機関 | 住所 | 電話番号 |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------|
| 医療法人社団 秦和会 秦野病院 | 神奈川県秦野市三屋 131 番地 | 0 4 6 3 - 7 5 - 0 0 3 2 |
| 神奈川県立足柄上病院 | 足柄上郡松田町松田惣領 866-1 | 0 4 6 3 - 8 3 - 0 3 5 1 |
| 医療法人社団桜樹会 さくらぎ秦野歯科 | 神奈川県秦野市南矢名 1-4-1 フェリーチェ K102 | 0 4 6 3 - 6 9 - 3 1 4 0 |

10 通所リハビリテーション利用にあたっての留意事項

| | |
|------------|---|
| 契約者の役割 | <p>通所リハビリテーションサービスを提供するに当たり、可能な限り当施設に協力していただきます。</p> <p>施設でサービス提供が困難な場合はサービス提供時間終了前に自宅へお戻りいただく場合がございます。そのような場合に、円滑に受け入れていただくよう協力していただきます。また、利用者の状態が急変し他保険医療機関に受診する場合、受診手続等が円滑に進むよう協力していただきます。</p> |
| 食事 | <p>施設利用中の食事は、施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食事は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身状態の維持・改善を目的として栄養管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食べ物の持ち込みは原則禁止させていただきます。</p> |
| 送迎 | <p>予め、当施設で決めさせていただきます。道路事情等により、送迎時間が多少前後したり、変更をお願いすることもあります。ご自宅玄関から施設までの送迎になりますので、途中での乗降はできません。</p> |
| 服装等 | <p>活動しやすい服装でご参加ください。上履きは必要ありません。また、必要のある方は排泄必需品をご持参ください。施設でも用意できますが、別途料金をいただきます。</p> |
| 設備・器具の利用 | <p>施設内の設備、器具をご利用の際は、職員にお申し出ください。ご利用の際は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。</p> |
| 所持品、備品等の持込 | <p>身の回りのものを原則とします。利用者自身で管理している所持品等が紛失・破損等発生した場合、当施設は一切の責任を負いかねます。</p> <p>施設内での携帯電話の使用はお断りしています。</p> |
| 現金、貴重品等の持込 | <p>特別な理由がない限り現金、貴重品等の持ち込みはお断りしています。紛失・破損等が起きたとき等施設は一切の責任を負いかねます。特例の場合は、ご相談させていただきます。</p> |
| 悪天候の場合 | <p>営業日において、前日あるいは当日に悪天候で送迎等支障</p> |

| | |
|-----------|---|
| | をきたすと判断された場合、営業を中止する場合があります。そのようなときは、利用者又は契約者又は担当ケアマネジャーへ連絡します。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内で他の利用者に対する宗教の勧誘及び政治活動はご遠慮ください。 |
| 営利行為 | 禁止いたします。 |
| 飲酒・喫煙 | 施設内または、外出中等サービス提供中の飲酒は禁止いたします。喫煙は職員の指示に従ってください。 |
| 動物飼育 | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。 |

1.1 お休みの連絡

施設利用をお休みする場合は、施設へご連絡お願いいたします。

| | |
|------|--|
| 連絡受付 | <p>受付時間 9:00～18:00 施設へご連絡ください。 電話 (0463-89-2227) (0463-43-7701 東棟)</p> <p>受付時間外のご連絡につきましては、夜勤の施設職員が対応いたします。</p> <p>お休みのご連絡は、なるべく前営業日、営業時間までにお願ひいたします。前営業日18:00を過ぎてからのお休みにはキャンセル料が発生します。</p> |
|------|--|

1.2 利用料の支払方法

(1) 口座振替・自動払込

毎月15日までに、前月分の請求書を発行します。利用料の支払は、ご登録いただいた預貯金口座（登録口座）より、利用月の翌月26日に引き落としとなります（金融機関休業日の場合は、その翌営業日となる場合もあります）。ご入金は、振替・払込の前日迄にお願ひいたします。入金確認後、領収書を発行します。残高不足等で引き落としがでなかった場合は、窓口または、振込みにてお支払いをお願ひいたします。

お振替内容のご照会につきましては、直接施設へお願ひいたします。

なお、登録口座は、利用者名義の年金口座でお願ひいたします。

(2) その他 原則利用料の支払いは、口座振替・自動払込とさせていただきますが、どうしても不都合がある方は、別途ご相談ください。

重要事項説明の確認書

医療法人社団 佑樹会

介護保険サービス提供の開始に際し、介護老人保健施設通所サービス利用における重要事項について説明を行い、下記の通り署名押印し相互に確認する。

介護老人保健施設通所サービス利用における重要事項について、別紙説明書のとおり説明をいたしました。

説明日 令和 年 月 日

医療法人社団佑樹会 介護老人保健施設 めぐみの里

説明者 支援相談員

氏 名 印

上記説明者から介護老人保健施設めぐみの里が提供するサービスについて別紙説明書の交付・説明を受け、その内容について同意いたします。

令和 年 月 日

【利用者】

住 所

電話番号

氏 名 印

【契約者】

住 所

電話番号

氏 名 印

利用者との 関係

【代筆者】

住 所

氏 名 印

理 由

通所リハビリテーション利用料金表 (令和6年6月)

基本利用料 (保険給付負担分 上段1割、中段2割、下段3割 /1日あたり)

地域加算 10.33 円

サービス提供時間 (6~7時間)

| | 事業所規模 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 通所リハビリ | 大規模型 | 698 | 829 | 957 | 1113 | 1265 |
| | | 1395 | 1657 | 1913 | 2225 | 2529 |
| | | 2092 円 | 2486 円 | 2870 円 | 3338 円 | 3793 円 |

別途負担利用料金 (保険外料金)

| 費目 | 金額 | 加算単位 | 内容の説明 |
|--------|-------|-------|--|
| 教養娯楽費 | 実費 | 1回あたり | 材料費等 |
| 食費 | 昼食 | 650 円 | おやつ代は別料金 |
| | おやつ | 100 円 | 午後利用の方はおやつ代のみ |
| おむつ代 | 60 円 | 1枚あたり | 尿とりパット |
| | 180 円 | 1枚あたり | リハビリパンツ |
| | 200 円 | 1枚あたり | テープ止めタイプ |
| 健康管理費※ | 実費 | 1回あたり | インフルエンザ予防接種等の費用 |
| 文書料※ | 実費 | 1部あたり | 診療情報提供書や利用証明書等当施設から発行する文書に対する費用 |
| キャンセル料 | 650 円 | 1回あたり | 利用日の前営業日17:30を過ぎてからの連絡の場合 (前日の17:30以降。月曜日利用の方は、土曜日の17:30以降。) |

※印の費目は消費税の課税対象となります。

加算利用料 (介護保険負担分 上段1割、中段2割、下段3割)

| 費目 | 金額 | 加算単位 | 内容の説明 |
|-----------------------------|-------------------|-------|--|
| 入浴介助加算 (I) | 42 83 124 円 | 1日あたり | 入浴を利用される際に加算されます。 |
| 入浴介助加算 (II) | 62 | 1日あたり | 入浴介助加算 (I)に加えて、医師・理学療法士・作業療法士・介護支援専門員等 (以下、「医師等」という。) が当該利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価する。(ICT機器を活用した状況把握も含め) また、居宅浴室にて入浴介助を行うことが難しい場合は、医師らが介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、浴室の環境整備に係る助言を行い、以上を踏まえた個別の入浴計画を作成し、計画に基づき居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を実施した場合に加算されます。 |
| | 124 | | |
| | 186 円 | | |
| リハビリテーション体制加算 6時間以上7時間未満 | 25 50 75 円 | 1回あたり | 常時、事業所に配置されている理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士の合計数が、事業所の利用者の数が25またはその端数を増すことに1以上である場合に加算されます。 |

| | | | |
|------------------------------|---|----------------------------|---|
| リハビリテーション マネジメント加算 (イ) | 248 | 月1回に限り (6月超) | 当該日の属する月から起算して6月を超えた場合、リハビリテーションの内容や目標を、他職種と共有するためのリハビリテーション会議を3ヶ月に1回開催し、計画を適宜見直し内容の記録を行うこと。理学療法士等がケアマネジャーに対して、リハの観点から有する能力、自立のための支援方法、日常生活の留意点等の情報を提供すること。理学療法士等がご利用者の自宅等を訪問し、ご利用者が利用する他の介護サービスの職員またはご家族に対して、リハの観点から日常生活の留意点、介護のアドバイスを行うこと。医師から理学療法士等に対して、リハの目的とリハ実施に伴う指示があること。以上に関し、記録を残し実施した場合に加算されます。※リハビリテーション計画について、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がご利用者またはそのご家族に説明を行い、同意を得て、その内容等を医師に報告すること。 |
| | 496 | | |
| | 744 円 | | |
| 短期集中個別リハビリ テーション実施加算 | 114 228 341 円 | 1日あたり | 理学療法士等が利用者の退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以内に個別リハビリテーションを集中的に行った場合に加算されます。 |
| 栄養改善加算 | 207 414 620 円 | 1回あたり(3月 以内、月2回を限 度) | 管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養改善計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施し、必要に応じて居室を訪問した場合に加算されます。 |
| 中重度者ケア体制加算 | 21 42 62 円 | 1日あたり | 既定の看護又は介護職員数に加え、看護又は介護職員を常勤換算法で1以上確保しており、利用者全体の要介護3、4、5である利用者の占める割合が30%以上で、サービス提供時間帯を通じて専従の看護職員を1名以上配置し、中重度の要介護者を受け入れる場合に加算されます。 |
| 送迎加算(減算) | -49 -97 -146 円 | 片道 | 送迎を行わなかった場合に加算(減算)されません。 |
| 退院時共同指導加算 | 619 1239 1859 円 | 1回あたり | 病院若しくは診療所の主治医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従業者との間で、対象となる利用者が退院する際のカンファレンスに参加をし情報共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して実施し、その内容をリハビリテーション計画書に反映することで算定されます。 |
| サービス提供体制強化 加算(Ⅰ) | 23 46 69 円 | 1日あたり | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上、または勤続10年以上介護福祉士25%以上の場合加算されます。 |
| 介護職員等処遇改善加 算(Ⅰ) | 算定単位数の1000分の86に 相当する単位数 (実際の金額は、利用状況により異なります) | | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施し、都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所で、通所リハビリテーションサービスを行った場合に、左記単位数が所定単位数に加算されます。 |

※上記の金額は1日当たりの金額ですが、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じますのでご了承ください。

介護予防通所リハビリテーション利用料表 (令和6年6月)

基本利用料 (保険給付負担分 上段1割、中段2割、下段3割 /1月あたり)

地域加算 10.33 円

| | 要支援1 | 要支援2 |
|----------|---------|----------|
| 予防通所リハビリ | 2,343 | 4,368 |
| | 4,686 | 8,735 |
| | 7,029 円 | 13,103 円 |

別途負担利用料金 (保険外料金)

| 費目 | 金額 | 加算単位 | 内容の説明 |
|--------|-------|-------|--|
| 教養娯楽費 | 実費 | 1回あたり | 材料費等 |
| 食費 | 650 円 | | おやつ代は別料金 |
| | 100 円 | | 午後利用の方はおやつ代のみ |
| おむつ代 | 60 円 | 1枚あたり | 尿とりパット |
| | 180 円 | 1枚あたり | リハビリパンツ |
| | 200 円 | 1枚あたり | テープ止めタイプ |
| 健康管理費※ | 実費 | 1回あたり | インフルエンザ予防接種等の費用 |
| 文書料※ | 実費 | 1部あたり | 診療情報提供書や利用証明書等当施設から発行する文書に対する費用 |
| キャンセル料 | 650 円 | 1回あたり | 利用日の前営業日17:30を過ぎてからの連絡の場合 (前日の17:30以降。月曜日利用の方は、土曜日の17:30以降。) |

※印の費目は消費税の課税対象となります。

加算利用料 (介護保険負担分 上段1割、中段2割、下段3割)

| 費目 | 金額 | 加算単位 | 内容の説明 |
|------------------------|---|-------|--|
| サービス提供体制強化加算 (I) 要支援1 | 91 | 1月あたり | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上、または勤続10年以上介護福祉士25%以上の場合加算されます。 |
| | 182 | | |
| | 273 円 | | |
| サービス提供体制強化加算 (I) 要支援2 | 182 | 1月あたり | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上、または勤続10年以上介護福祉士25%以上の場合加算されます。 |
| | 364 | | |
| | 546 円 | | |
| サービス提供体制強化加算 (II) 要支援1 | 75 | 1月あたり | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合加算されます。 |
| | 149 | | |
| | 223 円 | | |
| サービス提供体制強化加算 (II) 要支援2 | 149 | 1月あたり | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合加算されます。 |
| | 298 | | |
| | 447 円 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション費減算要支援1 | -124 -248 -372 円 | 1月あたり | 利用開始日の属する月から12月超になる場合は事業所は減算となります。 |
| 介護予防通所リハビリテーション費減算要支援2 | -248 -496 -744 円 | 1月あたり | 利用開始日の属する月から12月超になる場合は事業所は減算となります。 |
| 介護職員等処遇改善加算 (I) | 算定単位数の1000分の86に相当する単位数 (実際の金額は、利用状況により異なります) | | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施し、都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所で、通所リハビリテーションサービスを行った場合に、左記単位数が所定単位数に加算されます。 |

※上記の金額は1日当たりの金額ですが、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じますのでご了承ください。