

介護老人保健施設 ハートケア横浜

通所リハビリテーション 重要事項説明書

1 法人の概要

法人の名称	医療法人社団愛友会		
代表者職氏名	理事長 中村 康彦		
法人の所在地	埼玉県上尾市柏座1丁目10番10号		
電話番号	048-773-1115	FAX番号	048-773-7003
運営する主な他の事業者・サービス内容	名称：上尾中央総合病院 開設日：昭和39年12月1日 病床数：733床（一般584床、回復期リハ53床、小児特定16床、ICU22床、HCU28床、緩和ケア21床、感染症9床）		

2 事業所の概要

事業所名	医療法人社団愛友会 介護老人保健施設 ハートケア横浜		
事業所の所在地	神奈川県横浜市西区高島1丁目4-18		
電話番号	045-440-0722	FAX番号	045-440-0723
介護保険事業所番号	1450380006		
指定年月日	平成15年4月1日		
管理者氏名	高橋 悟		
通常の実施地域	横浜市西区		
併設サービス内容	介護老人保健施設（要介護認定者対象） 介護予防短期入所療養介護／短期入所療養介護 居宅介護支援 介護予防通所リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション／訪問リハビリテーション		

3 事業所の職員体制等

	常勤	常勤兼務	非常勤	非常勤兼務	業務内容
医師		1		3	利用者の病状・心身の状況に応じて日常的な医学的対応を行う。
薬剤師				2	医師の指示に基づき調剤、施設で保管する薬剤管理、利用者に対し服薬指導を行う。
看護職員		1		1	医師の指示に基づき医療行為を行う他、利用者のリハビリテーション計画に基づく看護を行う。
介護職員		9		2	利用者のリハビリテーション計画に基づき、医学的管理における介護を行う。
支援相談員		1			利用者及びその家族からの相談に応じ、通所利用に関する面談・見学対応及び諸手続きの支援を行う。
理学療法士	7				リハビリテーション計画書作成、機能訓練の実施に際し指導を行う。
作業療法士	1				
言語聴覚士		2			

	常 勤	常勤 兼務	非常勤	非常勤 兼務	業務内容
管理栄養士		3			献立の作成・栄養指導・嗜好調査及び残食調査等利用者の食事管理を行う。
事務職員		5		3	事務長の指導監督のもと、総務・医事・経理・送迎業に従事する。

4 営業日、営業時間、サービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日 ※但し 年末年始は休業日 となります。
営業時間	8：30～17：30
(短時間)通所リハビリテーション 提供時間	10：45～12：15 13：45～15：15
(長時間)通所リハビリテーション 提供時間	9：30～16：10

5 通所定員

定員 50名/日(短時間通所リハ・長時間通所リハも含む)

6 利用料金

(1) 通所リハビリテーション基本料金

① 施設利用料【介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分1割(2割)(3割)を記載】

[(短時間通所リハ)1時間以上2時間未満]

・要介護1	402(803)(1,205)円
・要介護2	433(866)(1,299)円
・要介護3	467(934)(1,401)円
・要介護4	499(997)(1,495)円
・要介護5	535(1,069)(1,603)円

[(長時間通所リハ)6時間以上7時間未満]

・要介護1	778(1,556)(2,334)円
・要介護2	925(1,850)(2,775)円
・要介護3	1,068(2,135)(3,202)円
・要介護4	1,237(2,474)(3,711)円
・要介護5	1,404(2,807)(4,211)円

上記料金に以下のサービスをご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます

・リハビリテーション提供体制加算	27円/回(53円/回)(79円/回)
・理学療法士体制強化加算	33円/回(66円/回)(98円/回)
・入浴介助加算Ⅰ	44円/回(87円/回)(131円/回)
・入浴介助加算Ⅱ	66円/回(131円/回)(196円/回)
・リハビリテーションマネジメント加算ロ(6月以内)	646円/月(1,291円/月)(1,936円/月)
・リハビリテーションマネジメント加算ロ(6月超)	297円/月(594円/月)(891円/月)
・リハビリテーションマネジメント加算ハ(6月以内)	863円/月(1,726円/月)(2,589円/月)
・リハビリテーションマネジメント加算ハ(6月超)	515円/月(1,030円/月)(1,544円/月)
・医師がリハビリテーション計画を説明した場合	294円/月(588円/月)(882円/月)
・短期集中個別リハビリテーション実施加算	120円/回(240円/回)(359円/回)

・認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	262 円/回(523 円/回)(784 円/回)
・認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	2,089 円/月(4,178 円/月)(6,267 円/月)
・生活行為向上リハビリテーション加算	1,360 円/月(2,720 円/月)(4,080 円/月)
・若年性認知症受入加算	66 円/回(131 円/回)(196 円/回)
・栄養アセスメント加算	55 円/回(109 円/回)(164 円/回)
・栄養改善加算	218 円/回(436 円/回)(653 円/回)
・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	22 円/6 月(44 円/6 月)(66 円/6 月)
・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6 円/6 月(11 円/6 月)(17 円/6 月)
・口腔機能向上加算Ⅰ	164 円/回(327 円/回)(490 円/回)
・口腔機能向上加算Ⅱイ	169 円/回(338 円/回)(506 円/回)
・口腔機能向上加算Ⅱロ	174 円/回(348 円/回)(522 円/回)
・重度療養管理加算	109 円/回(218 円/回)(327 円/回)
・中重度者ケア体制加算	22 円/回(44 円/回)(66 円/回)
・科学的介護推進体制加算	44 円/月(87 円/月)(131 円/月)
・退院時共同指導加算	653 円/1 回(1,306 円/1 回)(1,959 円/1 回)
・移行支援加算	13 円/回(26 円/回)(39 円/回)
・サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	24 円/回(48 円/回)(72 円/回)
・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位×86/1000×(地域単価)

(2) その他の料金

① 食費 770 円

② その他、利用者が負担することが適当と認められる費用は、別途資料（料金表）をご覧ください。

*1 ヶ月の利用料計算方法 **※一定以上の所得のある方は×0.2または×0.3になります。**

〇〇〇単位 × 【地域単価】 × 0.1(0.2)(0.3) = 【合計金額】

【合計金額】 + 【加算料金 × 加算日数】 + 【保険外サービス料金】 = 【請求金額】

7 支払い方法

「預金口座振替依頼書」に基づき、ご指定の金融機関の預金口座から自動振替の方法によりお支払いいただきます。引落日は毎月 28 日(金融機関等が休日の場合はその翌営業日)。請求書は施設より毎月 13 日前後にご指定のご住所へ発送致しますので、ご確認下さい。領収書は施設より毎月 13 日前後に発送する請求書と一緒に前月領収書を発送致します。

8 従業員の研修

当施設では、職員の資質向上のために研修の機会を次の通りとします。

- ① 採用時研修、採用後 1 ヶ月以内
- ② 継続研修、月 2 回

9 サービス利用の中止

- (1) 利用者がサービス利用日をお休みされる場合には、すみやかに所定の連絡先までご連絡下さい。

連絡先:(直通)045-451-1169 又は (代表)045-440-0722《代表は24時間対応》

- (2) 利用者の都合でサービスをお休みされる場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡下さい。前日又は当日のキャンセルは、食費及び次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承下さい。(ただし、利用者の体調の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)
- (3) キャンセル料は、利用者負担金の支払に合わせてお支払いいただきます。

時 間	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前々日まで	無料	
サービス利用日の前日まで	利用者負担金の 50%	
サービス利用日の当日	利用者負担金の 100%	

10 介護老人保健施設 ハートケア横浜の運営方針

- (1) 当施設では、利用者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、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下における機能訓練、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。
- (2) 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- (3) 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- (4) 当施設では、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- (5) サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- (6) 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインにはかり、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設でのサービスの提供にかかる以外の利用は、原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとします。
- (7) サービス提供にあたり、利用者にとって不適切な方法と判断される行為への対応は行いません。
- (8) サービス提供にあたり、人員配置や業務上の都合等で、利用者又は扶養者からの無理な要求には対応できません。
- (9) サービス提供にあたり、介助時に危険を伴う方法等への要求には対応できません。

1.1 サービス内容

- ① サービス計画の立案（通所リハビリテーション計画書）
- ② 食事（食事は原則として食堂でお取りいただきます）【短時間通所リハには食事はありません】
 昼食 12時00分～ おやつ 15時30分～
- ③ 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。ただし、利用者の状態に応じて、入浴中止や清拭となる場合があります）【短時間通所リハには入浴はありません】
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養管理、栄養ケア・ケアマネジメント等の栄養状態の管理
- ⑨ 利用者が選定する特別な食事の提供【長時間通所リハ】

1.2 施設利用に当たっての留意事項

- ・サービス利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がり頂きます。食費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の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容の一つとして位置づけている為、その実施には食事内容の管理が欠かせません。このような理由により、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・飲酒・喫煙は禁止とします。
- ・物品等の持込は、職員に相談の上、許可を受けてから持ち込むようにして下さい。（許可なく持ち込まれた場合、紛失等に責任を負いかねます。）
- ・金銭・貴重品は、極力持ち込まないで下さい。
- ・職員へのお心遣いはご遠慮下さい。（お持ち頂いても受け取れません。）

1.3 事故発生時の対応

サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合は、協力医療機関、または他の専門的機関での診療を依頼します。また、当施設は利用者、身元引受人等が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

1.4 緊急時の対応

サービス提供にあたり、事故、体調の急変などが生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、他の医療機関、居宅介護支援事業者などへ状況に応じて連絡をいたします。

協力医療機関	・名 称 横浜中央病院 ・住 所 横浜市中区山下 268 ・電 話 045-641-1921 ・名 称 亀田病院 ・住 所 横浜市西区御所山町 77 ・電 話 045-231-1881
【要記入】 緊急連絡先	氏名(家族・他) 連絡先(携帯・勤務先等)

1.5 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行う。

- (1) 防火管理者には、事務職員を充てる。
- (2) 火元責任者には、各階職員を充てる。
- (3) 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼する。点検の際は、防火管理者が立ち会う。
- (4) 非常災害設備は、常に有効に保持するよう努める。
- (5) 火災の発生や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当たる。
- (6) 防火管理者は、従業員に対して防火教育、消防訓練を実施する。
 - ① 防火教育及び基本訓練（消火・風水害・通報・避難）……年2回以上（うち1回は夜間を想定した訓練を行う）
 - ② 利用者を含めた総合避難訓練……年1回以上
 - ③ 非常災害用設備の使用法の徹底……随時
- (7) その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとる。

1.6 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

担当窓口	相談員 矢口 薫（やぐち かおる） 電話番号 045-451-1169(直通) 045-440-0722(代表) FAX 番号 045-440-0723 対応時間 9:00～17:30(月曜～土曜)
------	--

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

名 称	西区 高齢・障害支援課
所在地	〒220-0051 横浜市西区中央1-5-10
電話番号	045-320-8491
名 称	横浜市健康福祉局 介護事業指導課
所在地	〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10
電話番号	045-671-3461
名 称	神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課
所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27番1
電話番号	045-329-3447

(3) 第三者機関

名 称	横浜市福祉調整委員会事務局 健康福祉局相談調整課
所在地	〒231-0017 横浜市中区港町1-1
電話番号	045-671-4045

【 説明同意確認欄 】

年 月 日

上記により重要事項を説明し、サービス提供開始の同意を得ました。

(事業者) 事業者名 介護老人保健施設 ハートケア横浜
(通所リハビリテーション)

説明者 _____

上記の通り説明を受け、サービス提供開始に同意しました。

(利用者) 氏 名 _____

(身元引受人)
氏 名 _____