

介護老人保健施設ヒルズ東戸塚 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 ヒルズ東戸塚
- ・ 経営母体 医療法人社団 康心会
- ・ 開設年月日 平成 18 年 4 月 1 日
- ・ 所在地 〒244 - 0806 神奈川県横浜市戸塚区上品濃 16 番地 7
- ・ 施設長 大道 吉男
- ・ 事業所番号 神奈川県 1451080068 号

2. 職員体制

職 種	人 員
管理者（医師）	1.0 名
医 師	0.2 名
看護職員または介護職員	11.0 名 （常勤 7 名、 非常勤 6 名）
リハビリテーション職員	3.0 名 （常勤 8 名、 非常勤 2 名）

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 40 名

4. 利用料金

- (1) 利用料 (利用者 1 割)・(利用者 2 割もしくは 3 割の場合は 基本額、加算額が 2 倍もしくは 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(大規模型 I)

介護度		単位数	単価(円)
要介護 1	6 時間以上 7 時間未満	694 単位/回	755
要介護 2	6 時間以上 7 時間未満	824 単位/回	897
要介護 3	6 時間以上 7 時間未満	953 単位/回	1,037
要介護 4	6 時間以上 7 時間未満	1,102 単位/回	1,199
要介護 5	6 時間以上 7 時間未満	1,252 単位/回	1,363

イ 加算額(加算することがあるもの)

項 目		単位数	単価(円)
リハビリテーション提供体制加算	3 時間以上 4 時間未満	12 単位/回	13
	4 時間以上 5 時間未満	16 単位/回	18
	5 時間以上 6 時間未満	20 単位/回	22
	6 時間以上 7 時間未満	24 単位/回	27
	7 時間以上 8 時間未満	28 単位/回	31
入浴介助加算	入浴介助加算(I)	40 単位/回	44
	入浴介助加算(II)	60 単位/回	66
短期集中個別リハビリテーション実施加算		退院(所)日もしくは認定日から 3 ヶ月以内	110 単位/日 120
認知症短期集中リハビリテーション加算	認知症短期集中リハビリテーション加算(I)	退院(所)日もしくは開始日から 3 ヶ月以内 *週 2 回を限度	240 単位/回 262
	認知症短期集中リハビリテーション加算(II)	退院(所)日もしくは開始日から 3 ヶ月以内 *月 4 回以上	1,920 単位/月 2,089

リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	開始日から6ヶ月以内	560 単位/月	610
		開始日から6ヶ月超	240 単位/月	262
	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	開始日から6ヶ月以内	593 単位/月	646
		開始日から6ヶ月超	273 単位/月	297
	リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	開始日から6ヶ月以内	830 単位/月	903
		開始日から6ヶ月超	510 単位/月	555
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	開始日から6ヶ月以内	863 単位/月	939	
	開始日から6ヶ月超	543 単位/月	591	
生活行為向上リハビリテーション実施加算		開始月から6か月以内	1,250 単位/月	1,360
若年性認知症利用者受入加算			60 単位/回	66
栄養アセスメント加算			50 単位/月	55
栄養改善加算		1ヶ月に2回を限度	200 単位/回	218
口腔・栄養スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6ヶ月に1回を限度	20 単位/回	22
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6ヶ月に1回を限度	5 単位/回	6
口腔機能向上加算	口腔機能向上加算(Ⅰ)	3ヶ月以内かつ1ヶ月に2回を限度	150 単位/回	164
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	3ヶ月以内かつ1ヶ月に2回を限度	160 単位/回	174
重度療養管理加算		介護度3~5かつ厚生労働大臣が定める状態の者	100 単位/回	109
中重度者ケア体制加算			20 単位/日	22
科学的介護推進体制加算			40 単位/回	44
移行支援加算			12 単位/日	13
事業所が送迎を行わない場合		片道につき減算	-47 単位/回	-52
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのいずれか1つを加算します)	(Ⅰ) ①介護職員のうち介護福祉士の割合が70%以上 ②勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上		22 単位/回	24
	(Ⅱ)介護職員のうち介護福祉士の割合が60%以上		18 単位/回	20
	(Ⅲ) ①介護職員のうち介護福祉士の割合が40%以上 ②勤続7年以上の職員割合が30%以上		6 単位/回	7
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのいずれか1つを加算します) *厚生労働大臣基準の項目	(Ⅰ)*①~⑧に適合		(基本料金+加算料金)×4.7%	
	(Ⅱ)*①~⑦(一)~(四)のいずれも、及び⑧に適合		(基本料金+加算料金)×3.4%	
	(Ⅲ)*①~⑥、及び⑨と⑩に適合		(基本料金+加算料金)×1.9%	
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ・Ⅱのどちらか1つを加算します)	(Ⅰ)厚生労働大臣基準の項目全て適合		(基本料金+加算料金)×2.0%	
	(Ⅱ)厚生労働大臣基準の項目一部適合		(基本料金+加算料金)×1.7%	
計			(ア+イ)×地域加算(10.88)を乗じた合計額の10%	

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	単位数	単価(円)
要支援 1	2,053 単位/月	2,234
要支援 2	3,999 単位/月	4,351

イ 加算額(加算することがあるもの)

項目		単位数	単価(円)
生活行為向上リハビリテーション実施加算		開始月から6ヶ月以内	562 単位/月 612
若年性認知症利用者受入加算			240 単位/月 262
運動器機能向上加算			225 単位/月 245
栄養アセスメント加算			50 単位/月 55
栄養改善加算			200 単位/月 218
口腔・栄養スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6ヶ月に1回を限度	20 単位/回 22
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6ヶ月に1回を限度	5 単位/回 6
口腔機能向上加算	口腔機能向上加算(Ⅰ)	3ヶ月以内を限度	150 単位/回 164
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	3ヶ月以内を限度	160 単位/回 174
選択的サービス複数実施加算	選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	運動器・栄養・口腔のいずれか2種類実施	480 単位/月 523
	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	運動器・栄養・口腔の3種類とも実施	700 単位/月 762
事業所評価加算			120 単位/月 131
科学的介護推進体制加算			40 単位/月 44
利用を開始した日の属する月から起算して12ヶ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	-20 単位/月 -22
		要支援 2	-40 単位/月 -44
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのいずれか1つを加算します)	(Ⅰ)①介護職員のうち介護福祉士の割合が70%以上 ②勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上	要支援 1	88 単位/月 96
		要支援 2	176 単位/月 192
	(Ⅱ)介護職員のうち介護福祉士の割合が60%以上	要支援 1	72 単位/月 79
		要支援 2	144 単位/月 157
	(Ⅲ)①介護職員のうち介護福祉士の割合が40%以上 ②勤続7年以上の職員割合が30%以上	要支援 1	24 単位/月 27
		要支援 2	48 単位/月 53
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのいずれか1つを加算します) *厚生労働大臣基準の項目	(Ⅰ)*①～⑧に適合	(基本料金+加算料金)×4.7%	
	(Ⅱ)*①～⑦(一)～(四)のいずれも、及び⑧に適合	(基本料金+加算料金)×3.4%	
	(Ⅲ)*①～⑥、及び⑨と⑩に適合	(基本料金+加算料金)×1.9%	
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ・Ⅱのどちらか1つを加算します)	(Ⅰ)厚生労働大臣基準の項目全て適合	(基本料金+加算料金)×2.0%	
	(Ⅱ)厚生労働大臣基準の項目一部適合	(基本料金+加算料金)×1.7%	
計		(ア+イ)×地域加算(10.88)を乗じた合計額の10%	

(2) 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 食費	700 円/回	昼食費
イ 教養娯楽費	実 費	書道の会・園芸の会・音楽の会・お花の会
ウ おむつ代	実 費	はくパンツ 231 円/枚 ケアパット 84 円/枚
エ 特別行事費	実 費	特別行事に参加されたご家族について
オ 文書料	実費(税別)	文書の種類により異なります

(3) 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	106 円/日	
日用品費	110 円/日	下記セットの 1 日分
・ 歯ブラシ	150 円/本	
・ スポンジブラシ	50 円/本	
・ 歯磨き粉	300 円/本	
・ 洗口液(モンダミン)	500 円/本	
・ 入歯洗浄剤	700 円/箱	
・ 箱ティッシュ	100 円/箱	
・ 綿棒	80 円/個	
・ 保湿クリーム	250 円/本	

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
- 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	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	土曜日		

6. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科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。

- ・ 併設医療機関
 - 名 称 ふれあい東戸塚ホスピタル（医科）
 - 住 所 横浜市戸塚区上品濃 16-8
 - 電話番号 045-827-2637(代)
- ・ 協力医療機関
 - 名 称 東戸塚記念病院（医科）
 - 住 所 横浜市戸塚区品濃町 548-7
 - 電話番号 045-825-2111(代)
 - 名 称 ふれあい横浜ホスピタル（歯科）
 - 住 所 横浜市中区万代町 2-3-3
 - 電話番号 045-681-5101(代)

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
おむつおよ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（戸塚消防署）

12. 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	担 当 者 金子・佐々木 電話番号 045-827-2630(代) FAX 番号 045-827-2640 対応時間 9：00～17：00
施設料金に関するお問い合わせ	総 務 課 佐々木・大石・江川 電話番号 045-827-2630(代) FAX 番号 045-827-2640 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。

介護保険相談窓口	名 称 戸塚区役所 高齢・障害支援課介護保険担当 所 在 地 横浜市戸塚区戸塚 157-3 電話番号 045-866-8452 利用時間 8：45～17：15
	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 045-329-3400 利用時間 8：30～17：00

13. 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、玄関入口に設置してある「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》

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明致しました。

事業者名 介護老人保健施設ヒルズ東戸塚

説明者 金子 亜津子 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。

利用者 _____ 印

代筆者 _____ 印

〒244-0806 横浜市戸塚区上品濃 16 番地 7
医療法人社団 康心会
介護老人保健施設 ヒルズ東戸塚
電話 045-827-2630(代)