

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション事業

介護老人保健施設リハパーク舞岡 重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

名 称	社会福祉法人 親善福祉協会
所 在 地	横浜市泉区西が岡1-28-1
代 表 者 名	理事長 水地 啓子
電 話 番 号	045 (813) 0221

2. 事業所（施設）名称及び所在地

名 称	リハパーク舞岡
所 在 地	横浜市戸塚区舞岡町3048-4
電 話 番 号	045 (825) 3388
管 理 者 名	施設長 本田守弘
事業所番号	1451080084

3. 目的及び運営方針

(1) 目的

当事業所は、医師、理学療法士、作業療法士、看護師等の看護職員、介護職員が、要介護状態の利用者に対し、適切な通所リハビリテーション、要支援状態の利用者に対しては適切な介護予防通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

当事業所は、利用者の心身の状況を踏まえて、可能な限りその居宅において、そ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、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとします。また、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めるとともに、行政、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図ります。

4. 施設の概要

(1) 構造等

敷地面積	11,975.40 m ²
構造階数	鉄筋コンクリート造 3階建
建築面積	2,338.039 m ²
延べ床面積	5,323.46 m ²

(2) 定員

種 別	利用定員
通所リハビリテーション	45

(3) 主な設備

種別	面積等	
診察室・静養室	17.96 m ²	
通所者用機能訓練室	73.73 m ²	
通所者用デイルーム	81.51 m ²	
通所者用談話室	38.19 m ²	
通所者用食堂	63.25 m ²	
浴室	106.49 m ²	ハートフル浴槽1

5. 職員配置

職種	人数	常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
医師	1	0	1	0	0
看護職員	2			1	1
介護職員	13	4	0	9	0
管理栄養士	1		1		
理学療法士	2	1	1	0	0
ドライバー	4			4	
合計	23	5	3	14	1

6. 勤務体制

従業員の勤務する始業及び終業時間は次のとおりです。

始業 8 : 30 ~ 終業 17 : 30 (うち休憩 60 分、交替でとります)

但し、個々の業務の都合その他やむを得ない事情によりこれを繰り上げ又は繰り下げることがあります。

7. 内容

営業日	月・火・水・木・金・土 ※日祝祭日(土曜日を除く)、12月30日~1月3日は休み	
営業時間	8 : 30 ~ 17 : 30	
サービス提供時間	(1日) 10 : 00 ~ 16 : 10 (午前) 10 : 00 ~ 13 : 05 (午後) 13 : 05 ~ 16 : 10	
サービス提供地域	戸塚区	舞岡町・南舞岡・戸塚町一部・上倉田町・下倉田町・吉田町・柏尾町・上柏尾町
	港南区	下永谷・上永谷・丸山台・日限山・野庭町・上永谷町・日野・日野南一部・芹が谷

8. 利用料

◆利用者負担額（1割）

	長時間型コース		短時間型コース	
	単 位	1 日	単 位	1 日
要介護 1	710 単位	773 円	483 単位	526 円
要介護 2	844 単位	919 円	561 単位	611 円
要介護 3	974 単位	1,060 円	638 単位	695 円
要介護 4	1,129 単位	1,229 円	738 単位	803 円
要介護 5	1,281 単位	1,394 円	836 単位	910 円

加算項目	単 位	金 額	加算内容	
リハビリテーションマネジメント加算 B11	830 単位	903 円/月	6 ヶ月以内	リハビリテーション会議を実施し、リハビリ計画を多職種で作成、実施、評価、見直しを実施
リハビリテーションマネジメント加算 B12	510 単位	555 円/月	6 ヶ月超	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位	120 円/日	退院・退所から 3 ヶ月以内に個別リハビリを実施（週 2 回以上）	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 1	240 単位	262 円/日	認知症を有し、退院・退所・利用開始日から 3 ヶ月以内にリハビリを実施（週 2 回限度）	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 2	1,920 単位	2,089 円/月	認知症を有し、退院・退所から 3 ヶ月以内に生活機能の向上に資するリハビリを実施（1 月に 4 回以上）	
入浴介助加算	40 単位	44 円/日	入浴をされた方	
中重度者ケア体制加算	20 単位	22 円/日	中重度要介護者を受け入れる体制を構築している場合	
栄養改善加算	200 単位	218 円/回	管理栄養士が栄養改善サービスを行った場合	
重度療養管理加算	100 単位	109 円/日	要介護 3～5 の方で、計画的な医学的管理のもとリハビリ実施	
若年性認知症受入加算	60 単位	66 円/日	若年性認知症利用者が通所リハビリを行った場合	
口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位	22 円/回	6 ヶ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認し、利用者を担当するケアマネに提供した場合	
送迎減算	-47 単位	-52 円/片道	事業所が送迎を行わない場合	
リハビリテーション提供体制加算	24 単位	27 円/日	1 日	事業所に配置されている理学療法士、作業療法士の合計数が利用者の 25 又は増すごとに 1 以上である
	12 単位	13 円/日	半日	
サービス提供体制加算（I）	22 単位	24 円/回	介護職員の総数のうち介護福祉士が 70%以上	
介護職員処遇改善加算（I）	所定単位数×4.7%			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	所定単位数×2.0%			

●食費

1 食	昼食	おやつ
	670 円	100 円

$$\begin{array}{ccccccc}
 \text{①サービス費} & \text{②加算(日額)} & \text{③加算(月額)} & \text{食費} & \text{合計} \\
 \text{1日あたりの概算} & \text{円} & \text{円} & \text{円} & \text{円} \\
 \square & + & \square & + & \square & = & \square
 \end{array}$$

※合計金額に別途①+②+③に 6.4%の金額が加わります

◆利用者負担額（2割）

	長時間型コース		短時間型コース	
	単 位	1 日	単 位	1 日
要介護 1	710 単位	1,545 円	483 単位	1,051 円
要介護 2	844 単位	1,837 円	561 単位	1,221 円
要介護 3	974 単位	2,120 円	638 単位	1,389 円
要介護 4	1,129 単位	2,457 円	738 単位	1,606 円
要介護 5	1,281 単位	2,788 円	836 単位	1,819 円

加算項目	単 位	金 額	加算内容	
リハビリテーションマネジメント加算 B11	830 単位	1,806 円/月	6 ヶ月以内	リハビリテーション会議を実施し、リハビリ計画を多職種で作成、実施、評価、見直しを実施
リハビリテーションマネジメント加算 B12	510 単位	1,110 円/月	6 ヶ月超	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位	240 円/日	退院・退所から 3 ヶ月以内に個別リハビリを実施（週 2 回以上）	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 1	240 単位	523 円/日	認知症を有し、退院・退所・利用開始日から 3 ヶ月以内にリハビリを実施（週 2 回限度）	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 2	1,920 単位	4,178 円/月	認知症を有し、退院・退所から 3 ヶ月以内に生活機能の向上に資するリハビリを実施（1 月に 4 回以上）	
入浴介助加算	40 単位	87 円/日	入浴をされた方	
中重度者ケア体制加算	20 単位	44 円/日	中重度要介護者を受け入れる体制を構築している場合	
栄養改善加算	200 単位	436 円/回	管理栄養士が栄養改善サービスを行った場合	
重度療養管理加算	100 単位	218 円/日	要介護 3～5 の方で、計画的な医学的管理のもとリハビリ実施	
若年性認知症受入加算	60 単位	131 円/日	若年性認知症利用者が通所リハビリを行った場合	
口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位	44 円/回	6 ヶ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認し、利用者を担当するケアマネに提供した場合	
送迎減算	-47 単位	-103 円/片道	事業所が送迎を行わない場合	
リハビリテーション提供体制加算	24 単位	53 円/日	1 日	事業所に配置されている理学療法士、作業療法士の合計数が利用者の 25 又は増すごとに 1 以上である
	12 単位	26 円/日	半日	
サービス提供体制加算（I）	22 単位	48 円/回	介護職員の総数のうち介護福祉士が 70%以上	
介護職員処遇改善加算（I）	所定単位数×4.7%			
介護職員等特定処遇改善加算 II	所定単位数×2.0%			

●食費

1 食	昼食	おやつ
	670 円	100 円

$$\begin{array}{ccccccc}
 & \text{①サービス費} & \text{②加算(日額)} & \text{③加算(月額)} & \text{食費} & \text{合計} & \\
 \text{1日あたりの概算} & \boxed{} & \boxed{} & \boxed{} & \boxed{} & = & \boxed{} \\
 & \text{円} & \text{円} & \text{円} & \text{円} & & \text{円}
 \end{array}$$

※合計金額に別途①+②+③に 6.4%の金額が加わります

◆利用者負担額（3割）

	長時間型コース		短時間型コース	
	単 位	1 日	単 位	1 日
要介護 1	710 単位	2,318 円	483 単位	1,577 円
要介護 2	844 単位	2,755 円	561 単位	1,832 円
要介護 3	974 単位	3,180 円	638 単位	2,083 円
要介護 4	1,129 単位	3,685 円	738 単位	2,409 円
要介護 5	1,281 単位	4,182 円	836 単位	2,729 円

加算項目	単 位	金 額	加算内容	
リハビリテーションマネジメント加算 B11	830 単位	2,709 円/月	6 ヶ月以内	リハビリテーション会議を実施し、リハビリ計画を多職種で作成、実施、評価、見直しを実施
リハビリテーションマネジメント加算 B12	510 単位	1,665 円/月	6 ヶ月超	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位	359 円/日	退院・退所から 3 ヶ月以内に個別リハビリを実施（週 2 回以上）	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 1	240 単位	784 円/日	認知症を有し、退院・退所・利用開始日から 3 ヶ月以内にリハビリを実施（週 2 回限度）	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 2	1,920 単位	6,267 円/月	認知症を有し、退院・退所から 3 ヶ月以内に生活機能の向上に資するリハビリを実施（1 月に 4 回以上）	
入浴介助加算	40 単位	131 円/日	入浴をされた方	
中重度者ケア体制加算	20 単位	66 円/日	中重度要介護者を受け入れる体制を構築している場合	
栄養改善加算	200 単位	653 円/回	管理栄養士が栄養改善サービスを行った場合	
重度療養管理加算	100 単位	327 円/日	要介護 3～5 の方で、計画的な医学的管理のもとリハビリ実施	
若年性認知症受入加算	60 単位	196 円/日	若年性認知症利用者が通所リハビリを行った場合	
口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位	66 円/回	6 ヶ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認し、利用者を担当するケアマネに提供した場合	
送迎減算	-47 単位	-154 円/片道	事業所が送迎を行わない場合	
リハビリテーション提供体制加算	24 単位	79 円/日	1 日	事業所に配置されている理学療法士、作業療法士の合計数が利用者の 25 又は増すごとに 1 以上である
	12 単位	39 円/日	半日	
サービス提供体制加算（I）	22 単位	72 円/回	介護職員の総数のうち介護福祉士が 70% 以上	
介護職員処遇改善加算（I）	所定単位数×4.7%			
介護職員等特定処遇改善加算 II	所定単位数×2.0%			

●食費

1 食	昼食	おやつ
	670 円	100 円

1日あたりの概算

①サービス費	②加算(日額)	③加算(月額)	食費	合計
□ 円	+ □ 円	+ □ 円	+ □ 円	= □ 円

※合計金額に別途①+②+③に 6.4%の金額が加わります

◇長時間型

★その他の料金

区 分	単 位	利用者負担額
食費	1日につき	670円
おやつ	1日につき	100円
日用品費	利用者が希望する場合	委託業者の単価表による
教養娯楽費	利用者が希望する場合	実費
おむつ代	必要時	実費

※別紙一覧表

★キャンセル料

利用前営業日の12時までにご連絡いただいた場合	無料
利用前営業日の12時以降にご連絡いただいた場合 無断で欠席された場合	770円

◇短時間型

★その他の料金

区 分	単 位	利用者負担額
食費	1日につき	670円
おやつ	1日につき	100円
日用品費	利用者が希望する場合	委託業者の単価表による
教養娯楽費	利用者が希望する場合	実費
おむつ代	必要時	実費

※別紙一覧表

★キャンセル料

利用前営業日の12時までにご連絡いただいた場合	無料
利用前営業日の12時以降にご連絡いただいた場合 無断で欠席された場合	午前利用 670円 午後利用 100円

9. 利用料等のお支払い

(1) 口座引落

毎月、14日までに「8 施設サービス」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料金等を利用料明細書により請求し、同月27日（金融機関が休日の際は翌営業日）にご指定口座よりお引落としさせていただきます。なお、金融機関等手続の都合にて初回お引落とし時に間に合わない場合は、翌月に合算してお引落としさせていただきますのでご了承ください。

10. 緊急時の対応

事業所はサービス提供に際して、利用者に急変、体調不良、その他事故等がみられた場合には、利用者代理人、家族等への連絡その他適切な措置を迅速に行います。

11. 苦情等相談窓口

(1) 当事業所における苦情等の受付

サービスに関する利用者及びその家族からの苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

窓口責任者	相談課長 高谷 翼
ご利用時間	月曜日～金曜日 9：00～18：00
電話番号	045-825-3388
ファックス	045-825-3133
ご意見箱の設置	各階に設置しております

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○横浜市健康福祉局高齢施設課

所在地	横浜市中区本庁6-50-10 市庁舎16階
電話番号	045-671-3923
受付時間	月曜日～金曜日 9：00～17：00

○国民健康保険団体連合会

所在地	横浜市西区楠町27-1
電話番号	045-329-3447
受付時間	月曜日～金曜日 9：00～17：00

12. 非常災害時の対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

防火管理者	青木 重徳	届出日：平成29年5月23日
-------	-------	----------------

13. 秘密の保持及び個人情報の保護

施設と職員は、業務上知り得た利用者もしくはその個人情報を適切に取り扱い、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、下記につきましては利用者及び代理人の同意を得て、個人情報を使用するものとします。

- (1) サービス提供困難時の事業間の連絡、紹介等
- (2) 居宅介護支援事業所等との連携
- (3) 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合の市町村の通知
- (4) 利用者に病状の急変が生じた場合等の医師への連絡等
- (5) 生命・身体の保護のため必要な場合

14. 事故発生防止について

- (1) 安全かつ適切に、質の高いサービスを提供するために、事故防止マニュアルを作成、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。
- (2) 通所者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市、通所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。
 - 2 事故の状況及び事故に際して取った処置について記録する。
 - 3 通所者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

15. 身体拘束その他行動制限の禁止

施設は利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため、緊急やむをえない場合を除き、利用者に対し身体的拘束その他方法により行動を制限しません。

16. 施設利用にあたっての留意事項

迷惑行為等	施設内では次に挙げるような行為はしないでください。 <ul style="list-style-type: none">・ けんか、口論、泥酔などで他の利用者等に迷惑を及ぼすこと・ 施設の秩序又は風紀を乱し、安全衛生を害すること・ 指定した場所以外で火気を用いること・ 故意に施設もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと・ 騒音等他の利用者の迷惑になる行為
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	他の利用者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮ください。
動物持ち込み	施設内へのペットの持ち込みはお断りいたします。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション事業の重要事項について文書を交付し、説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	神奈川県横浜市戸塚区舞岡町 3048-4	
	事業者(法人)名	社会福祉法人 親善福祉協会	
	事業所名	介護老人保健施設 リハパーク舞岡	
	(事業所番号)	1451080084	
	代表者名	施設長 本田 守弘	印
説明者	職 名		
	氏 名		印

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーションの重要事項の説明を受け、同意し、交付を受けました。

また、適切な介護保険サービスを利用するために、市町村、居宅介護支援事業者等への必要な情報提供、あるいは医療機関等への療養情報等個人情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

利用者	住 所		
	氏 名		印
代理人	住 所		
(選任した場合)	氏 名		印