

介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

令和 6 年 10 月 1 日

1. 介護予防通所リハビリテーションのサービスについての相談窓口

電話 042-468-5166 担当 江添 優子 久代 達哉

2. ハートフル田無デイケアの概要

(1) 当施設住所と送迎範囲

名称	介護老人保健施設ハートフル田無デイケア
開設年月日	平成 11 年 4 月 16 日
所在地	東京都西東京市向台町 2-16-22
電話・FAX番号	電話:042-468-5166 FAX:042-468-5288
管理者名	増 山 茂
介護保険指定番号	介護予防通所リハビリテーション (東京都 1357080641)
サービス提供対象 地域	西東京市 西東京市近隣地域(応相談)

(2) 同デイケア職員体制

職務	常勤	非常勤
管理者	1 名	
相談員	1 名	
理学療法士 作業療法士	4 名(兼務)	1 名
看護職	1 名	1 名(入所兼務)
介護職	9 名	7 名

(1) 同デイケア設備

定員・・・40 名

送迎車・・・4 台

機能訓練室・・・40.00 m²

通所者食堂・・・80.20 m²

通所者デイルーム・・・11.87 m²

入浴室・相談室・・・各 1 室

(2) 営業日・時間

営業日	月～土（午前 8 時 00 分～午後 5 時 30 分）
休業日	日曜日
年末年始休業	その年により変動あり

3. ハートフル田無デイケアの特徴

介護予防通所リハビリテーションについては、要支援者の家庭等での生活機能を改善させる為に立案された介護予防プランに基づき、当施設をご利用いただき、日常生活上の支援や生活行為向上のための支援、リハビリテーションといった共通的なサービスを行うほか、個々の目的に合わせた共通的なサービス(運動器機能向上、栄養改善、口腔機能の向上)を提供します。

4. サービス内容

① 送迎

玄関から玄関まで職員が送り迎え致します。(ただし住環境などによりご希望等ありましたらご相談ください。)送迎時刻に関してはサービス開始前にご連絡致します。送迎時刻変更の際は、文書・電話にて連絡致します。

② 食事

管理栄養士により、個々の利用者に応じた食事を提供致します。

③ 入浴

個々の身体状況に応じて、一般浴・個浴・リフト浴・チェア浴による入浴を行います。

希望される方は出来るだけ対応させて頂きます。ただし、入浴サービスの上限数は 21 名とさせて頂いており、入浴人数が多い場合は入浴を待つていただく事もありますのでご了承下さい。また、土曜日は定員10名です。

④ リハビリ

個々の身体状況に合わせた機能訓練を行います。

⑤ レクリエーション

体操・音楽・手工芸・囲碁・将棋・絵手紙・書道などの趣味活動から新年会敬老会・忘年会などの行事、また花見などの外出行事を行います。2ヶ月に1回は誕生会を行い、誕生者を祝うと共にお菓子作りなども行います。

⑥ 生活相談

利用者及びご家族の日常生活での介護等に関する相談など随時お受け致します。お気軽にご相談ください。

5. 利用料

(1) 基本料金

[要支援1]	2,457 円/月
[要支援2]	4,579 円/月

利用開始日の属する月から起算して12月を超えた期間を利用した場合、
厚生労働省が定める要件を満たさない場合に1ヶ月に所定の単位数を減算

[要支援1]	2,327 円/月
[要支援2]	4,319 円/月

(2) 加算料金(ご利用者の目的に合わせて選択)

- ・科学的介護推進体制 44 円/月
- ・サービス提供体制加算(Ⅰ)
 - 要支援 1 96 円/月
 - 要支援 2 191 円/月
- ・退院時共同指導加算 650 円/月
- ・若年性認知症利用者受け入れ加算 260 円/月
- ・運動機能向上加算 244 円/月
- ・栄養アセスメント 55 円/月
- ・栄養改善加算 217 円/月
- ・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 22 円/回
- ・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 6 円/回
- ・口腔機能向上加算(Ⅰ) 163 円/月
- ・口腔機能向上加算(Ⅱ) 174 円/月
- ・一体的サービス提供加算(栄養改善及び口腔機能向上) 520 円/月
- ・生活行為向上リハビリテーション実施加算 利用開始日の属する月から6月以内 609 円/月

- ・介護職員処遇改善加算Ⅰ 合計単位数に8.6%を乗じた金額となります。

※1 単位 10.83 円(地域加算)となります。

(3) その他の料金

- ・食費(食材料費等) 昼食 700 円 おやつ 150 円

※原則として食堂でおとりいただきます。

- ・コーヒー 1 杯 50 円 ※飲まれた場合のみ
- ・教養娯楽費(材料費) ※行った方のみ

生け花	330 円/回
手工芸	110 円/回
物作り	50 円/回

- ・リハビリパンツ代 1 枚 195 円 パット代 1 枚 70 円 持ち込み廃棄料 1 枚 40 円

- ・キャンセル料 利用当日の朝 8:30 までにお休みのご連絡を頂けなかった場合、キャンセル料として、食事代相当額(850 円)また、午後からのご利用の場合、おやつ代(150 円)を請求させて頂く事となりますのでご了承ください。

6. 支払い方法

【介護予防通所リハビリテーション契約書】第5条に記載されております。ご確認ください。

7. サービス利用方法

(1) サービス利用開始

地域包括支援センターに相談して下さい。保健師等によるアセスメントが行われた後、地域包括支援センターから利用申し込み希望書を当施設に送付していただき、当施設の介護予防通所判定会議にかけます。判定会議に通りましたらサービス担当者会議が行われ介護予防プランを作成、その後利用開始となります。利用前に相談員が面接に伺い、契約の取り交わしを行います。

(2) サービスの終了に関して

【介護予防通所リハビリテーション契約書】第3条に記載した通りとなります。

8. 緊急時の対応方法

【介護予防通所リハビリテーション契約書】第10条に記載した通りとなります。

9. 協力医療機関等

ご利用者様の状態が急変した場合等には、下記の医療機関等に速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

- ・名 称 (医療法人社団 時正会)佐々総合病院
- ・住 所 東京都西東京市田無町4丁目24番15号

- ・名 称 杏林大学医学部付属病院
- ・住 所 東京都三鷹市新川6丁目20番2号

- ・名 称 (財団法人 結核予防会)新山手病院
- ・住 所 東京都東村山市諏訪町3丁目6番1号

- ・名 称 (医療法人社団東光会)西東京中央総合病院
- ・住 所 東京都西東京市芝久保町2丁目4番19号

・協力歯科医療機関

- ・名 称 志藤歯科医院
- ・住 所 西東京市向台町3丁目6番7号

10. 事故発生時の対応

市町村、ご利用者様の家族、ご利用者様に係る地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また賠償すべき事故等発生した場合は【介護予防通所リハビリテーション契約書】第11条に記載されている通りとなります。

11. 非常災害対策

(1) 防災時の対策:消防法に基づく防災マニュアルにより迅速に対応

(2) 防災設備:・自動火災報知設備 ・防排煙制御設備 ・ガス漏れ火災警報設備
・消防機関通報設備 ・非常放送設備 ・スプリンクラー設備
・簡易自動消火設備 ・誘導灯及び誘導標識 ・消火器具
・非難器具(その他) ・非常電源(自家発電) ・非常電源(蓄電池)

(3) 防災訓練:毎年 2 回実施

(4) 防火管理者:飯島 伸一

12. サービス内容に関する苦情

当施設への要望・苦情等は、担当者に御寄せいただければ、速やかに対応いたします。又、各階エレベーターわきに備えつけられたポスト「みなさんの声」を御利用頂き、管理者に直接申し出て頂くことも出来ます。

・苦情受付担当者:江添 優子 久代 達哉

・その他の相談窓口(第三者機関)

・西東京市 健康福祉部 高齢者支援課 認定相談係

042-420-2816

・東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

03-6238-0177

13. 当法人の概要

名称:社会福祉法人 東京聖新会 代表者名:理事長 新井 浅浩

本部所在地・電話番号:西東京市向台町 2-16-22 042-468-5166

定款の目的に定めた事業

1. 介護老人保健施設
2. 介護老人福祉施設
3. 通所リハビリテーション事業
4. 介護予防通所リハビリテーション事業
5. 短期入所生活介護事業(予防も含む)
6. 短期入所療養介護事業(予防も含む)
7. 居宅介護支援事業
8. 地域包括支援センター
9. 訪問看護ステーション
10. 訪問リハビリテーション

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業者が署名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業署名 介護老人保健施設
ハートフル田無 通所リハビリテーション
指定番号 1357080641

住所 東京都西東京市向台町2丁目16番22号
代表者名 施設長 増 山 茂 印

契約書説明責任者
支援相談員 印

<ご本人> 住所 _____

氏名 _____ 印

<身元引受人> 住所 _____

氏名 _____ 印