

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. 当施設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	通所リハビリテーション (東京都 1357080641)
サービス提供地域	西東京市および西東京市近隣地域(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	0 名
相談員	1 名	0 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

(3) 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

(4) 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

通所リハビリテーションは、要介護者の家庭等での生活を継続させる為に立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師及び理学療法士、その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

4. サービス内容

- ① 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(送迎の費用を含む)

- 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日当たりの自己負担分です)

[1 時間以上2 時間未満]

・要介護 1	1 回	400 円
・要介護 2	1 回	431 円
・要介護 3	1 回	465 円
・要介護 4	1 回	496 円
・要介護 5	1 回	532 円

[2 時間以上 3 時間未満]

・要介護 1	1 回	415 円
・要介護 2	1 回	476 円
・要介護 3	1 回	540 円
・要介護 4	1 回	601 円
・要介護 5	1 回	663 円

[3 時間以上 4 時間未満]

・要介護 1	1 回	527 円
・要介護 2	1 回	612 円
・要介護 3	1 回	697 円
・要介護 4	1 回	805 円
・要介護 5	1 回	912 円

[4 時間以上 5 時間未満]

・要介護 1	1 回	599 円
・要介護 2	1 回	696 円
・要介護 3	1 回	791 円
・要介護 4	1 回	914 円
・要介護 5	1 回	1,037 円

[5 時間以上 6 時間未満]

・要介護 1	1 回	674 円
・要介護 2	1 回	800 円
・要介護 3	1 回	923 円
・要介護 4	1 回	1,069 円
・要介護 5	1 回	1,213 円

[6 時間以上7時間未満]

・要介護 1	1 回	775 円
・要介護 2	1 回	921 円
・要介護 3	1 回	1,063 円
・要介護 4	1 回	1,232 円
・要介護 5	1 回	1,397 円

[7 時間以上 8 時間未満]

・要介護 1	1 回	826 円
・要介護 2	1 回	978 円
・要介護 3	1 回	1,133 円
・要介護 4	1 回	1,316 円
・要介護 5	1 回	1,494 円

(2)加算料金

・理学療法士等体制強化加算(介護予防除く、1 時間以上 2 時間未満) 33円/日

・サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 1 回 24 円

・入浴介助加算 Ⅰ 1 回 44 円

入浴介助加算 Ⅱ 1 回 65 円

※利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。

・中重度者ケア体制加算 1 回 22円

・重度療養管理加算 1 回 109 円 (要介護3以上の対象者のみ)

・若年性認知症利用者受け入れ加算 1回 65円

・リハビリテーション提供体制加算(予防介護を除く)

3 時間以上 4 時間未満	13 円/回
4 時間以上 5 時間未満	18 円/回
5 時間以上 6 時間未満	22 円/回
6時間以上 7 時間未満	26 円/回
7 時間以上 8 時間未満	31円/回

科学的介護推進体制加算 44 円/月

・リハビリマネジメント加算 (イ)

開始月から6ヶ月以内	607 円/月
開始月から6ヶ月超	260 円/月

・リハビリマネジメント加算 (ロ)

開始月から6ヶ月以内	643 円/月
開始月から6ヶ月超	296 円/月

・リハビリマネジメント加算 (ハ)

開始月から6ヶ月以内	859 円/月
開始月から6ヶ月超	512 円/月

・事業所の医師が利用者又はその家族に説明し利用者の同意を得た場合 293 円/月

・短期集中リハビリ加算

退院(所)後 または 認定日から3ヶ月	120 円/日
---------------------	---------

・認知症短期集中リハビリ加算

(Ⅰ)退院(所)後3ヶ月以内	260 円/日
(Ⅱ)退院(所)後3ヶ月以内	2,080 円/月

・生活行為向上リハビリテーション加算

開始月から起算して6ヶ月以内	1,354 円/月
----------------	-----------

・栄養アセスメント加算 55 円/月

・栄養改善加算 217 円/回 (月2回を限度に実施)

※低栄養状態、低栄養のおそれのある状態の方に実施

・口腔・栄養スクリーニング加算

(Ⅰ)口腔機能向上加算(6ヶ月1回を限度に実施)	22 円/回
(Ⅱ)口腔機能向上加算(6ヶ月1回を限度に実施)	6 円/回

・口腔機能向上加算

(Ⅰ)口腔機能向上加算(月2回を限度に実施)	163 円/回
(Ⅱ)口腔機能向上加算(月2回を限度に実施)	174 円/回

※口腔機能の低下している又はそのおそれのある状態の方に実施

※口腔機能向上加算は体制が十分整ってから実施致します

・移行支援加算 1回 13 円

・通所リハビリ送迎減算 1回 -51 円

・介護職員処遇改善加算Ⅰ ご利用合計単位数に8.6%を乗じた単位数となります。

※1単位に10.83円を地域加算として乗じさせていただきます。

- ・通所介護等感染症災害 3.0%加算 感染症または災害の発生を理由に利用者数の減少が生じた場合に算定となります。

(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。

なお、通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができない場合があります。

- ・ コーヒー 1 杯 50 円 ※飲まれた場合のみ

- ・ 教養娯楽費 (材料費)

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。ご了承ください。

6. 支払い方法

【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・終了方法

(1) サービス利用開始

居宅介護支援専門員にまずはお話し下さい。居宅介護支援専門員が利用申し込み希望書を当デイケア相談員に送付し、それから当施設の通所判定会議にかかけます。判定会議が通りましたら相談員の方から面接の日時のお電話を致します。面接時に契約の同意を結んで頂いてからサービスの利用を開始する運びとなります。

(2) サービスの利用終了

【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

【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

ゲスト様の状態が急変した場合等には、次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. 事故発生時の対応方法

市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所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【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します。

(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

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:

- ・介護老人保健施設
- ・通所リハビリテーション事業
- ・予防通所リハビリテーション事業
- ・短期入所療養介護事業
- ・短期入所予防療養介護事業
- ・訪問看護ステーション
- ・訪問リハビリテーション
- ・介護老人福祉施設
- ・短期入所生活介護
- ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター

以上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

事業者 指定番号 1357080641

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

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