

# 通所リハビリテーション重要事項説明書

通所リハビリテーション アイケア

## 1. 施設の概要

### (1) 施設の名称等

- ・施設名・・・・・・・・・・医療法人 美湖会 介護老人保健施設 アイケア
- ・開設年月日・・・・・・・・平成27年10月1日
- ・所在地・・・・・・・・・・茨城県守谷市小山318-5
- ・電話番号・・・・・・・・・・0297-38-6767
- ・FAX・・・・・・・・・・0297-38-6501
- ・介護保険指定番号・・・0852480029号

### (2) 目的と運営方針

通所リハビリテーションは、要介護者である利用者の自立を支援することを目的とした施設です。この目的に沿って、当施設では利用者の心身の機能の維持回復を図り、各利用者の能力に応じた日常生活が営めるようサービス計画を立て、内容についての同意をいただき、医学的管理の下での看護・介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などのサービスを提供いたします。

### (3) 職員体制

医師・・・1名          看護・介護職員・・・3名以上          理学療法士等・・・1名以上  
管理栄養士・・・1名

### (4) 利用定員

通所・・・35名

## 2. サービス内容

- ①サービス計画の立案          ②食事          ③入浴          ④医学的管理          ⑤看護          ⑥介護  
⑦機能訓練          ⑧相談援助          ⑨送迎          ⑩その他

## 3. 医療機関

### ・協力医療機関

名称・・・・・・・・・・美浦中央病院

所在地・・・・・・・・茨城県稲敷郡美浦村宮地596番地

診療科目・・・・内科・外科・整形外科・眼科・耳鼻科・泌尿器科・皮膚科・神経内科・透析・リハビリ・歯科

名称・・・・・・・・・・西間木病院

所在地・・・・・・・・茨城県取手市戸頭1-8-21

診療科目・・・・内科・外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科

名称・・・・・・・・・・総合守谷第一病院

所在地・・・・・・・・茨城県守谷市松前台1-17

診療科目・・・・内科、心療内科、神経内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、外科、整形外科、形成外科、心臓血管外科、脳神経外科、小児科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、産婦人科

名称・・・・・・・・・・牛久デンタルクリニック

所在地・・・・・・・・茨城県牛久市中央3-34-3      シイナビル1階

診療科目・・・・歯科

名称・・・パレットデンタルクリニック  
所在地・・・茨城県守谷市小山316-4  
診療科目・・・歯科

◆緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 施設営業日及び営業時間

- ・営業日・・・月～土曜日
- ・営業時間・・・午前8時35分～午後5時

5. 利用にあたっての留意事項

- ・設備・備品・・・故意に破損させた場合、修理代をいただきます。
- ・金銭・貴重品・・・持込みはご遠慮下さい。

6. 苦情処理の体制

相談窓口 : 1階事務所受付  
苦情担当者 : 東條  
窓口開設時間 : 午前9時～午後5時  
相談方法 : 電話受付(0297-38-6767)または、窓口受付  
意見書箱(1階受付カウンター)  
・茨城県国民健康保険団体連合会介護保険課  
電話受付(029-301-1565)  
・守谷市保健福祉部 介護福祉課  
電話受付(0297-45-1111)  
・取手市 高齢福祉課  
電話受付(0297-74-2141)  
・つくばみらい市 介護福祉課  
電話受付(0297-58-2111)  
・常総市 高齢福祉課  
電話受付(0297-23-2111)

7. 事故発生時の対応

1. 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。
2. 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、協力医療機関または、他の救急専門機関での診療を依頼します。
3. 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は、扶養者が指定する者、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。
4. サービス提供に伴い当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が事故を負った場合、当施設は利用者に対して損害を賠償するものとします。

8. 非常災害対策

防災設備・・・スプリンクラー、消火器、消火栓  
防災訓練・・・年2回

## 9. 介護サービス利用にあたっての禁止事項

利用者様、ご家族様、関係者等において、次の掲げるいずれかの事由が発生した場合は、やむを得ず退所していただく場合があります。

- (1) 従業員に対して、暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などのカスタマーハラスメント行為。
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
- (3) サービス利用中に従業員の写真や動画撮影、録音などを無断で SNS などに掲載する行為。
- (4) 宗教の勧誘、特定の政治活動、営利行為。

## 10. 利用料金

### (1) 基本料金（介護保険制度において）

#### \* 施設利用料／1日当たり

6時間以上7時間未満まで（主なサービス提供時間は9：30～15：45となります）

要介護1・・・・・・・・・・715単位

要介護2・・・・・・・・・・850単位

要介護3・・・・・・・・・・981単位

要介護4・・・・・・・・・・1137単位

要介護5・・・・・・・・・・1290単位

これ以外にも1時間以上2時間未満、2時間以上3時間未満、3時間以上4時間未満、4時間以上5時間未満、5時間以上6時間未満、7時間以上8時間未満のサービスもありますので、ご相談下さい。

#### \* リハビリテーション提供体制加算

3時間以上4時間未満の場合・・・・・・・・・・12単位／回

4時間以上5時間未満の場合・・・・・・・・・・16単位／回

5時間以上6時間未満の場合・・・・・・・・・・20単位／回

6時間以上7時間未満の場合・・・・・・・・・・24単位／回

7時間以上の場合・・・・・・・・・・28単位／回

\* 入浴介助加算(Ⅰ)・・・・・・・・・・40単位／日

入浴介助加算(Ⅱ)・・・・・・・・・・60単位／日

\* 短期集中個別リハビリテーション実施加算・・・・・・・・110単位／日

\* リハビリテーションマネジメント加算(イ)・・・・・・・・560単位／月(6ヶ月以内)  
240単位／月(6ヶ月超)

リハビリテーションマネジメント加算(ロ)・・・・・・・・593単位／月(6ヶ月以内)  
273単位／月(6ヶ月超)

リハビリテーションマネジメント加算(ハ)・・・・・・・・793単位／月(6ヶ月以内)  
473単位／月(6ヶ月超)

リハビリテーションマネジメント加算・・・・・・・・270単位／月(6ヶ月以内)

\* 栄養改善加算・・・・・・・・・・200単位／回(月2回まで)

\* 栄養アセスメント加算・・・・・・・・・・50単位／月

\* 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)・・・・・・・・20単位／回

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)・・・・・・・・5単位／回

\* 口腔機能向上加算(Ⅰ)・・・・・・・・150単位／回(月2回まで)

口腔機能向上加算(Ⅱ)イ・・・・・・・・155単位／回(月2回まで)

口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ・・・・・・・・160単位／回(月2回まで)

\* 若年性認知症利用者受入加算・・・・・・・・60単位／日

\* 重度療養管理加算・・・・・・・・100単位／日(要介護度3・4・5に限る)

(胃ろうによる栄養管理・褥瘡に対する治療・人工肛門の管理等)

\* 科学的介護推進体制加算・・・・・・・・40単位／月

- \* 7 時間以上 8 時間未満の通所リハビリテーションに連続した日常生活上の介護
  - 8 時間以上 9 時間未満の場合 . . . . . 5 0 単位／回
  - 9 時間以上 1 0 時間未満の場合 . . . . . 1 0 0 単位／回
  - 1 0 時間以上 1 1 時間未満の場合 . . . . . 1 5 0 単位／回
  - 1 1 時間以上 1 2 時間未満の場合 . . . . . 2 0 0 単位／回
- \* サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) . . . . . 2 2 単位／日
  - サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) . . . . . 1 8 単位／日
  - サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) . . . . . 6 単位／日
- \* 送迎を行わない場合の減算 . . . . . - 4 7 単位／片道
- \* 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) として、介護保険 1 割・2 割・3 割負担分に、8. 6 % 上乗せされた金額が加算されます。

※当施設では地域区分 5 級地のため、1 単位を 1 0. 5 5 円として計算しています。

※利用者負担割合が 1 割の方は、介護保険分の費用負担が 1 割となります

(1 単位を 1 0. 5 5 円で乗じた金額の 1 割分が利用者様の負担金額となります。)

※利用者負担割合が 2 割の方は、介護保険分の費用負担が 2 割となります

(1 単位を 1 0. 5 5 円で乗じた金額の 2 割分が利用者様の負担金額となります。)

※利用者負担割合が 3 割の方は、介護保険分の費用負担が 3 割となります。

(1 単位を 1 0. 5 5 円で乗じた金額の 3 割分が利用者様の負担金額となります。)

## (2) その他の料金

- ①食費／昼食代 . . . . . 7 1 0 円
- ②おやつ代 . . . . . 1 2 0 円
- ③日用品費 . . . . . 1 7 0 円
- ④おむつ代 . . . . . 実費相当額
- ⑤クラブ活動・レクリエーションにかかる費用
- ⑥その他個人的に必要とし、希望する品物に対する費用 . . . . . 実費相当額
- ⑦理美容代 . . . . . 実費相当額
- ⑧延長料            1 時間当たり . . . 1, 0 0 0 円  
                          ※延長時間は 7 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0 までの間となります。
- ⑨領収証明書 (1 カ月につき) . . . . . 2 2 0 円
- ⑩キャンセル料 . . . . . 7 1 0 円

## (3) 支払い方法等

毎月 1 0 日前後に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払い下さい。  
 お支払いの際に領収書を発行いたします。