

介護老人保健施設リハビリケア湘南かまくら
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
重要事項説明書兼サービス内容説明書

I 重要事項

1. 法人の概要

法人名	医療法人 徳洲会
代表者氏名	東上 震一
所在地	大阪府大阪市北区梅田一丁目3番1-1200号
電話	06-6346-2888
FAX	06-6346-2889

2. 事業所概要

事業所名	介護老人保健施設リハビリケア湘南かまくら
所在地	鎌倉市山崎1202-1
電話	0467-41-1616
FAX	0467-41-1615
介護保険事業所番号	1452180050
管理者名	石田 邦子
施設サービス	通所リハビリテーション
併設サービス	介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護 （介護予防）訪問リハビリテーション

3. 職員体制

《長時間型》

一 医師	1名（常勤兼務）
二 看護職	2名（常勤専従1名 非常勤専従1名）
三 理学療法士又は作業療法士	11名（常勤兼務8名 非常勤兼務3名）
四 介護職員	9名（常勤専従8名 非常勤専従1名）

《短時間型 午前・午後》

一 医師	1名（常勤兼務）
二 理学療法士又は作業療法士	8名（非常勤専従）
三 介護職員	9名（常勤専従8名 非常勤専従1名）

4. 営業日、休業日及び営業時間

- ① 営業日 毎週月曜日から土曜日（祝日を含みます）
- ② 休業日 日曜日及び年末年始（12月31日から1月3日）
- ③ 営業時間 営業日の午前8時30分から午後5時

5. 通常の送迎実施地域

鎌倉市、藤沢市、横浜市栄区

尚、送迎におきましては、ご自宅から当施設、当施設からご自宅への送迎になり、ご自宅・当施設以外の場所にて乗車、下車することはできません。

6. 個人情報について

利用者様、そのご家族様の個人情報については利用者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、利用中及び、利用後も第三者に漏らすことはありません。ただし、文書により利用者様またはそのご家族様の同意を得た場合は居宅介護支援事業者との連絡調整その他必要な範囲以内で同意された方の個人情報を使用いたします。

7. 緊急時の対応

- ① 利用中、発熱などの身体症状、転倒などの事故による受傷の場合、施設長（医師）が診察させて頂きますが、医療機関への受診が必要となった場合、家族様と連絡をとりまして、しかるべき医療機関の受診をお願い致します。
- ② 緊急時の連絡先は2名以上をお知らせ頂きますようお願いいたします。
- ③ 万が一、ご家族様と連絡が取れなかった場合は、施設長、看護師の判断で、協力病院の湘南鎌倉総合病院を受診していただく場合があります。その際は、事後のご報告をさせていただきます。
- ④ 施設長がご利用者様の命にかかわる危険があると判断した場合、ご家族様と連絡が取れなくとも、緊急搬送をする場合があります。この場合、搬送先の病院は救急隊の指示に従い、指定が出来ない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ⑤ 離設、骨折、感染症、利用者様の暴力等の事故が見られた場合は鎌倉市高齢者いきいき課に事故報告させていただきます。
- ⑥ サービス提供にあたって利用者様の生命・身体・財産に損害を与えた場合にはその損害を賠償します。ただし、事業者の故意または過失によらない時はこの限りではありません。

8. 非常災害時の対策

- ① 非常時には別途定める「介護老人保健施設リハビリケア湘南かまくら消防計画」に従い、対応を行います。
- ② 別途定める「介護老人保健施設リハビリケア湘南かまくら消防計画」に従い、消火、通報及び避難の訓練を年2回行います。
- ③ 防災設備・・・防火戸、スプリンクラー設備、自動火災報知器
- ④ 消防計画等・・・防火管理者：廣川 隆純

9. 苦情、要望、意見の受付について

当施設では支援相談の専門員として支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談ください。

要望や苦情などは、支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、2階ロビーに備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

(1) 介護老人保健施設リハビリケア湘南かまくら 受付窓口

責任者	施設長・総看護師長・事務責任者
担当者	支援相談員
電話番号	0467-41-1616
受付時間	月曜日～土曜日 8時30分～17時00分 (その他の時間帯については応相談)

(2) 公的機関の受付窓口

鎌倉市 介護保険課	電話 0467-23-3000
藤沢市 介護保険課	電話 0466-50-3527
横浜市栄区 高齢・障害支援課	電話 045-894-8547
神奈川県国民保険団体連合会 介護苦情相談係	電話 045-329-3447
神奈川県庁 福祉部高齢福祉課	電話 045-210-4840

10. 事業継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、ご利用者様に対する介護保険サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(1) 職員に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(2) 定期的に業務継続計画を見直し、必要に応じて業務継続計画変更を実施します。

11. ハラスメント対策

介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する当施設の責務を踏まえ、適切なハラスメント対策を講じます。

ハラスメントに対する相談窓口：施設長、総看護師長、事務責任者

12. その他

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を開始されてからも 主治医の先生は変わりません。緊急時を除き、投薬等は主治医のところで受けていただきます。サービス従業者に対する贈り物や飲食等の持ち込み、もてなし等のご遠慮させていただきます。

Ⅱ. サービス内容

1. サービスの目的・時間等

- (1) 「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」は利用者様の心身及び機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法、その他必要なりハビリテーションを行う通所サービスです。
- (2) 当施設は次の施設及び日程によりサービスを提供します。
- (3) サービス提供に当たっては別添「通所リハビリ計画書」に沿って計画的に提供します。

サービス提供を行う施設	名称	介護老人保健施設リハビリケア湘南かまくら
	所在地	鎌倉市山崎 1 2 0 2 - 1
	電話	0 4 6 7 - 4 1 - 1 6 1 6

《長時間型》

曜日	実施予定
月	9 : 30 ~ 15 : 40
火	9 : 30 ~ 15 : 40
水	9 : 30 ~ 15 : 40
木	9 : 30 ~ 15 : 40
金	9 : 30 ~ 15 : 40
土	9 : 30 ~ 15 : 40

※ ただし、送迎の都合で、遅くなる場合があります。

《短時間型午前》

曜日	実施予定
月	9 : 00 ~ 12 : 10
火	9 : 00 ~ 12 : 10
水	9 : 00 ~ 12 : 10
木	9 : 00 ~ 12 : 10
金	9 : 00 ~ 12 : 10
土	9 : 00 ~ 12 : 10

※ ただし、送迎の都合で、遅くなる場合があります。

《短時間型午後》

曜日	実施予定
月	13 : 30 ~ 16 : 40
火	13 : 30 ~ 16 : 40
水	13 : 30 ~ 16 : 40
木	13 : 30 ~ 16 : 40
金	13 : 30 ~ 16 : 40
土	13 : 30 ~ 16 : 40

※ ただし、送迎の都合で、遅くなることがあります。

2. サービス提供の記録

- (1) サービス提供をした際にはあらかじめ定めた「通所リハビリ記録書」にサービス内容を記入致します。
- (2) 「通所リハビリ計画書」を作成し、その内容に沿ってサービスを提供します。又、サービス提供、目標達成等の状況に関する「通所リハビリ記録書」等を記録し、利用者様に説明させていただきます。
- (3) 当施設は前記「通所リハビリ記録書」その他の記録を作成完了後 5 年間は適正に保管し、利用者様の求めに応じて閲覧していただき、または実費負担によりその写しを交付します。

3. サービス提供責任者等

サービス提供責任者は次のとおりです。

サービスについてのご相談やご意見がある場合はどんなことでもお寄せ下さい。

責任者： 磯和 祐喜子 連絡先： 0467-41-1616

4. 利用者負担金

- (1) 利用者様に負担していただく利用者負担金は料金表(別紙)をご確認ください。
- (2) この金額は、介護保険の法的利用料の範囲内で当施設が設定した金額です。
- (3) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制限上の支給限度額を超える場合を含む）には全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には居宅サービス計画を作成する際に居宅支援専門員からの説明のうえ、利用者様の同意を得ることになります）
- (4) 契約期間中、介護保険法等の法令改正により利用者様負担金の改正が必要となった場合には改定後の金額を適用するものとします。この場合には利用者様に対し改定後の金額を通知し、契約の継続について確認させていただきます。
- (5) 利用者負担金は前月分を毎月 27 日（27 日が金融機関休業日の場合は翌営業日）にご指定の金融機関の口座から引き落としさせていただきます。
例：4 月ご利用分は 5 月 27 日に引き落とし

<通所リハビリテーション※利用者負担金の 1 回分の目安>

《長時間型》

	施設費（1 割／2 割／3 割）＋ 食費	基本料金（1 割／2 割／3 割）
要介護 1	752 円／1,504 円／2,255+700 円	1,452 円／2,204 円／2,955 円
要介護 2	893 円／1,785 円／2,677+700 円	1,593 円／2,485 円／3,377 円
要介護 3	1,032 円／2,064 円／3,096+700 円	1,732 円／2,764 円／3,796 円
要介護 4	1,194 円／2,387 円／3,581+700 円	1,894 円／3,087 円／4,281 円
要介護 5	1,356 円／2,712 円／4,068+700 円	2,056 円／3,412 円／4,768 円

《短時間型》

	施設費（１割／２割／３割）
要介護１	517 円／1,033 円／1,550 円
要介護２	600 円／1,200 円／1,800 円
要介護３	683 円／1,365 円／2,047 円
要介護４	788 円／1,575 円／2,362 円
要介護５	893 円／1,785 円／2,677 円

各サービス利用に応じてかかる利用料

(単位：円)

入浴介助加算（Ⅰ）	入浴介助を適正に行うことができる人員及び設備を有して入浴介護を行う場合に加算されます。	44／87／130 (1 日)
リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）ロ（１）	リハビリテーション会議を開催し、計画について医師が説明する場合に加算されます。 (同意日の属する日から６月以内)	643／1,285 ／1,927 (1 ヶ月)
リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）ロ（２）	リハビリテーション会議を開催し、計画について医師が説明する場合に加算されます。 (同意日の属する日から６月超)	296／592／887 (1 ヶ月)
短期集中リハビリテーション実施加算	集中的にリハビリテーションを行った場合に加算されます。 退院・退所後又は認定日３月以内	120／239／358 (1 日)
栄養アセスメント加算	栄養アセスメントを実施、結果を説明し必要に応じ対応する場合に加算されます。	55／109／163 (1 回)
科学的介護推進体制加算	A D L 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合に加算されます。	44／87／130 (1 月)
重度療養管理加算	該当の方のみ加算されます。	109／217／325 (1 日)
中重度者ケア体制加算	中重度者の要介護を受け入れる体制を構築し、指定リハビリテーションを行う施設であるため加算されます。	22／44／65 (1 日)
送迎減算	施設送迎が行われなかった場合に減算されます。	-51／-102／-153 (片道)
サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制が厚生労働大臣が定める基準に適合している施設であるため加算されます。	24／48／72 (1 回)

介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員の賃金の改善等が厚生労働大臣が定める基準に適合している施設である際に、算定されます。	所定単位数×4.7%× 地域単価(10.83)× 自己負担割合
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	介護職員等の賃金の改善等が厚生労働大臣が定める基準に適合している施設である際に、算定されます。	所定単位数×2.0%× 地域単価(10.83)× 自己負担割合
介護職員等ベースアップ等支援加算	介護職員等の賃金の改善等が厚生労働大臣が定める基準に適合している施設である際に、算定されます。	所定単位数×1.0%× 地域単価(10.83)× 自己負担割合

※ 各加算の開始にあたりましては、ご説明・ご案内を事前にさせていただきます。

<介護予防通所リハビリテーション※利用者負担金の1回分の目安>

《長時間型》

	要支援1(1割/2割/3割)	要支援2(1割/2割/3割)
施設サービス費	2,224円/4,447円/6,670円 (1ヵ月)	4,331円/8,662円/12,993円 (1ヵ月)
食費	700円(1食)	

※ 施設サービス費には、送迎・入浴の費用が含まれています。

《短時間型》

	要支援1(1割/2割/3割)	要支援2(1割/2割/3割)
施設サービス費	2,224円/4,447円/6,670円 (1ヵ月)	4,331円/8,662円/12,993円 (1ヵ月)

各サービス利用に応じてかかる利用料 (1割/2割/3割) (単位:円)

運動器機能向上加算	運動機能の向上を目的としてリハビリテーションを実施した場合に加算されます。	244/488/731 (1ヵ月)
栄養アセスメント加算	栄養アセスメントを実施、結果を説明し必要に応じ対応する場合に加算されます。	55/109/163 (1回)
栄養改善加算	栄養改善サービスの提供にあたって、必要に応じて居宅を訪問した場合に加算されます。	217/434/650 (1回)
科学的介護推進体制加算	A D L 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合に加算されます。	44/87/130 (1月)
サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制が厚生労働大臣が定める基準に適合してる施設であるため加算されます。	要支援1 96/191/286 要支援2 191/382/572
長期利用減算	利用開始から12月以上経過している場合	要支援1 -22/-44/-65 要支援2 -44/-87/-130

介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員の賃金の改善等が厚生労働大臣が定める基準に適合している施設である際に、算定されます。	所定単位数×4.7%× 地域単価(10.83)× 自己負担割合
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	介護職員等の賃金の改善等が厚生労働大臣が定める基準に適合している施設である際に、算定されます。	所定単位数×2.0%× 地域単価(10.83)× 自己負担割合
介護職員等ベースアップ等支援加算	介護職員等の賃金の改善等が厚生労働大臣が定める基準に適合している施設である際に、算定されます。	所定単位数×1.0%× 地域単価(10.83)× 自己負担割合

※ 各加算の開始にあたりましては、ご説明・ご案内を事前にさせていただきます。

重要事項説明同意書

令和 年 月 日

介護老人保健施設リハビリケア湘南かまぐらのサービス利用希望にあたり、 重要
事項説明書に拠って、その内容を説明し、交付しました。

事業者 所在地 神奈川県鎌倉市山崎 1 2 0 2 - 1

事業者名 介護老人保健施設 リハビリケア湘南かまぐら

説明者 _____ 印 _____

令和 年 月 日

介護老人保健施設リハビリケア湘南かまぐらとのサービス利用希望にあたり、 重要
事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当者により説明を受け、 十分に
理解した上で同意します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代理人または立会人

住所 _____

氏名 _____ 印 _____