

介護老人保健施設衣笠ろうけん通所リハビリテーション重要事項

◇介護保険証の確認

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

◇通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーションについては、要介護者及び要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設のご利用をいただき、理学療法、作業療法その他の必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の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養士、作業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業者の協議によって、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・保証人（ご家族）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。

◇利用料金

1 保険給付の自己負担額

○通所リハビリテーション費

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

1 割負担 24 円/1 回、2 割負担 48 円/1 回、3 割負担 72 円/1 回

〔6 時間以上 7 時間未満〕

	1 割負担	2 割負担	3 割負担
・要介護 1	763 円	1,526 円	2,289 円
・要介護 2	907 円	1,814 円	2,721 円
・要介護 3	1,046 円	2,092 円	3,138 円
・要介護 4	1,212 円	2,424 円	3,636 円
・要介護 5	1,376 円	2,752 円	4,128 円

＊別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められた場合、リハビリテーション提供体制加算として、所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合、1 回につき 1 割負担 26 円、2 割負担 52 円、3 割負担 78 円、以下 5 時間以上 6 時間未満は 1 割負担 22 円、2 割負担 44 円、3 割負担 66 円、4 時間以上 5 時間未満は 1 割負担 18 円、2 割負担 36 円、3 割負担 54 円、3 時間以上 4 時間未満は 1 割負担 13 円、2 割負担 26 円、3 割負担 39 円、7 時間以上は 1 割負担 30 円、2 割負担 60 円、3 割負担 90 円、加算されます。

＊別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められ、入浴介助を行った場合、次に揚げる金額が加算されます。ただし、次に揚げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に揚げるその他の加算は算定しません。

イ 入浴介助加算（Ⅰ） 1 割負担 43 円/1 回、2 割負担 86 円/1 回、3 割負担 129 円/1 回

ロ 入浴介助加算（Ⅱ） 1 割負担 64 円/1 回、2 割負担 128 円/1 回、3 割負担 192 円/1 回

＊リハビリテーションマネジメント加算の算定基準のいずれにも該当し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して 6 月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算（イ）として、1 月につき 1 割負担 597 円、2 割負担 1,194 円、3 割負担 1,791 円加算されます。当該日の属する月から起算して 6 月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合は、1 月につき 1 割負担 256 円、2 割負担 512 円、3 割負担 768 円加算されます。

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）の算定基準のいずれにも該当し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して 6 月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合は、1 月につき 1 割負担 633 円、2 割負担 1,266 円、3 割負担 1,899 円加算されます。当該日の属する月から起算して 6 月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合は、1 月につき 1 割負担 291 円、2 割負担 582 円、3 割負担 873 円加算されます。

リハビリテーションマネジメント加算（ハ）として、1 月につき 1 割負担 846 円、2 割負担 1,692 円、3 割負担 2,538 円加算されます。当該日の属する月から起算して 6 月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合は、1 月につき 1 割負担 505 円、2 割負担 1,010 円、3 割負担 1,515 円加算されます。

※事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合は、1 月につき 1 割負担 288 円、2 割負担 576 円、3 割負担 864 円加算されます。

※上に掲げたりハビリテーションマネジメント加算のいずれかを算定している場合は、上に掲げたその他のリ

ハビリテーションマネジメント加算は算定しません。

＊病院または診療所に入院中の者が退院するにあたり、通所リハビリテーション事業所の医師または理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院前カンファランスに参加し退院時協働指導を行った後に初回の通所リハビリテーションを行った場合、退院時共同指導加算として 1 回につき 1 割負担 640 円、2 割負担 1280 円、3 割負担 1920 円加算されます。

＊退院（所）日又は認定日から起算して 3 月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合、短期集中個別リハビリテーション加算として、1 日につき 1 割負担 118 円、2 割負担 236 円、3 割負担 354 円加算されます。

＊生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して 6 月以内の期間に限り、1 月につき 1 割負担 1,333 円、2 割負担 2,666 円、3 割負担 3,999 円加算されます。

＊利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合は、栄養アセスメント加算として、1 月につき 1 割負担 54 円、2 割負担 108 円、3 割負担 162 円加算されます。ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しません。

＊低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注において「栄養改善サービス」という。）を行った場合は、栄養改善加算として、3 月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度として 1 回につき 1 割負担 214 円、2 割負担 428 円、3 割負担 642 円加算されます。ただし、栄養改善サービスの開始から 3 月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができます。

＊利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に揚げる区分に応じ、1 回につき次に揚げる金額が加算されます。ただし、次に揚げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に揚げるその他の加算は算定せず、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しません。

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 1 割負担 22 円、2 割負担 44 円、3 割負担 66 円

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 1 割負担 6 円、2 割負担 12 円、3 割負担 18 円

＊別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められ、必要な情報を厚生労働省に提供し、必要な情報を活用した場合は、科学的介護推進体制加算として、1 月につき 1 割負担 43 円、2 割負担 86 円、3 割負担 129 円加算されます。

＊送迎を行わない場合は、片道につき 1 割負担 51 円、2 割負担 102 円、3 割負担 153 円減算します。

＊利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合は、移行支援加算として、評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内に限り、1 日につき 1 割負担 13 円、2 割負担 26 円、3 割負担 39 円加算されます。

＊別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められた場合、所定単位数×86/1000 に相当する単位数が、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）として加算されます。

2 利用料

① 食費 850 円

施設で提供する昼食をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

② おむつ代 紙パンツ 150 円 紙オムツ 150 円 ケアパット 30 円

利用者の身体状況により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

③ 送迎費／片道

基本的には、保険給付の自己負担の範囲となりますが、通常の事業の実施地域以外の地域に居住の方が送迎を依頼した場合にお支払いいただきます。片道 5km まで 500 円、5km 超えるごとに 500 円加算。

④ その他の費用 （その都度実費をいただきます。）

3 支払い方法

- ・毎月10日までに、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ください。お支払いいただきま
すと領収書を発行します。
 - ・お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法あります。
- 利用申込み時にお選びください。

◇施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 社会福祉法人日本医療伝道会 介護老人保健施設衣笠ろうけん
- ・開設年月日 平成7年7月18日
- ・所在地 横須賀市小矢部 2-23-1
- ・電話番号 046-852-1185 ・ファックス番号 046-852-1186
- ・管理者名 武藤 正樹
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（1451980002号）

(2) 施設の職員体制

	常 勤	非常勤	夜 間	業務内容
・管理者(医師)	1(0.1)			業務統括、医療全般
・介護職員	3(3.0)	2(1.2)		介護全般
・理学、作業療法士	3(0.4)			理学、作業機能訓練
・管理栄養士	1(1.0)			栄養管理全般

(令和6年4月1日現在)

(3) 利用定員等

- ・定員 12名
- ・提供時間 月・火・水・木・金・土 9：40～15：55
但し12/29～1/3までを除きます
- ・営業時間 月～土 8：30～17：00

(4) 送迎サービス提供地域

- ・横須賀市内（逸見、本庁、衣笠行政センター管内）

◇サービス内容

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
- ② 食事（原則として食堂でおとりいただきます。）
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 行事、季節等による特別な食事の提供
- ⑨ その他

＊これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

◇キャンセルについて

- ・利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに次の連絡先までご連絡下さい。

連絡先（電話）046－852－1185

- ・利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。なお、利用者の容態急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は当日でもかまいません。
- ・キャンセル料は、利用者負担の支払に合わせてお支払いいただきます。

時期	キャンセル料	備考
サービス利用日の当日	850円	食費相当分

◇協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

協力医療機関

- ・名称 総合病院 衣笠病院
- ・住所 横須賀市小矢部 2-23-1

協力歯科医療機関

- ・名称 衣笠ヘルスケア歯科
- ・住所 横須賀市衣笠町 1-40
- ・名称 衣笠あかり歯科
- ・住所 横須賀市平作 1-14-14-101

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」に記入していただいた保証人宛に連絡します。

◇施設利用に当たっての留意事項

- ・施設内での飲酒、喫煙、携帯電話の利用はご遠慮下さい
- ・火気の取扱いはご遠慮下さい
- ・設備、備品の取り扱いには十分ご注意ください
- ・所持品にはご記名をして下さい
- ・金銭、貴重品の持ち込みは、原則ご遠慮願います
- ・宗教活動はご遠慮下さい
- ・ペットの付き添いはご遠慮下さい

◇非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、屋内消火栓、火災報知器、非常灯、熱探知器
- ・防災訓練 年12回

◇禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

◇身体拘束等

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行ないません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、利用者の安全の為に行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

◇要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。(電話 046-852-1185)
要望や苦情などは、支援相談員担当にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、玄関に備えつけられた「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。
公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。
・横須賀市福祉部介護保険課給付担当（電話 046-822-8253）
・神奈川県国民健康保険団体連合会（電話 045-329-3447）

◇その他

- ・当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。
- ・当書類の使用期間は契約期間に準じます。

年 月 日

○上記の通り重要事項を説明し、交付しました

（社）日本医療伝道会 介護老人保健施設 衣笠ろうけん

説明者氏名
○上記の通り重要事項の説明を受け、同意し交付を受けました
利用者氏名
利用者家族氏名