

介護老人保健施設 めるみず
通所リハビリテーション重要事項説明書

令和6年4月1日現在

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

事業者名	医療法人仁厚会
代表者名	前田 清貴
所在地	神奈川県厚木市中町 3-8-11
電話番号	046-221-3330 (Fax 046-221-5976)
事業所名	介護老人保健施設めるみず
開設年月日	平成10年12月 7日
所在地	神奈川県厚木市温水1845-1
電話番号	046-248-2871 (Fax 046-270-7110)
管理者名	三並 春夫
介護保険 指定番号	介護老人保健施設(1452980027号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、医学的管理の下で看護・介護・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介護保健施設サービスを提供することで、ご利用者様の能力に応じた日常生活ができるようにし、一日も早く家庭での生活に戻れるように支援すること、

また、ご利用者様が居宅での生活を一日でも長く継続できるよう「入所」「短期入所療養介護」「通所リハビリテーション」サービスを提供し、在宅ケア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、以下のような運営方針を定めておりますので、ご理解いただいた上でご利用下さい。

(3) 介護老人保健施設めるみずの運営方針

- ①ご利用者様の自立を支援し、家庭への復帰を目指します。
- ②明るく家庭的雰囲気を維持し、地域や家庭との連携を重視します。

(4) 介護老人保健施設通所リハビリテーションサービスについて

- ①通所リハビリテーションサービスは、ご利用様が家庭での生活を継続させるために、ご利用様の心身の状況や、病状、生活環境等を踏まえ立案された通所リハビリテーション計画に基づいて提供されます。
- ②通所リハビリテーション計画は、ご利用様に係わるあらゆる職種の協議を得て介護支援専門員が作成します。その際、ご利用者様及びご家族様等のご要望を十分考慮するとともに、計画の内容については説明の上同意をいただきます。
- ③利用希望、変更希望の際は、居宅支援事業者の介護支援専門員を通してご連絡ください。

(5) 入所定員（うち短期入所は原則1床ずつ）

居室タイプは個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋があります。

ご希望の居室がありましたらお申し出ください。その際、ご利用者の心身の状態や居室の空き状況によりお断り若しくは待機となります。

- ①一般棟 60名 【個室(7室)、2人部屋(1室)、3人部屋(1室)、4人部屋(12室)】
- ②認知症専門棟 40名 【個室(4室)、2人部屋(2室)、4人部屋(8室)】

(6) 通所定員

1日おおむね20名

*集団生活ですので「和」を大切にし、他利用者様の迷惑のかからないようお願いします。ご利用中、他利用者様にご迷惑のかかる場合、利用をお断り場合がありますので予めご了承ください。

(7) 職員の勤務体制

職種	常勤	非常勤	夜間	業務内容
医師(施設長兼務)	1	-	入所と兼務	施設全般の管理運営・医学的管理を担当
薬剤師	-	1	同上	医薬品の調剤・管理を担当(兼務)
看護職員	-	1		身体的・精神的看護を担当
介護職員	2	2		療養生活上の介護を担当
支援相談員	1	-	入所と兼務	入退所の調整及び療養生活上全般の支援相談を担当(兼務9)
理学療法士 (含む作業療法士)	3	1	同上	理学療法に基づいた訓練及び指導を担当(兼務)
言語聴覚士	-	-	同上	言語聴覚療法に基づいた訓練及び指導を担当(兼務)
管理栄養士	1	-	同上	食事全般について栄養学的立場から計画・支援を担当(兼務)
栄養士・調理員	外部委託		同上	食事の準備・配膳・その他の厨房作業を担当
事務職員	3		同上	事務的部門を担当(兼務)
その他	外部委託			施設の保守管理等を担当

2. サービスの概要

1	通所リハビリ計画の立案	ご利用者様及びご家族様等の意向を踏まえたうえで、居宅サービス計画書に基づいた通所リハビリサービス計画を作成し実施・評価します。
2	食事	ご希望に応じてご家族様等に対して栄養指導を行います。またご利用者様の病状に応じて、医師の指示に基づき疾病治療のための治療食、ご本人に合った食形態を提供します。
3	入浴	一般浴槽のほか、入浴に介助を要するご利用者様の方は特別浴槽で対応させていただきます。但し、ご利用日数、入退所日、入退所時間により対応できない場合もありますのでご確認ください。
4	医学的管理・看護	サービス上必要な医療の提供は、医師・看護師がご利用者様の状態に応じて行います。
5	介護	居宅サービス計画書及び通所リハビリ計画に基づいて日常生活援助を行います。
6	機能訓練 (リハビリテーション・レクリエーション)	理学療法士、言語聴覚士、作業療法士により、ご利用者様の心身の状況に応じて、自立した日常生活を送るのに必要な機能の維持を図るための訓練及び指導を行います。
7	相談援助	ご利用者様及びご家族様等の方々への相談援助、制度活用方法復帰にサービス調整等の相談を行います。
8	基本時間外サービス	事情により延長希望の場合に行うサービスです(原則夕飯後まで)
9	利用者が選定する特別な食事の提供	追加食や特別な主食、副菜、行事に使用する特別な食事等
10	送迎	後ページにて詳細有り
11	その他	-

* これらのサービスのなかには別にご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。

3. サービスのキャンセル

(1)ご利用者様がサービスの利用をキャンセルする際は、利用前日または利用前前日若しくは当日の朝8時までには所定の連絡先にご連絡ください。

全体窓口(連絡先) 046-248-2871

(2)ご利用者様の都合でキャンセルする場合は、なるべくお早めに連絡ください。

4. 送迎(通常の送迎区域)

厚木市

*送迎車両、道路事情、ご希望曜日(土日の送迎は行いません)、回数、時間によりご希望に添えない場合がありますので、事前にご相談ください。

- (1) ご自宅と施設間のみの送迎となります。
- (2) 送迎職員がご自宅に伺った際に、ご利用者様の体調が優れないと判断した場合はその場でご利用を控えていただく場合があります。
- (3) 送迎到着時刻は、当日の他利用者様の心身状態、交通事情、天候等により変動することがありますので希望者につきましては予めご了承ください。
- (4) 送迎到着後に、ご利用者様のサービス拒否がある場合にはご利用いただけない場合があります。
- (5) 送迎はご自宅玄関から当施設玄関となります。つきましては、ご自宅内には特別な事情がない限り入ることはありませんので、特に到着時に介添人の方がいない場合は、転倒、転落、徘徊、盗難、火災、家電製品・ガスの元栓・窓の開閉等の事故につきましては当施設では責任を負いかねませんのでご了承ください。
- (6) 送迎時には、ご家族様等にお見送り及びお迎えをお願いしています。独居やご事情により困難な場合は事前にご相談ください。

5. サービス提供時間及び営業日

提供時間	9 : 3 0 ~ 1 5 : 3 5
営業日	月曜日～金曜日 (祝祭日も通常通り営業)
備 考	(1) 年末年始は休業となりますので、毎年11月中にお知らせします。 (2) 台風、積雪などの天災時等は臨時休業させていただく場合があります。 その際には事前にご連絡します。

6. ご利用料金

(1) 負担金

「別紙1」参照

(2) お支払い方法

ア 毎月、月末で締めて1ヶ月分(月内入所の場合は入所日から月末まで)をお支払いいただきます。
請求書につきましては、翌月15日までに発行します。

イ お支払い方法は、郵便局での「お振り込み」若しくは「引き落とし」となります。引き落としをご希望の場合は1階事務室までお申し出ください。

ただし、タオルリース料金、洗濯料金は、取扱業者に直接お支払いいただき、理美容料金は、窓口でお支払いいただきます。

(3) 退所時精算

利用契約解除の際は、解除後2週間以内に利用日数分の所定の負担金を窓口にて現金でお支払いいただきます。

7. 医療の提供について

(1) 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関にご協力をいただき、状態が急変した場合等に対応いたします。

医療法人仁厚会 仁厚会病院(歯科含む)
神奈川県厚木市中町3-8-11

(2) 急変時の対応

利用中に急変、医療機関の受診が必要と判断した場合は、別紙「緊急時の連絡先」にご記入いただいたかかりつけ医（主治医）に連絡をとらせていただきます。万が一ご家族等が指定する病院に連絡がとれない場合は、人命を第一に当施設の紹介する病院へ搬送させていただきます。

(3) 通常受診

通所リハビリテーション利用時間中に通常の受診はお断りさせていただきます。

8. リスク(危険)について

当施設では、ご利用者の心身の状態を把握したうえで、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、さまざまな医療・看護・介護・リハビリテーションに関するサービスを提供しています。

これらのサービスは、ご利用者様、ご家族様等の方々に介護老人保健施設の機能役割を説明し、ご理解いただいたうえで提供されますが、自立支援施設であるがゆえのリスク(危険)を伴う可能性があります。

療養生活上想定されるリスクは転倒・転落・誤嚥・誤飲・離脱等が挙げられ、当施設では事故対策委員会を設置し事故を未然に防げるよう努めています。

すべてのリスクを回避することは困難ですが、お気づきの点、ご要望等ありましたら遠慮なくお申し出ください。

9. 残置物の取り扱い

発見次第、速やかに連絡させていただきますが、連絡後2週間過ぎても取りに来られない場合は、当施設にて処分させていただきます。

10. 事故発生時等の対応

急変、事故、災害等急を要する場合には、別途提出していただく「緊急時の連絡先」をもとに連絡します。但し、人命救助を第一としますので連絡が遅れる場合もありますのでご理解ください。

11. 非常災害対策

(1) 防災設備

自動火災報知設備、非常通報設備、スプリンクラー、消火器、屋内消火栓等

(2) 防災訓練

年2回以上

12. 当施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたり、ご利用者様の療養生活の場として快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

なお、他利用者様の迷惑となる行為や禁止されている事項を発見した場合は引き続きご利用いただけない場合があります。快適な施設生活ができるよう皆様のご理解とご協力をお願いします。

(1) 介護保険証等の確認

ア 施設利用のお申込みにあたり、ご利用者様の介護保険被保険者証の確認をさせていただきます。また、入所時には、介護保険被保険者証・健康手帳・老人保健法医療受給者証・健康保険証（コピーの場合有り）をお預かりします。健康保険証等の変更の際には、事務所に
ご提示ください。介護保険標準負担額減額認定証、身体障害者手帳、精神保健福祉手帳、ペースメーカー手帳等お持ちの場合もご提示ください。

イ 要介護認定には有効期間があります。認定の有効期間を経過したときは保険給付が受けられませんので、その間は全額自己負担となります。有効期間をご確認のうえ、認定の有効期間が満了する60日前から30日前の間に市区町村に要介護認定の更新申請をしてください。当施設においても、更新申請代行を行いますのでご相談ください。更新・変更申請後、新しい被保険者証が交付されましたらご提示ください。

(2) 面会

ア 面会時間は1年を通して、10時から17時の間となります。面会の方は、事務所に備え付けの面会票にご記入ください。ただし、感染症が拡大するなど特別な事情がある場合は、禁止または制限させていただきます。

イ 当施設内での携帯電話のご使用はご遠慮ください。

(3) 食品の持込

食品衛生上飲食物の持ち込みは一切お断りしています。

(4) 施設・設備の使用上の注意

施設の設備・備品は大切にお取り扱いください。無断で釘を打ち付けたり、穴を開けたり、または故意・過失によって破損した場合は実費弁償をしていただく場合があります。

入所ご利用上のものを除き、特別なご利用は施設の許可を要します。

ペットの持ち込みはご遠慮願います。

(5) 飲酒・喫煙・火気

ア 施設内での飲酒は禁止です。

イ 敷地内及び建物内は全面的に禁煙です。入所者様はじめご家族様、お見舞いの方もご協力ください。

ウ 火気の使用は禁止です。

(6) 現金・貴重品について

現金・貴重品はなるべくご持参されないようお願いします。なお、持ち込まれた場合は各自自己責任で管理していただきますので、紛失・破損等については一切責任を負いません。このため場合によりご遠慮いただくことがあります。

(7) 危険物の持ち込み

はさみ・ナイフ・カッター・針等の危険物の持ち込みはご遠慮ください。必要な方につきましては

通所リハビリスタッフまでお申し出ください。

(8) その他

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、施設内でのご利用者、ご家族等による営利行為、宗教勧誘、特定の政治活動」は禁止です。

13. 苦情または要望等の受付

当施設では、相談窓口として支援相談員を配置しておりますので、お気軽にお問い合わせください。

また、苦情や要望等は備え付けの「ご意見箱」をご利用いただくこともできますし、各部門の責任者や事務室等に直接お申し出いただくこともできます。

事業所の窓口	介護老人保健施設ぬるみず	電話 046-248-2871 FAX 046-270-7110 月曜日～金曜日(8:30～17:30)
市町村の窓口	厚木市介護保険課	所在地 厚木市中町3-17-17 電話 046-225-2240 FAX 046-224-4599
公共団体の窓口	神奈川県国民健康保険団体連 合会	所在地 横浜市西区楠町27-1 電話 045-329-3400 FAX 045-329-3404

介護保健施設 めるみず 通所リハビリテーションご利用料金表

別紙 1

通所リハビリテーション費（6時間以上7時間未満及び4時間以上5時間未満）

保険内金額・各種加算には地域加算（10.83）がかかります。

保険内（6時間以上7時間未満）

（1日当たり）

令和6年6月1日

要介護度			
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	774 円	1549 円	2323 円
要介護2	921 円	1841 円	2762 円
要介護3	1062 円	2125 円	3187 円
要介護4	1231 円	2463 円	3694 円
要介護5	1397 円	2794 円	4191 円

保険内（4時間以上5時間未満）

（1日当たり）

要介護度			
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	599 円	1198 円	1797 円
要介護2	695 円	1391 円	2086 円
要介護3	791 円	1581 円	2372 円
要介護4	914 円	1828 円	2742 円
要介護5	1036 円	2073 円	3109 円

自己負担

（個人の希望や必要に応じていただく費用）

食費 昼 770円(日額)	770 円
教養娯楽費（クラブ活動に係る材料費）（1日あたり）	210 円
日用品費（歯ブラシ等）(税込)（1日あたり）(委託)	112 円
おやつ代（税込）（1日あたり）	165 円
尿取りパッド51円・オムツM183円、L209円・リハビリパンツM194円、L209円（1日）	
健康管理費（インフルエンザ等）実費（1回につき）特別行事費 実費（1回につき）	
通常の文書、診断書等 3300円 特殊な文書、診断書等 5500円(1回税込)	

※端数処理の関係で、合計額が一致しない場合がございます。ご了承ください。

介護保健施設 んるみず 通所リハビリテーションご利用料金表

別紙2

通所リハビリテーション費（6時間以上7時間未満及び4時間以上5時間未満）

保険内金額・各種加算には地域加算（10,83）がかかります。

各種加算

令和6年6月1日

項目	1割負担	2割負担	3割負担	内容
サービス提供体制強化加算Ⅱ	19 円/1日	39 円/1日	58 円/1日	介護福祉士が50%以上配置されている場合
中重度者ケア体制加算	22 円/1月	43 円/1月	65 円/1月	中重度要介護者を受け入れ在宅生活継続に資するサービスを提供している場合
入浴介助加算Ⅰ	43 円/1回	87 円/1回	130 円/1回	入浴された場合
リハ'リテ-ヨソマサ'メト加算イ(6ヵ月以内)	606 円/1月	1213 円/1月	1819 円/1月	リハビリ実施計画書を作成し、居宅介護支援事業所と計画の評価、見直しを行う、リハビリ開始一月以内に自宅訪問し、医師からの指示を受ける等の条件を満たした場合
リハ'リテ-ヨソマサ'メト加算イ(6ヵ月以降)	260 円/1月	520 円/1月	780 円/1月	
リハ'リテ-ヨソマサ'メト加算ロ(6ヵ月以内)	642 円/1月	1284 円/1月	1927 円/1月	
リハ'リテ-ヨソマサ'メト加算ロ(6ヵ月以降)	296 円/1月	591 円/1月	887 円/1月	上記イの条件に加え、計画書等のデータを厚生労働省に提出した場合
リハ'リテ-ヨソ提供加算（4～5時間未満）	17 円/1日	35 円/1日	52 円/1日	手厚い体制を構築し長時間サービスを提供した場合
リハ'リテ-ヨソ提供加算（6～7時間未満）	26 円/1日	52 円/1日	78 円/1日	手厚い体制を構築し長時間サービスを提供した場合
短期集中個別リハ'リテ-ヨソ実施加算	119 円/1日	238 円/1日	357 円/1日	3月以内にリハビリテーションを実施した場合
認知症短期集中リハ'リテ-ヨソ実施加算Ⅰ	260 円/1月	520 円/1月	780 円/1月	週2回限度に個別リハビリテーションを実施した場合
認知症短期集中リハ'リテ-ヨソ実施加算Ⅱ	2079 円/1月	4159 円/1月	6238 円/1月	1月4回以上個別にリハビリテーションを実施した場合
若年性認知症利用者受入れ加算	65 円/1回	130 円/1回	195 円/1回	若年性認知症利用者に対し通所リハを行った場合
重度療養管理加算 要介護3～5	108 円/1回	217 円/1回	325 円/1回	医学的管理のもと通所リハビリを行った場合
介護職員処遇改善加算Ⅰ	利用単位数の合計×8.6%（1ヶ月当たり）			サービス提供を行った場合
時間延長(8～9時間未満)	54 円/1回	108 円/1回	162 円/1回	通常のサービス時間を超えた場合
時間延長(9～10時間未満)	108 円/1回	217 円/1回	325 円/1回	

※端数処理の関係で、合計額が一致しない場合がございます。ご了承ください。

介護予防通所リハビリテーション費

保険内金額・各種加算には地域加算（10.83）がかかります。

保険内（1日あたり）

令和6年6月1日

要介護度			
	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2456 円	4912 円	7369 円
要支援2	4579 円	9158 円	13737 円

各種加算

項目	1割負担	2割負担	3割負担	内容
運動機能向上加算	244 円/1回	487 円/1回	731 円/1回	運動機能の向上を目的とし個別にリハビリを行った場合
若年性認知症利用者受入れ加算	260 円/1月	520 円/1月	780 円/1月	若年性認知症利用者に対し介護予防通所リハビリテーションを行った場合
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援1	78 円/1月	156 円/1月	234 円/1月	介護福祉士が50%以上配置されている場合
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援2	156 円/1月	312 円/1月	468 円/1月	介護福祉士が50%以上配置されている場合
介護職員処遇改善加算Ⅰ	利用単位数の合計×8.6%（1ヶ月当たり）			サービス提供を行った場合

※端数処理の関係で、合計額が一致しない場合がございます。ご了承ください。

自己負担

（個人の希望や必要に応じていただく費用）

食費 昼 770円(日額)	770 円
教養娯楽費（クラブ活動に係る材料費）（1日あたり）	210 円
日用品費（歯ブラシ等）(税込)（1日あたり）(委託)	112 円
おやつ代（税込）（1日あたり）	165 円
尿取りパッド51円・オムツM183円、L209円・リハビリパンツM194円、L209円（1日）	
健康管理費（インフルエンザ等）実費（1回につき）特別行事費 実費（1回につき）	
通常の文書、診断書等 3300円 特殊な文書、診断書等 5500円(1回税込)	

※端数処理の関係で、合計額が一致しない場合がございます。ご了承ください。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

施設利用申し込みにあたり、重要事項説明書により、また、「別紙1」により重要事項を説明し、これを交付しました。

事業者 事業者名 介護老人保健施設ぬるみず

説明者 印

施設利用申し込みにあたり、重要事項説明書により、また、「別紙1」により重要事項の説明を受け、同意し、これを受領しました。

利用者 氏 名 印

私は、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行し重要事項説明書を同意し、受領しました。

署名代行者 印

続柄又は利用者との関係 ()

利用者の家族等 印

続柄又は利用者との関係 ()

介護老人保健施設ぬるみず通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設ぬるみずを利用するにあたり、介護老人保健施設ぬるみず通所リハビリテーション利用約款及び別紙1及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

介護老人保健施設ぬるみず 管理者 三並 春夫 殿

令和 年 月 日

☐ <利用者> 住 所 _____
氏 名 _____ ㊤

私は、利用者の施設利用の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

☐ <署名代行者> 住 所 _____
*署名代行時のみ記入 氏 名 _____ ㊤ 続柄・関係 ()

署名代行の理由: _____

☐ <扶養者・家族等> 住 所 _____
氏 名 _____ ㊤ 続柄・関係 ()

☐ <保証人> 住 所 _____
氏 名 _____ ㊤ 続柄・関係 ()

【注意事項】

- (1) 扶養者・家族等と保証人は別の方をご記入ください。
- (2) 約款第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先になる方は、左にある「□欄」に「レ点」を記入してください。

【保険外で自己負担いただく分です。どちらかを○で囲んでください】

日用品費	(利用します・利用しません)
教養娯楽費	(利用します・利用しません)
おやつ代	(利用します・利用しません)