

介護老人保健施設“悠久”通所リハビリテーション 重要事項説明書

(2025年4月1日改定)

1. 介護老人保健施設の基本方針

介護老人保健施設は、介護を必要とする高齢者の自立を支援し、自宅復帰を目指すために、医師による医学的管理の下、看護・介護といったケアはもとより理学療法士や作業療法士等によるリハビリテーション、また、栄養管理・食事・入浴などの日常サービスまで併せて提供する施設です。利用者ひとりひとりの状態や目標に合わせたケアサービスを、医師をはじめとする専門スタッフが行い、安心できる体制を整えています。また、利用者が自宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し居宅ケアの支援も目的としています。

この基本方針をもとに当施設では以下のような運営方針を定めています。

【介護老人保健施設“悠久”運営方針】

利用者の尊厳の保持に努め、利用者の立場に立ったサービスを提供します。また、地域に開かれ、地域に根ざした施設運営に努めます。

2. 事業所の概要

【事業所名】 介護老人保健施設“悠久”通所リハビリテーション

【所在地】 神奈川県小田原市延清196-1

【連絡先】 (電話) 0465-39-2240 (FAX) 0465-39-2241

【指定年月日】 平成18年7月1日

【管理者名】 前田 大伸

【介護保険事業者番号】 1452380038

3. 事業所の職員体制等(令和7年4月1日現在)

職 種	人 員
医 師 (管 理 者)	1. 7名(常勤兼務 1名 非常勤 1名)
看 護 職 員	0. 2名(常勤 名 非常勤 1名)
介 護 職 員	9. 2名(常勤 7名 非常勤 1名)
リ ハ ビ リ 職 員	2. 0名(常勤 1名 非常勤兼務 2名)
そ の 他	1名(常勤 1名 非常勤兼務 名)

4. 利用定員・営業日等

【定 員】 1単位各15名

【営 業 日】 月曜日～土曜日 日曜日は休業。

【営業時間】 9:00～17:00

【サービス提供時間】 9:20～15:30(1単位目)

10:00～16:10(2単位目)

5. 送迎範囲

当事業所で提供する通所リハビリテーションサービスの送迎範囲は次の通りです。

①小田原市の一部

栢山、柳新田、新屋、清水新田、飯田岡、穴部新田、堀之内、中曽根、蓮正寺、扇町、飯泉、鬼柳、酒匂、小八幡、国府津、南鴨宮、中新田、上新田、桑原、西大友、東大友、下大井、延清、成田、永塚、千代、高田、矢作、別堀、下堀、中里、鴨宮、前川、曾我光海、曾我別所、曾我原、曾我岸、上曾我

②大井町の一部

上大井

6. サービス内容

①医療

利用者の病状、心身の状況等の的確な把握に努めます。当事業所で提供できる範囲の医療を超えた場合にはかかりつけの医師と連携を図ることもあります。

②看護・介護

利用者の自立支援と日常生活の充実に資するよう、利用者の病状及び心身の状況に応じて適切な技術をもって療養上のお世話を致します。

③食事

利用者の栄養並びに身体状況、病状及び嗜好を考慮し提供致します。

④入浴

利用者の自立支援に資するよう、また、身体の清潔保持に努めた入浴サービスを提供することができます。なお、入浴形態は一般浴、特殊浴槽を用いた機械浴がありますが、利用者の心身の状態に応じて医師等が判断致します。

⑤機能訓練

利用者の心身諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他リハビリテーションを行います。1対1で行うもののほか、集団で行うものもあります。

⑥相談援助

利用者またはその家族に対し、相談に応じるとともに必要な助言、援助を行います。

⑦レクリエーション・クラブ活動

利用者の自立性を促し、日常生活の活性化、充実に資するよう、レクリエーション・クラブ活動やその他行事を行います。

⑧通所リハビリテーション計画の作成

既に作成されている居宅介護サービス計画に基づいて、利用者が継続的に在宅生活を営むことができ、また自立した日常生活を営むことができるよう、通所リハビリテーション計画を作成します。なお、この計画作成に当たっては、その原案をご本人またはご家族様へ説明し、計画の内容については同意をいただくことになります。また、計画書は1通交付いたします。

7. 利用料金

当事業所の利用料金は、介護保険制度内に設けられた単位数により計算された料金と、事業所毎に設定された介護保険制度外の料金との合算となります。

①介護保険制度内料金

介護保険制度内の料金は、要介護度毎に設けられた基本単位数と、ご利用状況等に応じて発生する加算等単位数にわかれています。なお、利用者の自己負担額は、それぞれ算定した単位の日（回・月）数分に10.55円を乗じて得た額（1円未満切捨て）を合算した額の1割～3割相当となります。

ア) 基本単位

ご利用される実施時間により単位数が異なります。

要 介 護 度	算 定 単 位	備 考
要 介 護 1	7 1 5 単 位 / 日	実施時間：6時間以上～7時間未満
要 介 護 2	8 5 0 単 位 / 日	
要 介 護 3	9 8 1 単 位 / 日	
要 介 護 4	1 1 3 7 単 位 / 日	
要 介 護 5	1 2 9 0 単 位 / 日	

イ) 加算等項目

ご利用状況に応じて上記基本単位に加算等単位が生じます。

◎介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

所定の単位数に8.6%を乗じた単位数を算定します。

◎サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22単位/日

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上の場合に算定します。

◎入浴介助加算Ⅰ 40単位/回

ご希望によりサービス中に入浴された場合に算定します。

◎入浴介助加算Ⅱ 60単位／回

入浴計画に基づき、ご希望によりサービス中に入浴された場合に算定します。

◎リハビリテーション提供体制加算（6時間以上7時間未満） 24単位／回

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が所定の人数を満たしている場合に算定します。

◎重度療養管理加算 100単位／回

要介護3・4・5であって厚生労働大臣が定める状態のものに対して算定します。

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

リハビリテーション会議を開催しリハビリテーション実施計画書の作成等の所定要件を満たし厚生労働省に提出している場合に算定します。

◎短期集中個別リハビリテーション実施加算 110単位／日

所定要件を満たし個別にリハビリテーションを実施している場合に算定します。医療機関から退院（所）、認定日から起算して3ヶ月以内の間に週2日以上利用されている者に対して1対1でのリハビリテーションを40分以上行った日に算定します。

◎認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位／日

生活機能の改善が見込まれる軽・中・重度の認知症者に対し、退院（所）又は利用開始日から3ヶ月以内の間に週2日を限度に1対1でのリハビリテーションを20分以上行った日に算定します。

◎口腔・栄養スクリーニング加算（I） 20単位／回

利用者に対し利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を担当する介護支援専門員に文書で共有した場合に算定します。

◎科学的介護推進体制加算 40単位／月

ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の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算定します。

②介護保険制度外料金

介護保険制度外の料金は、事業所毎に設定された料金で、全額自己負担です。いずれの料金をお支払いいただく場合には、事前に詳細を説明し同意を得るものとします。

ア) 昼食費 677円／食

食材料費及び調理コスト等の料金です。

イ) おやつ代 125円／食

ご希望によりおやつを召し上がられた場合に料金が生じます。課税対象、税込みの料金です。

ウ) オムツ代 157円／枚 オムツ

135円／枚 リハビリパンツ

63円／枚 尿取パット

施設が用意するものをご利用いただいた場合料金が生じます。課税対象、税込みの料金です。

③支払い方法

口座振替でお願い致します。利用月毎末日で締め、翌日27日が振替予定日（原則）となります。2ヶ月分の料金を滞納された場合には以降の利用を中止していただくこともございますのでご注意ください。

8. サービス利用にあたっての留意事項

①当事業所は病院ではありませんので、治療を目的に利用する施設ではありません。

②利用中は原則的に他の医療機関へ受診はできません。但し、利用途中に体調不良等の事態に陥ってしまった場合には、かかりつけの医療機関または当施設の協力医療機関・協力歯科医療機関等で診療等を受けていただくことがあります。なおこの場合、その時点で当施設の利用は中止となり、必要に応じてご家族にお迎えにお越しいただくことになりますので予めご承知ください。

③利用者またはご家族の身上に関する重要な事項に変更（連絡先の変更等）が生じた場合には、速やかに事務所受付窓口または支援相談員、介護支援専門員へお届けください。

④利用中に内服、使用する薬は必ず必要量をお持ちいただきます。また、その内容に変更等あった場合には、速やかに事務所受付窓口または支援相談員、介護支援専門員へお届けください。

⑤事業所内における営利行為、宗教の勧誘、政治活動は厳禁です。

⑥ご利用中は集団生活となります。集団生活にそぐわない、常識から逸脱されるような言動を呈する場合には作成されている居宅介護サービス計画に関わらず以降の利用を中止していただくことになりますので、予めご承知ください。

⑦事業所内での喫煙についてはご遠慮いただきます。

⑧事業所内にお持込いただいた私物について、必要に応じて職員が確認させていただく場合がございますので予めご承知おきください。

⑨利用者の都合でサービスを中止する場合、下記キャンセル料がかかります。なお、キャンセルがしばしば繰り返されると契約解除の対象となりますのでご注意ください。

- ・利用前日、17:00までに施設に連絡をいただいた場合：無料
- ・利用当日、ご通知なくお迎えにあがった場合：昼食費677円

9. 身体拘束等の禁止

当事業所は、サービス提供にあたり身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。但し、切迫性・非代替性・一時性すべて満たされ、ご家族様に確認した場合はこの限りではありません。身体拘束等の行為を行った場合には、当施設は、その日時、態様、利用者の心身の状況、緊急やむを得ないと判断した理由、その他必要な事項について、診療録に記載します。

10. 事故発生時の対応

当事業所は、サービス提供により事故が発生した場合には、利用者が指定する者（ご家族等）へ連絡し、併せて事業所が所在する市町村、利用者が住所を有する（介護保険保険者）へ報告をします。また、事故に際しては迅速且つ適切な処置を採り、その内容を診療録に記載します。利用者の心身状態が急変した場合も利用者が指定するご家族等へ連絡します。

11. 協力病院等

当事業所では、下記の医療機関・歯科医療機関にご協力いただいております。

①協力医療機関

名 称：西湘病院
所在地：神奈川県小田原市扇町1-16-35
電 話：0465-35-5773
名 称：間中病院
所在地：神奈川県小田原市本町4-1-26
電 話：0465-23-3111

②協力歯科医療機関

名 称：厚誠会歯科 秦野病院
所在地：神奈川県秦野市大秦町1-10 グランドホテル神奈中5階
電 話：0120-110-604

12. 非常災害対策

当事業所では、災害の防止と入所者の安全に期するため、次の通り非常災害対策を行うものとします。

- ①自動火災報知機、非常通報設備、スプリンクラー、消火器、非常避難器具等防災に関する設備を常に完備します。
- ②非常災害に対する計画を立て、消防機関等関係機関との連絡を密にし、年2回の防災訓練を実施します。

13. 苦情処理体制

当事業所が提供するサービスに対し苦情がある場合には、対応窓口となる支援相談員、介護支援専門員へ申し出ることができます。また、当施設で苦情を受け付けた場合には、必要に応じて施設内で組織する苦情処理委員会において当該苦情内容について検討し、是正すべき事項については速やかにその措置を講じます。なお、苦情処理委員会での結果等については申出者に報告するとともに記録に残します。

介護老人保健施設“悠久”通所リハビリテーション苦情対応窓口

支援相談員：柏木 義晴□橋本 美和子

連絡先：0465-39-2240

下記においても苦情相談の窓口がございます。

① 小田原市高齢介護課

所在地：小田原市荻窪 3 0 0

電 話：0 4 6 5－3 3－1 8 2 7

② 茅ヶ崎市 福祉部 高齢福祉介護課

所在地：茅ヶ崎市茅ヶ崎 1－1－1

電 話：0 4 6 7－8 2－1 1 1 1

③ 南足柄市高齢介護課

所在地：南足柄市関本 4 4 0

電 話：0 4 6 5－7 3－8 0 5 7

④ 神奈川県高齢福祉課

所在地：神奈川県横浜市中区日本大通 1

電 話：0 4 5－2 1 0－4 8 5 6

⑤ 神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）

所在地：神奈川県横浜市区楠町 2 7－1

電 話：0 5 7 0－0 2 2－1 1 0

14. 法人の概要

【法人名】 医療法人社団 敬仁会

【所在地】 神奈川県小田原市延清 1 9 6－1

【連絡先】 （電話）0 4 6 5－3 9－2 2 4 0 （FAX）0 4 6 5－3 9－2 2 4 1

【代表者】 理事長 杉原 弘晃

【併設サービス】 短期入所療養介護サービス 通所リハビリテーションサービス

【関連施設】 グループホーム“悠久” ほたるだ 住宅型有料老人ホーム“悠久”の里
居宅介護支援事業所“悠久” 訪問介護ステーション“悠久”

【医療機関】 ファミリークリニック“悠久”

通所リハビリテーション申し込みのご希望をいただいたため、サービスの選択に資するよう上記により重要事項の説明をし、1 部（通）を交付致しました。

令和 年 月 日

事業所 事業所名：介護老人保健施設“悠久”通所リハビリテーション

説 明 者：

通所リハビリテーション申し込みにあたり、サービスの選択に資するよう上記により重要事項の説明を受け、その内容を了承致しました。また、1 部（通）交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 氏 名： 印

代理者 氏 名： 印