

介護老人保健施設かまくら
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	社会福祉法人 湘南愛心会
代表者氏名	塩野 正喜
所在地	神奈川県鎌倉市上町屋750(法人本部)
電話	0467-42-1717(法人本部)
FAX	0467-42-1718(法人本部)
運営施設	介護老人保健施設かまくら 介護老人福祉施設かまくら愛の郷 介護老人福祉施設逗子杜の郷

2. 施設概要

施設名	介護老人保健施設 かまくら(法人本部)
所在地	鎌倉市上町屋750(法人本部)
電話	0467-42-1717(法人本部)
FAX	0467-42-1718(法人本部)
介護保険事業所番号	1452180032
管理者名	新津 洋司郎
施設サービス	入所、短期入所療養介護、通所リハビリテーション(利用定員60名)

3. 職員体制

一 医師	1.2名(実配置2名)
二 看護職	1.2名(実配置2名)
三 理学療法士又は作業療法士	3.0名(実配置8名)
四 介護職員	7.0名(実配置9名)
五 管理栄養士	0.2名(実配置1名)

4. 通常の送迎実施地域

鎌倉市全域及び藤沢市の一部(片瀬山、川名、宮前、片瀬海岸、小塚、大鋸)
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。

5. 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。

6. 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）が診察させていただきますが、医療機関への受診が必要となった場合、ご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いたします。
- 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。また、急変時には職員も同行いたしますが、ご家族様のご協力もお願いします。
- 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。

7. 契約開始後の入院・長期離脱について

契約開始後に入院され復帰退院後に再度ご利用を希望される場合は以下の3つの書類が事前に必要となります。

- ① 退院サマリ
- ② リハビリサマリ
- ③ 主治医からの診療情報

健全・安全に又効果的にリハビリを行うために必要となりますのでご理解のほどお願い申し上げます。また何らかの病状が要因で長期通院によりお休みされ復帰を希望される場合でも診療情報を求めることがありますのでご了承ください。

8. 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、各階窓口に備え付けられた「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 かまくら 受付窓口

責任者	看護責任者：櫻井 万寿子
担当者	支援相談員：沼上 直史
電話番号	0467-42-1717
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 0467-61-3947
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護苦情相談係	電話 045-329-3447 0570-022-110

9. その他

デイケアを開始されてからも、主治医の先生は代わりません。緊急時を除き、処方等は主治医のところ受けていただき、当施設では処方を行うことはできません。サービス従業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、一切お受けしておりません。

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」(以後「デイケア」といいます)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社会参加、活動の促進のために行われる理学療法、作業療法、その他必要なリ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、別添の「通所リハビリマネジメント計画書」に沿って計画的に提供します。

サービス提供を行う施設	所在地	鎌倉市上町屋 750		
	名称	介護老人保健施設かまくら	電話	0467-42-1717

《長時間型》

曜日	実施予定
月	9：55～16：00の6時間以上7時間未満
火	9：55～16：00の6時間以上7時間未満
水	9：55～16：00の6時間以上7時間未満
木	9：55～16：00の6時間以上7時間未満
金	9：55～16：00の6時間以上7時間未満
土	9：55～16：00の6時間以上7時間未満

* ただし、送迎の都合で、遅くなる場合があります。

《短時間型》

曜日	実施予定
月	9：55～11：30 / 12：55～14：30の1時間以上2時間未満
火	9：55～11：30 / 12：55～14：30の1時間以上2時間未満
水	9：55～11：30 / 12：55～14：30の1時間以上2時間未満
木	9：55～11：30 / 12：55～14：30の1時間以上2時間未満
金	9：55～11：30 / 12：55～14：30の1時間以上2時間未満
土	9：55～11：30 / 12：55～14：30の1時間以上2時間未満

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「デイケア記録書」にサービス内容を記入いたします。
- (2) 当施設は、前記「デイケア記録書」その他の記録を契約終了後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（管理者、サービス・コーディネーター）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。

氏名： 櫻井 万寿子（看護責任者） 連絡先（電話）：0467-42-1717

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、次のとおりとなります。
- (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) 利用者負担金は、前月分を毎月27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。当施設に直接持参される場合は、月末までにお支払をお願いいたします。
- (5)

通所リハビリテーション1回分の目安

(単位：円)

《長時間型》

	サービス費(1割/2割/3割)+食費	基本料金((1割/2割/3割)
要介護1	(731円/1462円/2193円)+700円	1431円/2162円/2893円
要介護2	(869円/1737円/2606円)+700円	1569円/2437円/3306円
要介護3	(1003円/2006円/3009円)+700円	1703円/2706円/3709円
要介護4	(1167円/2333円/3499円)+700円	1867円 3033円/4199円
要介護5	(1326円/2651円/3977円)+700円	2026円/3351円/4677円

《短時間型》

	サービス費 (1割 /2割 /3割)
要介護1	(387円 /774円 /1160円)
要介護2	(421円 /841円 /1261円)
要介護3	(450円 /899円 /1349円)
要介護4	(482円 /964円 /1446円)
要介護5	(515円 /1029円 /1544円)

その他費用（実費分）

創作クラブ材料費	創作クラブ参加の時にかかる材料費	参加者のみ 500円～1000/月 程度
キャンセル料	当日デイケアをキャンセルした時にかかる費用 ※短時間サービスはなし	食事代金分のみ 700円

各サービス利用に応じてかかる利用料

(単位：円)

		1割	2割	3割
入浴介助加算Ⅰ	見守りを含む入浴介助を行った場合	44 (1日)	87 (1日)	130 (1日)
リハマネジメント 加算Ⅰ 1 1 (利用開始から6か月)	医師の指示によるリハビリ計画に基づき、リハビリ会議を開催し継続的にリハビリの管理を行った場合	607 (1月)	1213 (1月)	1820 (1月)
リハマネジメント 加算Ⅰ 2 2 (6か月経過以降)	医師の指示によるリハビリ計画に基づき、リハビリ会議を開催し継続的にリハビリの管理を行った場合	260 (1月)	520 (1月)	780 (1月)
リハマネジメント 加算Ⅱ 2 1 (利用開始から6か月)	医師の指示によるリハビリ計画に基づき、リハビリ会議を開催し継続的にリハビリの管理を行った場合かつ、厚生労働省に情報提出をした場合	643 (1月)	1285 (1月)	1927 (1月)
リハマネジメント 加算Ⅱ 2 2 (6か月経過以降)	医師の指示によるリハビリ計画に基づき、リハビリ会議を開催し継続的にリハビリの管理を行った場合かつ、厚生労働省に情報提出をした場合	296 (1月)	592 (1月)	887 (1月)
短期集中個別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。退院・退所後または認定日から起算して3月以内	120 (1日)	239 (1日)	358 (1日)
口腔栄養スクリーニング [※] 加算(Ⅰ)	口腔の健康状態・栄養状態について確認を行い、各情報を介護支援専門員に提供している場合	22 (6月)	44 (6月)	65 (6月)
口腔栄養スクリーニング [※] 加算(Ⅱ)	口腔の健康状態・栄養状態のどちらかについて確認を行い、各情報を介護支援専門員に提供している場合	6 (6月)	11 (6月)	17 (6月)
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者の方を受入した場合	65 (1日)	130 (1日)	195 (1日)
科学的介護推進体制加算	ADL等の必要な情報を厚生労働省に提出した場合	44 (1月)	87 (1月)	130 (1月)
重度療養管理加算	要介護3・4または5の方であって厚労省の定める状態にある方に対して通所リハビリを行う場合	109 (1日)	217 (1日)	325 (1日)
中重度者ケア体制加算	要介護3・4または5の方の割合が通所の100/30以上の場合	22 (1日)	44 (1日)	65 (1日)

送迎減算	施設送迎を行わなかった場合	-51 (片道)	-102 (片道)	-153 (片道)
移行支援加算	ADL が向上し、社会参加を維持できる等の質の高い通所リハビリを提供した場合	13 (1 日)	26 (1 日)	39 (1 日)
通所リハ提供体制加算 4	通所リハビリにおいて配置されているリハビリ職員が 2.5 : 1 以上の場合	26 (6~7 時間)	52 (6~7 時間)	78 (6~7 時間)
通所リハ提供体制加算 3	通所リハビリにおいて配置されているリハビリ職員が 2.5 : 1 以上の場合	22 (5~6 時間)	44 (5~6 時間)	65 (5~6 時間)
通所リハ提供体制加算 2	通所リハビリにおいて配置されているリハビリ職員が 2.5 : 1 以上の場合	18 (4~5 時間)	35 (4~5 時間)	52 (4~5 時間)
通所リハ提供体制加算 1	通所リハビリにおいて配置されているリハビリ職員が 2.5 : 1 以上の場合	13 (3~4 時間)	26 (3~4 時間)	39 (3~4 時間)
サービス提供体制強化加算 II	サービス提供体制が厚生労働大臣の定める基準に適合している施設である場合	20 (1 日)	39 (1 日)	59 (1 日)
介護職員等処遇改善加算 I	厚労省の示す基準を満たしている場合 (※介護保険利用単位数に指定の割合をかけあわせて算定させていただきます)	ご利用単位 により変動	ご利用単位 により変動	ご利用単位 により変動
理学療法士等体制強化加算	理学療法士等を専属かつ常勤で 2 名以上配置している場合 ※短時間 (1~2 時間) サービスに限る	33 (1 日)	65 (1 日)	98 (1 日)

※ 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。

予防通所リハビリテーション 1 回分の目安

(単位：円)

《長時間型》

	サービス費(1割/2割/3割) ※1月あたり	食費 ※1日あたり
要支援 1	(2457 円/4913 円/7369 円)	700 円
要支援 2	(4579 円/9158 円/13737 円)	700 円

《短時間型》

	サービス費(1割/2割/3割) ※1月あたり
要支援 1	(2457 円/4913 円/7369 円)
要支援 2	(4579 円/9158 円/13737 円)

その他費用 (実費分)

創作クラブ材料費	創作クラブ参加の時にかかる材料費	参加者のみ 500 円～1000/月 程度
キャンセル料	当日デイケアをキャンセルした時にかかる費用 ※短時間サービスはなし	食事代金のみ 700 円

各サービス利用に応じてかかる利用料

(単位：円)

		1 割	2 割	3 割
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者の方を受入した場合	260 (1 日)	520 (1 日)	780 (1 日)
科学的介護推進体制加算	A D L 等の必要な情報を厚生労働省(L I F E)に提出した場合	44 (1 月)	87 (1 月)	130 (1 月)
サービス提供体制加算(要支援 1)	介護職員の総数の 50%以上が介護福祉士の資格保持者である場合	78 (1 月)	156 (1 月)	234 (1 月)
サービス提供体制加算(要支援 2)	介護職員の総数の 50%以上が介護福祉士の資格保持者である場合	156 (1 月)	312 (1 月)	468 (1 月)
介護職員等処遇改善加算 I	厚労省の示す基準を満たしている場合 (※介護保険利用単位数に指定の割合をかけあわせて算定させていただきます)	ご利用単位 により変動	ご利用単位 により変動	ご利用単位 により変動
予防通所リハビリの長期利用減算(要支援 1)	予防通所リハビリが利用開始から 12 月以上経過している場合	-130 (1 月)	-260 (1 月)	-390 (1 月)
予防通所リハビリの長期利用減算(要支援 2)	予防通所リハビリが利用開始から 12 月以上経過している場合	-260 (1 月)	-520 (1 月)	-780 (1 月)

重要事項説明同意書

令和 年 月 日

介護老人保健施設かまぐらのサービス契約の締結にあたり、重要事項説明書に拠って、その内容を説明しました。

事業者 所在地 神奈川県鎌倉市上町屋750
事業者名 介護老人保健施設 かまぐら
説明者 _____ 印

令和 年 月 日

介護老人保健施設かまぐらとのサービス契約の締結にあたり、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