

介護老人保健施設 よみうりランドケアセンター
通所リハビリテーション 重要事項説明書
＜令和 8 年 9 月 1 日現在＞

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別・・・社会福祉法人 読売光と愛の事業団
代表者名・・・理事長 水田 邦雄
所在地・連絡先・・・東京都千代田区大手町 1 丁目 7 番 1 号読売新聞東京本社内
(電話) 03-3217-3473
(FAX) 03-3217-3474

2 事業所の概要

事業所の名称・・・よみうりランドケアセンター
所在地・連絡先・・・川崎市多摩区菅仙谷 4 丁目 1 番 3 号
(電話) 044-948-1611
(FAX) 044-948-1612
事業所番号・・・1455480041
管理者の氏名・・・施設長 竹中 信夫
利用定員・・・1日 25名

3 施設の目的及び運営方針

良質な環境、良質なケアの提供に基づいた、心豊かな高齢社会の創造を目指すことを基本理念とし、地域社会から信頼される各種事業の発展に努めます。

4 事業の実施地域

多摩区一部、麻生区一部、稲城市一部
送迎地域：多摩区＞ 菅 菅稲田堤 菅城下 菅仙谷 菅北浦 菅馬場 菅野戸呂
中野島 布田 寺尾台 生田 西生田
麻生区＞ 細山 千代ヶ丘 多摩美 高石
稲城市＞ 矢野口

5 サービス提供日・提供時間

月曜日～土曜日 9：30～15：35（祝日も実施いたします）

6 従業者の職員体制 () 内は実人数。

(1) 管理者	1人(1人)
(2) 医師	1人(1人)
(3) 介護職員	6.9人(8人)
(4) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.7人(7人)

7 提供するサービスの内容

*食事	栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。(食事サービスの利用は任意です)
*入浴	入浴又は清拭を行います。 (入浴サービスの利用は任意です)
*排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。
*機能訓練	理学療法、作業療法、言語療法等、個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。
*レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行ないます。 各種レクリエーションを実施します。

- *健康チェック 御利用時は、血圧測定等利用者の健康状態の把握を行います。また、月1回の体重測定を行います。
- *相談及び援助 利用者とその家族からのご相談に応じます。
- *送迎 ご自宅から施設までの送迎を行ないます。(送迎サービスの利用は任意です)

8 費 用

- ① サービス利用料《6時間以上7時間未満》・・・自己負担分()内は、2割負担/3割負担の場合。

要介護1	778円(1,556円/2,334円)
要介護2	925円(1,850円/2,775円)
要介護3	1,068円(2,135円/3,202円)
要介護4	1,137円(2,474円/3,711円)
要介護5	1,404円(2,808円/4,211円)

以上に加え、任意により下記の料金が加算されます。

短期集中個別リハビリテーション加算	120円(240円/359円)
(退院・退所又は認定日から3ヶ月以内)	
認知症短期集中個別リハビリテーション加算(Ⅰ)	262円(524円/786円)
(退院・退所又は認定日から3ヶ月以内)(週2日まで)	
認知症短期集中個別リハビリテーション加算(Ⅱ)	2,089円(4,178円/6,267円)
(退院・退所又は認定日から3ヶ月以内)(週2日まで)(月に1回加算)	
リハビリテーション提供体制加算	27円(54円/79円)
(利用者25名に1人以上のセラピストを配置した場合)	
リハビリテーションマネジメント加算(イ)1 (6ヶ月以内)	
610円(1,219円/1,828円)/月	
リハビリテーションマネジメント加算(イ)2 (6ヶ月超)	
262円(523円/784円)/月	
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)1 (6ヶ月以内)	
646円(1,291円/1,936円)/月	
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)2 (6ヶ月超)	
297円(594円/891円)/月	
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)1 (6ヶ月以内)	
863円(1,726円/2,589円)/月	
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)2 (6ヶ月超)	
515円(1,030円/1,544円)/月	
事業所の医師が利用者等に説明し同意を得た場合	294円(588円/882円)
退所時共同指導加算	653円(1,306円/1,959円)
(ロ)においては厚生労働省に情報提供。	
(ハ)においては厚生労働省に情報提供およびリハビリ、栄養、口腔一体的なアセスメントを実施した場合	
入浴介助加算(Ⅰ)	44円(87円/131円)
入浴介助加算(Ⅱ)	66円(131円/196円)
口腔機能向上加算(Ⅰ)	164円(327円/490円)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	174円(348円/522円)
(口腔機能向上サービスを受けた場合、3ヶ月に限り、1月2回を限度。)	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)※口腔機能向上加算との併用不可	
22円(44円/66円)/回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)※口腔機能向上加算との併用可	
6円(12円/17円)/回	

(6か月毎に栄養状態の確認を行い、その情報を介護支援専門員に文書で提供した場合)

栄養アセスメント加算	55円(109円/164円)/月
栄養改善加算	218円(436円/653円)/回
重度療養管理加算	109円(218円/327円)
(要介護度3～5であり、厚生労働大臣が定める状態であり、医学的管理を行った場合)	
科学的介護推進体制加算	44円(87円/131円)
(科学的介護情報システムを活用する場合)	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	24円(48円/72円)
(介護職員のうち介護福祉士が70%以上または勤続年数10年以上の介護福祉士25%以上の場合)	

※介護職員等処遇改善加算として、所定単位数に11.1%をかけた単位数の自己負担分が追加となります。

尚、料金の詳細はケアマネジャーの提示する利用票をご参照ください。
居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用料(10割)を支払い、その後市町村から保険給付分の払い戻しを受けます。
介護保険外のサービスとなる場合には、全額自己負担となります。

② その他の利用料

*1日につき

食費	751円	
おやつ	268円	
日用品費	200円	(日常生活に必要な消耗品等経費)
教養娯楽費	50円	(レクリエーション等経費)
計	1,269円	
おむつ代：リハビリパンツ(1枚につき)	110円	
テープ型(1枚につき)	165円	
パット(1枚につき)	33円	
特別行事食	実費	
趣味活動費	実費	(製作材料費)

③ 実施地域外の実送迎費については、110円/km となります。

④ サービスのキャンセルをする場合には、速やかに担当までご連絡ください。

連絡先：044-948-1615(直通) 当日キャンセルは8:30までにご連絡ください

連絡時間：8:00～17:30

利用者の都合によりサービスのキャンセルをする場合、次のキャンセル料を頂きます。
ただし、病状の急変など、緊急かつやむを得ない事情がある場合は不用です。

- *利用日の前日までに連絡があった場合 無料
- *利用日の当日8:30までに連絡がなかった場合 食費+490円(送迎実費)

⑤ 利用料は、月末の翌月15日前後に請求書をお渡します。下記のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

- *自動口座引き落とし(26日引き落としになります。)
- *現金払い(事務所窓口にてお支払いください)
- *銀行振り込み

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

窓口担当者 杉本・齊藤
電話番号 044-948-1615
対応時間 9:00~17:30

*公的機関においても、苦情申出等ができます。

- ・ 川崎市役所・・・高齢者事業推進課 川崎市川崎区宮本町1
TEL 044-200-2910
FAX 044-200-3926
- ・ 川崎市多摩区役所・・・障害課高齢者支援係 川崎市多摩区登戸 1775-1
TEL 044-935-3113
FAX 044-935-3396
- ・ 神奈川県国民健康保険団体連合会・・・横浜市西区楠町27-1
TEL 0570-022110又は045-329-3445
FAX 0570-033110又は045-329-3446
- ・ 稲城市役所・・・稲城市東長沼2111
代表TEL 042-378-2111
高齢障害介護課介護保険係 内線 282、283
代表FAX 042-377-4781

10 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、協力医療機関等、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所等へ連絡をします。

11 その他

- ① 貴重品、金品の持ち込みはご遠慮ください。やむを得ず持ち込む場合は、自己責任とさせていただきます。
- ② 非常災害時の対策
別途定める消防計画にのっとり対応を行ないます。
年2回、施設としての避難訓練を行ないます。
- ③ サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
また、ご利用者さん間での金品のやりとりはお控え下さい。

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

《事業者》 事業者名 介護老人保健施設 よみうりランドケアセンター

説明者

印

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

《利用者》

氏名

印

《代理人(選任した場合)》 氏名

印

《身元引受人》

氏名

印