

# 介護老人保健施設 よみうりランドケアセンター<ユニットケア型>

## 重要事項説明書

<令和8年 6月 1日現在> 改定版

### 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4-1-3

(電話) 044-948-1611

(FAX) 044-948-1612

事業所番号・・・1455480058

管理者の氏名・・・竹中 信夫(医師)

### 3 施設の目的及び運営方針

当施設では、要介護状態と認定された利用者に対し、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービス計画に基づいて、機能訓練、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療・日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰をめざしたサービスの提供をします。

### 4 施設の職員体制

( ) 内は実人数。

|                       |             |
|-----------------------|-------------|
| (1) 管理者               | 1人(1人)      |
| (2) 医師                | 1. 5人(5人)   |
| (3) 薬剤師               | 0. 5人(1人)   |
| (4) 看護職員              | 2. 6人(4人)   |
| (5) 介護職員              | 14. 6人(17人) |
| (6) 支援相談員             | 1人(1人)      |
| (7) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 3. 1人(4人)   |
| (8) 管理栄養士             | 1人(1人)      |
| (9) 介護支援専門員           | 1人(1人)      |
| (10) 事務員 その他          | 4. 5人(5人)   |

### 5 施設サービスの内容

| 種 類       | 内 容                                                                           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事       | (食事時間) 朝食 8:00～<br>昼食 12:00～<br>夕食 18:00～                                     |
| 医 療 ・ 看 護 | 医師と看護師により、適宜診察・処置等を行います。<br>ただし、当施設では行えない処置や手術等、入院治療が必要となった場合は、退所(契約終了)となります。 |
| 機 能 訓 練   | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により入所者の状況に適した機能訓練を行い、生活するための必要な機能の維持、改善に努めます。                |
| 入 浴       | 週2回の入浴又は清拭を行います。<br>寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴槽を用いての入浴も可能です。                         |
| 排 泄       | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                 |

|            |                                                                                                                 |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 離床、着替え、整容等 | 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。<br>生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。<br>シーツ交換は週1回以上、実施します。 |
| レクリエーション等  | 各ユニット、フロアー単位でのレクリエーションも考え、援助していきます。尚、参加は任意です。                                                                   |
| 相談及び援助     | 入所者とその家族からのご相談に応じます。                                                                                            |

## 6 費用

原則として利用料金の1割（もしくは2割・3割）が利用者の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用料金の全額（10割）をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。サービス提供証明書及び領収証は、後に市町村から保険給付分の払い戻しを受ける（償還払い）ときに必要となります。

【利用料金】（ ）内は2割負担/3割負担の場合

ユニット型個室サービス利用料〔自己負担1日分〕

要介護1 860円（1,720円/2,580円）

要介護2 909円（1,818円/2,727円）

要介護3 979円（1,958円/2,937円）

要介護4 1,038円（2,076円/3,114円）

要介護5 1,091円（2,182円/3,273円）

【主な加算項目】（ ）内は2割負担/3割負担

- ・初期加算 （Ⅰ）64円（128円/192円）/日（Ⅱ）32円（64円/96円）入所日から30日
- ・安全対策体制加算 21円（42円/63円）回 入所時1回のみ  
研修を受けた担当者の配置や施設内安全対策部門の設置などの体制が整備されている場合に算定
- ・夜勤職員配置加算 26円（52円/78円）/日  
入所者20名に対して1名以上の職員が夜勤をしている場合に算定
- ・在宅復帰在宅療養支援加算Ⅰ 55円/日（110円/165円）/日  
厚生労働大臣が定める基準により、在宅復帰・在宅療養支援の指標（在宅復帰率・リハ職、支援相談員の配置割合等）の要件を満たしている場合に算定
- ・サービス提供体制加算（Ⅱ） 19円（38円/57円）/日  
介護職員のうち60%以上が介護福祉士である場合に算定
- ・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）□〔所定単位数〕×97/1000の自己負担分  
介護職員の処遇改善のため、追加となります（月額算定）
- ・科学的介護推進体制加算Ⅱ 64円（128円/192円）/月  
入所者・利用者ごと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、科学的介護情報システムを活用する場合に算定
- ・生産性向上推進体制加算Ⅱ 11円（22円/33円）/月 介護サービスの質の確保、職員の負担軽減に資する方策を検討する委員会を設置し、介護機器を活用している場合に算定
- ・認知症ケア加算 81円（162円/243円）/日 認知症専門棟をご利用の場合に算定
- ・認知症チームケア加算Ⅱ 129円（258円/387円）/日 認知症介護に係る専門的な研修を修了しているものを1名以上配置し、認知症に対応するチームを組んでいる場合に算定
- ・療養食加算 7円（14円/21円）/1食 治療に必要なお食事を用意した場合に算定
- ・経口維持加算Ⅰ 429円（858円/1287円）/月  
摂食障害を有し誤嚥が認められる入所者に対して、医師を中心に経口維持計画を作成し、管理栄養士が管理し、医師・歯科医師・言語聴覚士が食事の観察や会議に加わった場合に算定
- ・経口移行加算 30円（60円/120円）/日
- ・栄養マネジメント強化加算 12円（24円/36円）/日  
医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画にそって、食事の際のご様子を週に3回以上拝見し、嗜好なども考慮した上で食事の調整をした場合に算定

- ・褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ) 3 円 (6 円/9 円) (Ⅱ) 14 円 (28 円/42 円) /月  
褥瘡予防のため、定期的に評価し、計画的に管理した場合に算定
- ・所定疾患施設療養費Ⅰ 256 円 (512 円/768 円) /日  
肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪について、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定
- ・自立支援促進加算 322 円 (644 円/966 円) /月  
医師が医学的評価を行い、自立支援計画等の策定に参加した場合に算定
- ・ターミナルケア加算 2037 円 (4074 円/6111 円) (当日)  
976 円 (1952 円/2928 円)/日 (前日、前々日)  
172 円 (344 円/516 円) /日 (4~30 日前)  
77 円 (154 円/462 円) /日 (31~45 日前)  
医師の判断に基づき、計画立案の上ターミナルケアが実施された場合に算定
- ・排せつ支援加算 11 円/月(22 円/33 円) 支援計画を作成し必要情報を活用した場合  
16 円/月(32 円/48 円) 改善がみられるかおむつの使用が無くなった場合  
22 円/月(44 円/66 円) 改善かつおむつの使用が無くなった場合
- ・退所時情報提供加算 (Ⅰ) 536 円 (1,072 円/1,608 円) 入所者が自宅に退所した場合  
(Ⅱ) 268 円 (536 円/804 円) 入所者が医療機関に退所した場合
- ・訪問看護指示加算 322 円/1 回 退所時に訪問看護指示書を作成した場合に算定
- ・退所時栄養情報連携加算 75 円 (150 円/225 円) /回  
特別食を必要とある、または低栄養状態にあると医師が判断した入所者が対象
- ・入所前後訪問指導加算Ⅰ 483 円 (966 円/1449 円) Ⅱ 515 円 (1,030 円/1,545 円) /回  
施設に 1 カ月以上入所見込みの方の居宅を、入所予定日 30 日以内または入所後 7 日以内に訪問し施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合、又は生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに支援計画を策定した場合に算定
- ・入退所前連携加算Ⅰ 644 円 (1,288 円/1932 円) /回 Ⅱ 429 円 (858 円/1,287 円) /回  
入所期間が 1 カ月を超え、退所後に居宅サービス等を利用する場合に、居宅サービス等に必要な情報を提供し、且つ連携して退所後の居宅サービス等の調整を行った場合、さらに入所前後 30 日以内に入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業所と連携し退所後の居宅サービスの利用方針を定めた場合に算定
- ・短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) 277 円 (554 円/831 円)/日 月一回の評価を提出  
(Ⅱ) 214 円 (428 円/642 円) /日  
入所から 3 ヶ月以内に週 3 日以上リハビリテーションを実施の場合に算定
- ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) 258 円 (516 円/772 円)/日 退所予定の居宅を訪問しない場合に算定 (Ⅱ) 129 円 (258 円/387 円) 生活機能改善が見込まれる認知症の症状がある方にリハビリを実施した場合に算定
- ・リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 (Ⅱ) 36 円 (72 円/108 円) /月  
医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等がリハビリテーション実施計画を説明し、リハビリテーションの質を管理する場合に算定
- ・試行的退所時指導加算 429 円 (858 円/1287 円) 試行的な退所をした月から 3 カ月の間一人につき月 1 回
- ・外泊時の費用 388 円 (776 円/1,164 円) /日  
外泊する場合、施設サービス費に代えて加算されます。但し 1 月につき 6 日間を限度とします。月をまたがる場合は、最大で連続 12 日間を上限とします。
- ・新興感染症等施設療養費 257 円 (514 円/771 円) 新興感染症発生時に医療機関の確保をしつつ、適切な感染対策を行ったうえで施設にて療養した場合に算定

【その他の利用料(介護保険適用外)】

- ① 居住費 1 日当り 2, 976 円 (認知症専門棟は 1 日当り 2, 314 円)
- ② 食費 1 日当り 2, 228 円
- ③ 教養娯楽費 実 費
- ④ 日用品費 1 日当り 200 円
- ⑤ 特別療養室料 1 日当り 3, 300 円

(大型電動ベッド、テレビ、冷蔵庫、専用椅子、羽毛掛け布団などを標準装備)

(PHS、ライティングデスクはご希望により装備) (外泊時は、1, 650 円となります。)

- ⑥ テレビレンタル1日当り 220円
- ⑦ 冷蔵庫レンタル1日当り 220円
- ⑧ 各種証明書類作成費用 1枚につき 1,650円(希望者のみ)
- ⑨ 診断書(死亡診断書)作成費用 1枚につき 3,300円(希望者のみ)
- ⑩ 予防接種料 インフルエンザワクチン等の接種費用、実費。(希望者のみ)
- ⑪ 健康診断費用 外部の検診機関による健康診断費用、実費。(希望者のみ)
- ⑫ エンゼルケア 10,000円
- ⑬ 理髪・美容 利用の都度、実費。
- ⑭ レクリエーション・行事費 (任意参加のレクリエーション・行事等で、参加される場合は実費をご負担いただく場合があります。費用がかかる場合は事前にご通知いたします。)
- ⑮ 希望選択食品 (牛乳・ヨーグルト等希望選択による食品) 実費。
- ⑯ 行事食 (すしバイキング、おせち料理等特別なイベント食) 実費
- ⑰ その他利用者の希望による特別な費用 実費。

※居住費並びに食費について「負担限度額認定」を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。

## 7 利用料等のお支払方法

自己負担金は、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致します。

- ア 自動口座引き落とし
- イ 現金払い
- ウ 銀行振り込み

※入金確認後、領収証を発行します。

## 8 事故発生時の対応

入所者の状態の急変、そのほか緊急事態が発生したときは、速やかに応急処置に尽力し、直ちに医師へ報告し指示を仰ぐとともに、必要な措置を講じます。

入所者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行います。また、賠償すべき事故が生じた場合は、損害賠償を速やかに行います。

## 9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

窓口担当者 支援相談員 米倉、中田、満留

電話番号 044-948-1611

対応時間 8:30~17:30

\*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
- ・ 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 045-329-3445
- ・ 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
- ・ 東京都国民健康保険団体連合会・・・TEL 03-5326-0878

## 10 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、夜間及び昼間を想定した避難訓練等を、入所者の方も参加して行いますので、ご協力をお願い致します。

## 11 協力医療機関

稲城市立病院  
川崎市百合丘歯科保健センター  
たま日吉台病院  
日本訪問歯科協会

## 12 施設の利用にあたっての留意事項

|             |                                                                     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会       | 面会時間 時期により異なります。<br>施設対応にご協力ください。来訪者は面会時間を遵守し、面会票のご記入をお願いします。       |
| 外出・外泊       | 外出・外泊は、医師の許可が必要なため、事前にお伝え下さい。当日または事前に届出書をご記入いただきます。                 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。 |
| 喫 煙         | 全面禁止とさせていただきます。                                                     |
| 迷惑行為等       | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。<br>また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないで下さい。           |
| 貴重品・金品の管理   | 貴重品、金品の持ち込みはご遠慮いただきます。やむをえず持ち込む場合は、自己責任とさせていただきます。                  |
| 宗教活動・政治活動   | 日常生活に関係のない宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。                                        |
| ペット         | ペットをお連れになりたい場合は、事前に必ずご相談下さい。                                        |
| 飲食物の持ち込み    | 食中毒予防、栄養管理のため、持ち込みをご希望の場合は、施設スタッフまでご相談下さい。                          |

13 身元引受人（連帯保証人）

身元引受人の方は次の責務を負います。

- ① 入所者が他の医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように協力をお願いします。
- ② 入所者が、当施設へ支払うべき利用料金を支払うことが困難となった場合には、連帯してこれをお支払いください。
- ③ 利用者が死亡された場合、遺体及び遺留金品の引受けその他必要な措置をお願いします。

## 14 療養室の現状復帰義務

当施設を退所される際、次の事由に対してその修繕費用をご負担いただきます。

- ・居室内に汚損、棄損等が認められた場合。

ただし、経年変化によるもの及び介護上やむを得ないものを除きます。

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》 事業所名 介護老人保健施設 よみうりランドケアセンター

説明者

EP

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

EP

《代理人（選任した場合）》 氏名

ED

《身元引受人（連帯保証人）》氏名

ED