

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）
介護予防短期入所療養介護 重要事項説明書
＜令和8年 6月1日現在＞ 改訂版

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（ユニットケア型）
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・・・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

介護予防短期入所療養介護サービスは、要支援1、要支援2に認定された利用者に対して、介護保険法の趣旨に従い、要介護状態の発生をできる限り防ぐことや、要介護状態であってもその悪化をできる限り防ぐことができるようサービスを提供し、利用者の療養生活の質の維持、向上及び利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。

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. 5人(4人)
(5) 介護職員	18. 3人(21人)
(6) 支援相談員	0. 6人(4人)
(7) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	4. 7人(7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 サービスの内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
医 療 ・ 看 護	医師と看護師により、適宜診察・処置を行います。 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。 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。 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。 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、事業者に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

ユニット型個室サービス利用料〔自己負担1日分〕

要支援1 669円（1,332円/1,998円）

要支援2 839円（1,678円/2,517円）

- ・在宅復帰在宅療養支援加算Ⅰ 55円（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、職職、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
- ・個別リハビリテーション実施加算 257円（514円/771円）/日
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別リハビリテーションを行った場合に算定
- ・療養食加算 9円（18円/26円）/1食 治療のために必要なお食事をご用意した場合に算定
- ・サービス提供体制加算Ⅱ 20円（39円/58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
- ・夜勤職員配置加算 26円（52円/78円）/日
夜勤職員が、利用者20人に対して1人以上である場合に算定
- ・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）〔所定単位数〕× 97/1000 加算
- ・送迎費用（片道） 197円（394円/591円）

尚、料金の詳細はケアマネジャーの提示する利用票を併せてご覧ください。
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。

尚、料金の詳細はケアマネジャーの提示する利用票を併せてご覧ください。
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。

*その他の利用料(介護保険適用外) 利用料の全額を負担していただきます。

- 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 朝食 648 円 昼食 738 円 夕食 727 円 おやつ 115 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、大型収納家具、テレビ、冷蔵庫、専用椅子、羽毛掛け布団などを標準装備)
- 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 理髪・美容 利用の都度、実費。
- ⑬ 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。)
- ⑭ 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。
- ⑮ イベント食 (すしバイキング、おせち料理等特別なイベント食) 実費
- ⑯ 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。

- ・ 川崎市役所健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課事業者指導係
 - ・・・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

12 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。

13 サービスのキャンセル

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：044-948-1611

連絡時間：8:30～17:30

利用者の都合によりサービスのキャンセルをする場合は、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
*利用日の前日までに連絡がなかった場合 1,000 円

14 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。 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、事前にお伝えください。 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ください。 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。 また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないでください。
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ください。
ペット	ペットをお連れになりたい場合は、事前に必ずご相談ください。
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ください。

15 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。

16 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		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（連帯保証人）》	氏名	印
----------------	----	---