

介護老人保健施設やまのベグリンヒルズ【 通所リハビリテーション 重要事項 】

1. 施設の概要

- ① 提供できるサービスの種類と地域
施設名 介護老人保健施設やまのベグリンヒルズ
所在地 奈良県桜井市大豆越104-1 連絡先 TEL:0744-45-5960 FAX:0744-45-5961
種類 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(デイケア)
サービス対象地域 桜井市(中山間地域等を除く)、天理市、橿原市、磯城郡
- ② デイケアの施設の定数
・管理者(医師) 1.0人 ・看護・介護職員 6.0人 ・管理栄養士 1.0人
・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 1.0人 ・事務職員 若干人
- ③ 利用定員 1日の利用定員数は、50名とする
- ④ サービス提供時間 月～日 午前8時50分～午後4時10分までとする ※祝日も営業(年始1月1日～3日特別休暇)
営業時間 午前8時30分～午後5時

2. 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事業の目的及び運営方針

(目的)介護老人保健施設やまのベグリンヒルズ(以下「施設」という)の運営に必要な事項を定め、介護保険法令の趣旨に従って、要介護状態(介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援状態)と認定された利用者(以下「利用者」という)に対し、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)計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。

(運営方針)利用者が要介護状態等となった場合においても、可能なかぎり居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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ことにより、利用者の心身機能の維持回復を図るものとする。

明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療、又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

3. 利用料金

- ・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)サービス費は、介護報酬の告示上の額の利用者負担割合に応じた額とする。
- ・利用料(食事代、日用品費、教養娯楽費、おむつ代、理美容代、延長サービスに伴う夕食代、キャンセル料等)は、運営規定、重要事項説明書及び料金表にて定める。
- ・前項に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者又は家族に対し説明を行い、利用者の同意を得なければならない。
 - 食事代 680円/日 ■ 理美容代 カット 2200円/回(税込)
 - 日用品費 200円/日
 - ＜利用者等の希望によって身の回り品として提供する費用＞
 - 教養娯楽費 実費
 - ＜利用者等のご希望によって、教養娯楽費として日常生活に必要なものを事業者が提供する費用＞
 - おむつ代[リハビリパンツ・カバータイプ] 100円/枚 ■ おむつ代[尿取りパッド・パッド(大)] 30円/枚
 - キャンセル料 当日8:30までにサービスの中止(休み)のご連絡がなかった場合 1000円/回

4. 身体拘束等について

施設は、原則として利用者に対し身体拘束を廃止する。但し、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、当施設の医師がその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載する。

5. 虐待防止に関する事項

施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の設置を講じる。

6. 褥瘡対策等

施設は、利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発症を防止するための体制を整備する。

7. 事故発生の防止及び発生時の対応

施設は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生の防止のための指針を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備する。また、サービス提供等に事故が発生した場合、施設は、利用者に対し必要な措置を行う。

施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼する。

8. 守秘義務及び個人情報の保護

- ① 施設及び施設の従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしてはならない。この守秘義務は利用終了後も同様とする。
- ② 施設は、従業者であつた者が正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らすことがないよう配慮する。
- ③ 施設は、次の各号についての情報提供については、利用者及びその家族から、予め文書により同意を得た上で行うこととする。
 - i. 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
 - ii. 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表会等。尚、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守する。

9. その他運営に関する重要事項

- ① 施設は、介護に直接携わる従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとする。
- ② 施設は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。
- ③ 施設は、感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開をはかるための計画を策定し当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- ④ 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)に関する政省令及び通知並びに運営規定に定めのない、運営に関する重要事項については、医療法人社団岡田会介護老人保健施設やまのベグリンヒルズの役員会において定めるものとする。

10. 第三者評価の実施状況

当施設では、第三者評価は実施しておりません。

11. サービス内容に関する苦情 相談 要望の窓口

- ① 当施設 所在地 〒633-0087 奈良県桜井市大豆越104-1 TEL 0744-45-5960
- ② 市町村の窓口 当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
桜井市役所 所在地 〒633-0062 奈良県桜井市粟殿432-1 高齢福祉課 介護保険係
TEL 0744-42-9111 受付時間 8:30～17:15(土日、祝日は除く)
- ③ 公共団体の窓口 奈良県国民健康保険団体連合会
所在地 〒634-0061 奈良県橿原市大久保町302-1 奈良県市町村会館5階 事業課 介護苦情係
TEL 0744-21-6811 FAX 0744-21-6899
フリーダイヤル 0120-21-6899 受付時間 9:00～16:45(土日、祝日は除く)

利用料金表			
通所リハビリテーション ・ 介護予防リハビリテーション			
通所リハビリテーション 基本サービス費（1単位は10.17円）【1割負担】			
通常規模型・大規模型(特例)			
4～5時間未満		単位数	自己負担額
要介護1	553		563円
要介護2	642		653円
要介護3	730		743円
要介護4	844		859円
要介護5	957		974円
5～6時間未満		単位数	自己負担額
要介護1	622		633円
要介護2	738		751円
要介護3	852		867円
要介護4	987		1,004円
要介護5	1,120		1,139円
6～7時間未満		単位数	自己負担額
要介護1	715		728円
要介護2	850		865円
要介護3	981		998円
要介護4	1,137		1,157円
要介護5	1,290		1,312円
7～8時間未満		単位数	自己負担額
要介護1	762		775円
要介護2	903		919円
要介護3	1,046		1,064円
要介護4	1,215		1,236円
要介護5	1,379		1,403円
大規模型		単位数	自己負担額
4～5時間未満		単位数	自己負担額
要介護1		525	534円
要介護2		611	622円
要介護3		696	708円
要介護4		805	819円
要介護5		912	928円
5～6時間未満		単位数	自己負担額
要介護1		584	594円
要介護2		692	704円
要介護3		800	814円
要介護4		929	945円
要介護5		1,053	1,071円
6～7時間未満		単位数	自己負担額
要介護1		675	687円
要介護2		802	816円
要介護3		926	942円
要介護4		1,077	1,096円
要介護5		1,224	1,245円
7～8時間未満		単位数	自己負担額
要介護1		714	727円
要介護2		847	862円
要介護3		983	1,000円
要介護4		1,140	1,160円
要介護5		1,300	1,323円
通所リハビリテーション 加算等（1単位は10.17円）			
	単位数	自己負担額	
理学療法士等体制強化加算	30	31円	1～2時間未満の利用のみ
延長サービス加算Ⅰ	50	51円	8時間～9時間未満
延長サービス加算Ⅱ	100	102円	9時間～10時間未満
リハビ「リ」セッション提供体制加算	12	13円	3時間以上4時間未満
リハビ「リ」セッション提供体制加算	16	17円	4時間以上5時間未満
リハビ「リ」セッション提供体制加算	20	21円	5時間以上6時間未満
リハビ「リ」セッション提供体制加算	24	25円	6時間以上7時間未満
リハビ「リ」セッション提供体制加算	28	29円	7時間以上
中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（基本サービス費単位に5%を乗じた単位数）		
入浴介助加算（Ⅰ）	40	41円	
入浴介助加算（Ⅱ）	60	61円	
リハビリテーション マネジメント加算Ⅰ	560/月	570円/月	同意日の属する月から6ヶ月以内
リハビリテーション マネジメント加算Ⅱ	240/月	244円/月	同意日の属する月から6ヶ月超
リハビリテーション マネジメント加算Ⅲ	593/月	603円/月	同意日の属する月から6ヶ月以内
リハビリテーション マネジメント加算Ⅳ	273/月	278円/月	同意日の属する月から6ヶ月超
リハビリテーション マネジメント加算Ⅴ	793/月	807円/月	同意日の属する月から6ヶ月以内
リハビリテーション マネジメント加算Ⅵ	473/月	481円/月	同意日の属する月から6ヶ月超
リハビリテーションマネジメント加算	270/回	275円/回	医師が利用者又は家族に説明した場合
短期集中個別リハ「リ」セッション実施加算	110	112円	退院（所）日又は認定日から3ヶ月以内
認知症高齢者リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240	244円	退院（所）日又は利用開始日から3ヶ月以内
認知症高齢者リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1,920/月	1,953円/月	退院（所）日又は利用開始日の属する月から3ヶ月以内
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250/月	1,272円/月	利用開始日の属する月から6ヶ月以内
若年性認知症利用者受入加算	60	61円	
栄養アセスメント加算	50/月	51円/月	
栄養改善加算	200/回	204円/回	原則3ヶ月以内、月2回を限度
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	21円	6ヶ月に1回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	5円	6ヶ月に1回
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150/回	153円/回	原則3ヶ月以内、月2回を限度
口腔機能向上加算（Ⅱ）Ⅰ	155/回	158円/回	原則3ヶ月以内、月2回を限度
口腔機能向上加算（Ⅱ）Ⅱ	160/回	163円/回	原則3ヶ月以内、月2回を限度
重度療養管理加算	100	102円	医学的管理の必要な要介護3以上の方
中重度者ケア体制加算	20	21円	
科学的介護推進体制加算	40	41円	1ヶ月に1回
送迎減算	▲47	▲48円	事業所が送迎を行わない場合（片道につき）
退院時共同指導加算	600/回	611円/回	1回につき
移行支援加算	12/回	13円/回	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	23円	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	15	19円	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）Ⅰ	単位数は施設サービス費・加算などの合計単位数に16.1%を乗じた数。自己負担額は施設単位数に16.1%を乗じた額の1割1月につき		
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）Ⅱ	単位数は施設サービス費・加算などの合計単位数に11.1%を乗じた数。自己負担額は施設単位数に16.1%を乗じた額の1割1月につき		
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）Ⅲ	単位数は施設サービス費・加算などの合計単位数に11.1%を乗じた数。自己負担額は施設単位数に16.1%を乗じた額の1割1月につき		
介護予防通所リハビリテーション 加算等（1単位は10.17円）			
	単位数	自己負担額	
中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（基本サービス費単位に5%を乗じた単位数）		
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562/月	572円/月	利用開始日の属する月から6ヶ月以内
若年性認知症利用者受入加算	240/月	244円/月	
利用開始日の属する月から	▲120/月	▲122円/月	要支援1 ※要件を満たさない場合のみ
12ヶ月を超えた際の減算	▲240/月	▲244円/月	要支援2 ※要件を満たさない場合のみ
退院時共同指導加算	600/回	611円/回	1回につき
栄養アセスメント加算	50/月	51円/月	
栄養改善加算	200/月	204円/月	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	21円	6ヶ月に1回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	5円	6ヶ月に1回
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150/月	153円	月2回を限度
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160/月	163円	月2回を限度
一体的サービス提供加算	480/月	489円/月	
科学的介護推進体制加算	40/月	41円/月	1ヶ月に1回
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	88/月	90円/月	要支援1
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	176/月	179円/月	要支援2
	72/月	74円/月	要支援1
	144/月	147円/月	要支援2
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）Ⅰ	単位数は施設サービス費・加算などの合計単位数に16.1%を乗じた数。自己負担額は施設単位数に16.1%を乗じた額の1割1月につき		
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）Ⅱ	単位数は施設サービス費・加算などの合計単位数に11.1%を乗じた数。自己負担額は施設単位数に16.1%を乗じた額の1割1月につき		
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）Ⅲ	単位数は施設サービス費・加算などの合計単位数に11.1%を乗じた数。自己負担額は施設単位数に16.1%を乗じた額の1割1月につき		
※1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。			
両サービス共通 食費・日常生活費等（単位：円）			
食費	680円/日		
日用品費	200円/日		
教養娯楽費	実費		
オムツ代	100円/枚		
オムツ代	30円/枚		
理美容代	2,200円/回（税込）		
延長サービスに伴う夕食代	618円/回		
キャンセル料	当日8：30までにサービスの中止（休み）のご連絡がなかった場合1,000円/回		

介護老人保健施設やまのベグリーンヒルズ【訪問リハビリテーション 重要事項】

1. 施設の概要

- ① 提供できるサービスの種類と地域
施設名 介護老人保健施設やまのベグリーンヒルズ
所在地 奈良県桜井市大豆越104-1 連絡先 TEL:0744-45-5960 FAX:0744-45-5961
種類 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション
サービス対象地域 桜井市、天理市、橿原市、磯城郡
- ② 職員の定数
・管理者(医師) 1名
・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 2名以上
- ③ 利用定員 1日の利用定員数は、5人とする
- ④ 営業日及び営業時間・サービス提供時間
・祝日も含む、毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日とする
・営業日の午前8時30分～午後5時までを営業時間とする
・年始1月1日から1月3日の3日間は特別休暇とする

2. 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事業の目的及び運営方針

(目的)介護老人保健施設やまのベグリーンヒルズ(以下「事業所」という)において実施する訪問リハビリテーション(介護予防訪問リハビリテーション)の運営に必要な事項を定め、介護保険法令の趣旨に従って、要介護状態(介護予防訪問リハビリテーションにあつては要支援状態)と認定された利用者(以下「利用者」という)に対し、訪問リハビリテーション(介護予防訪問リハビリテーション)計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。

(運営方針)利用者が要介護状態等となった場合においても、可能なかぎり居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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ことにより、利用者の心身機能の維持回復を図るものとする。

明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療、又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

3. 利用料金

- ・訪問リハビリテーション(介護予防訪問リハビリテーション)サービス費は、介護報酬の告示上の額の利用者負担割合に応じた額とする。
- ・利用料(キャンセル料等)は、運営規定、重要事項説明書及び料金表にて定める。
- ・前項に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者又は家族に対し説明を行い、利用者の同意を得なければならない。
 - 交通費(通常事業の実施地域以外) 300円/日
 - キャンセル料 当日8:30までにサービス中止(休み)のご連絡がなかった場合 1000円/回

4. 身体拘束等について

事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を廃止する。但し、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記載する。

5. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の設置を講じる。

6. 事故発生の防止及び発生時の対応

事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生の防止のための指針を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備する。また、サービス提供等に事故が発生した場合、事業所は、利用者に対し必要な措置を行う。

7. 守秘義務及び個人情報の保護

- ① 事業所及び事業所の従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしてはならない。この守秘義務は利用終了後も同様とする。
- ② 事業所は、従業者であつた者が正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らすことがないよう配慮する。
- ③ 事業所は、次の各号についての情報提供については、利用者及びその家族から、予め文書により同意を得た上で行うこととする。
 - i .介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
 - ii .介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表会等。尚、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守する。

8. その他運営に関する重要事項

- ① 事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。
- ② 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- ③ 訪問リハビリテーション(介護予防訪問リハビリテーション)に関する政省令及び通知並びに運営規定に定めのない、運営に関する重要事項については、医療法人社団岡田会介護老人保健施設やまのベグリーンヒルズの役員会において定めるものとする。

9. 第三者評価の実施状況

当施設では、第三者評価は実施していません。

10. サービス内容に関する苦情 相談 要望の窓口

- ① 当施設 所在地 〒633-0087 奈良県桜井市大豆越104-1 TEL 0744-45-5960
- ② 市町村の窓口 当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
桜井市役所 所在地 〒633-0062 奈良県桜井市栗殿432-1 高齢福祉課 介護保険係
TEL 0744-42-9111 受付時間 8:30～17:15(土日、祝日は除く)
- ③ 公共団体の窓口 奈良県国民健康保険団体連合会
所在地 〒634-0061 奈良県橿原市大久保町302-1 奈良県市町村会館5階 事業課 介護苦情係
TEL 0744-21-6811 FAX 0744-21-6899
フリーダイヤル 0120-21-6899 受付時間 9:00～16:45(土日、祝日は除く)

利用料金表

訪問リハビリテーション基本サービス費（１単位は10,17円） 【 １割負担 】

	単位数	自己負担額	
訪問リハビリテーション費	308	313円	１回につき（１週に６回を限度） (退所後3ヶ月間は1週に12回を限度)

加算等（１単位は10,17円）

	単位数	自己負担額	
短期集中リハビリテーション実施加算	200	204円	１日につき
リハビリテーションマネジメント加算イ	180	183円	１月につき
リハビリテーションマネジメント加算ロ	213	217円	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算 (事業者の医師が利用者又はその家族に説明し、同意を得た場合)	270	274円	1月につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240	244円	１日につき
口腔連携強化加算	50	51円	
退院時共同指導加算	600	610円	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	6	7円	１回につき
サービス提供体制強化加算Ⅱ	3	3円	１回につき
介護職員等処遇改善加算	基本サービス費・加算などの合計単位数に1.5%を乗じた単位数の1割/1月につき		

※１ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

介護予防訪問リハビリテーション基本サービス費（１単位は10,17円）

	単位数	自己負担額	
介護予防訪問リハビリテーション費	298	303円	１回につき（１週に６回を限度） (退所後3ヶ月間は1週に12回を限度)

加算等（１単位は10,17円）

	単位数	自己負担額	
短期集中リハビリテーション実施加算	200	204円	１日につき
口腔連携強化加算	50	51円	
退院時共同指導加算	600	610円	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	6	7円	１回につき
サービス提供体制強化加算Ⅱ	3	3円	１回につき
利用開始月から12ヶ月超	▲30	▲31円	利用開始日の属する月から12ヶ月を越えた際の減算
介護職員等処遇改善加算	基本サービス費・加算などの合計単位数に1.5%を乗じた単位数の1割/1月につき		

※１ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

その他（両サービス共通）

	自己負担額	
交通費（通常の実施地域以外）	300円	１日につき（桜井市、橿原市、天理市、磯城郡以外の場合）
キャンセル料	1,000円	当日8:30までにサービス中止の連絡が無かった場合