

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター

介護予防通所リハビリテーション

通所リハビリテーション

# 重要事項説明書

公益財団法人横浜市総合保健医療財団

# 重要事項説明書

## 1 施設の概要

### (1) 事業者

- ・ 事業者の名称 公益財団法人横浜市総合保健医療財団
- ・ 主たる事務所の所在地 横浜市港北区鳥山町1735番地
- ・ 代表者の氏名 理事長 戸塚 武和
- ・ 電話番号 045-475-0001

### (2) 施設の名称等

- ・ 施設の名称 横浜市総合保健医療センター
- ・ 開設年月日 平成4年10月1日
- ・ 所在地 横浜市港北区鳥山町1735番地
- ・ 介護保険指定番号  
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 1470902584
- ・ 施設長の氏名 塩崎 一昌
- ・ 電話番号 045-475-0001
- ・ ファクシミリ番号 045-475-0002

### (3) 定員 20人

### (4) 職員体制

医師： 1人	看護職員： 1人	介護職員： 2人
管理栄養士： 1人	理学療法士： 1人	作業療法士： 1人
介護支援専門員： 1人	調理員： 必要数（委託）	

### (5) 営業日 日曜日及び12月29日～翌年1月3日を除くすべての日

営業時間 8時30分～17時15分

サービス提供時間 10時00分～16時05分

### (6) 併設サービス

- ・ 介護老人保健施設サービス（短期入所療養介護含む：71床）
- ・ 介護医療院サービス（短期入所療養介護含む：19床）

## 2 サービス内容

居宅サービス計画に基づき、ご利用者及びご家族の希望を反映した介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション計画に基づいて、サービスを提供します。

### (1) ケアサービス

#### ① 診療

心身の状態に照らして、療養上妥当適切な診療を行います。

#### ② 看護及び医学的管理下における介護

健康状態の把握及び介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション計画書に基づき利用者の日常生活全般にわたる看護・介護を行います

#### ③ 機能訓練

居宅サービス計画に基づき、個別サービス計画を立て機能訓練を行います。また、体力、運動機能の維持向上を目的とし、集団での体操やレクリエーションを提供しています。

④ 栄養管理

栄養状態を把握し、摂食・嚥下機能および食事の形態にも配慮します。また、居宅サービス計画に基づき、個別の栄養ケアを行います。

(2) 生活サービス

① 食事

昼食：12:00～13:00

② 入浴

ご希望の方に提供しています。

③ 行事・レクリエーション

季節毎の行事と、プログラムに沿ったレクリエーションを行います。

利用者様の希望により参加いただける活動を実施する場合があります。これらの活動に必要な材料費等については、実費をご負担いただくことがあります。(事前にご案内します)

3 協力医療機関等

通所中に状態が急変した場合には、ご家族・地域主治医へ連絡を取るとともに、必要な場合は下記協力医療機関での対応をお願いする場合があります。また、状況に応じ協力医療機関以外の医療機関にも対応をお願いすることがあります。

横浜市北東部中核施設横浜労災病院	
所在地	横浜市港北区小机町3211番地
電話番号	045-474-8111
診療科目	内科 呼吸器科 整形外科 形成外科 リハビリテーション科 消化器科 外科 小児科 耳鼻咽喉科 眼科 歯科口腔外科 泌尿器科 皮膚科 産婦人科 神経内科 脳神経外科 心臓血管外科 循環器科 心療内科
医療法人 五星会 菊名記念病院	
所在地	横浜市港北区菊名4丁目4番27号
電話番号	045-402-7111
診療科目	内科 外科 脳神経外科 心臓血管外科 循環器科 呼吸器科 整形外科 消化器科 放射線科 泌尿器科 皮膚科 アレルギー科 麻酔科
医療法人 三星会 大倉山記念病院	
所在地	横浜市港北区樽町1丁目1番23号
電話番号	045-531-2546
診療科目	内科 外科 整形外科 泌尿器科 眼科 婦人科 脳神経外科 皮膚科

4 事故発生時の対応

- ① サービス提供等により事故が発生した場合には、利用者に対し適切な処置を講じます。また、ご家族へ事故発生の状況、ご利用者の状態を連絡し、その後も必要に応じて随時経過をお伝えします。
- ② 事故の状況及び事故に際してとった措置を記録、保管するとともに、事故の要因分析を行い再発防止に努めます。
- ③ 行政機関に対し、事故の状況及び事故に際してとった措置を報告いたします。

## 5 施設利用にあたっての留意事項

### ① 喫煙・飲酒

- ・ 喫煙につきましてはご相談ください。
- ・ 飲酒につきましては、原則できないことになっています。

### ② 貴重品の管理

- ・ 不要な貴重品の持ち込みはご遠慮ください。

### ③ 禁止行為等

施設内での次の行為は禁じられています。

- ・ 宗教や習慣の違いなどで他人を排撃し、または自己の利益のために他人の自由を侵すこと
- ・ 施設内での宗教活動及び政治活動
- ・ 喧嘩もしくは口論、泥酔、騒音など他の利用者等に迷惑を及ぼすこと
- ・ 故意に施設もしくは物品を破損したり、施設外に持ち出すこと
- ・ 金品または品物によって賭事をする事
- ・ 施設内の秩序を乱したり、安全衛生を害すること
- ・ 無断で物品の位置を変えたり形状を変えること

\*上記の違反行為により、他の利用者や施設の物品等に被害が生じた場合は、賠償責任が発生することがあります。

## 6 非常災害対策

- ・ 防災設備：スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知器等
- ・ 防災訓練：年2回

## 7 身体拘束

施設は、原則として利用者に対し身体拘束は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には施設の医師がその様態及び時間、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とともに、施設が利用者又は代理人に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間等について、十分説明し、同意を得ることとします。

## 8 秘密の保持および個人情報の保護

(1) 当センターにおけるすべての職員は、「財団法人横浜市総合保健医療財団の保有する個人情報保護に関する規程」に基づき、業務上知り得た利用者またはその家族等に関する個人情報を漏らすことがないよう秘密を保持します。但し、次の各号についての情報提供については、当センターは利用者および代理人から予め同意を得たうえで行うこととします。

ア 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。

イ 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等。なお、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します。

ウ 利用者の離棟時等、生命・身体の保護のための警察並びに公共交通機関等への連絡及び捜索協力依頼等。

また、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ア サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- イ 居宅介護支援事業所等との連携
- ウ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- エ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
- オ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）
- カ 高齢者虐待等を発見した場合の市町村への連絡

(2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様とする。

## 9 利用料金

別紙のとおり

## 10 支払方法

利用した翌月の中旬に請求書を郵送しますので、当センター会計窓口または金融機関（郵便局は除く）にてお支払いください。また、登録をすることで口座引き落としによる支払もご利用になれます。

## 11 苦情申し立て

サービスに関する相談・苦情の常設窓口として、次のとおり職員を配置しています。

受付担当者	総合相談室相談支援担当係長 看護部介護老人保健施設係看護担当係長 看護部介護老人保健施設係一般棟担当係長 看護部副看護部長兼介護医療院係長	藤 嶋 享 飯 島 崇 暁 三 輪 久 美 子 山 田 陽 子
責任者	総合相談室長 飯 塚 英 里	
電話番号	045-475-0103	
ファクシミリ番号	045-475-0101	
対応時間	月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) 8:45～17:15	

次の公的機関においてもサービスに関する相談・苦情ができます。

横浜市 健康福祉局 高齢施設課	所在地	横浜市中区本町6-50-10
	電話番号	045-671-3923
	ファクシミリ番号	045-641-6408
	対応時間	月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) 8:45～17:15

港北区役所 福祉保健セ ンター 介護保険担 当	所在地	横浜市港北区大豆戸町26番1号
	電話番号	045-540-2325
	ファクシミリ番号	045-540-2396
	対応時間	月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) 8:45～17:15
神奈川県国 民健康保険 団体連合会	所在地	横浜市西区楠町27番1号
	電話番号	045-329-3447
	ファクシミリ番号	045-329-3446
	対応時間	月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) 9:00～17:00
かながわ福 祉サービス 運営適正化 委員会	所在地	横浜市神奈川区反町3丁目17番2号
	電話番号	045-311-8861
	ファクシミリ番号	045-312-6302
	対応時間	月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) 9:00～17:00

## 12 賠償責任について

サービスの提供に伴って、施設の責めに帰すべき事由により、入所者の生命・身体及び財産等を傷つけた場合にはその範囲において入所者に対しその損害を賠償します。ただし、その損害の発生については、入所者が故意または過失が認められる場合には、その程度に応じて施設の損害賠償責任は軽減されます。センターは、サービス提供により事故が発生した場合に備えて、損害賠償保険に加入するものとします。

## 13 損害賠償責任保険の加入状況

保険会社 : 東京海上日動火災保険株式会社

保険名 : 賠償責任保険

補償の概要 : 1事故につき100,000千円

※尚、送迎時の車両による事故については、委託先送迎会社の保険で対応いたします。

## 14 職員の質の確保

当センターでは職員の質の確保のために、職員に対し定期的に各種研修会を実施し質向上に取り組んでいます。

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (介護予防通所リハ)

<基本表>

(単位:円)

要介護	基本料 (単位)	サービス提供体 制強化加算(Ⅰ) (単位)	小計 (単位)	食費(円)	※日合計(円)	※月合計(円) (月4回通所の場合)
要支援1	2,268 (1か月)	88 (1か月)	2,356 (2,564円) (1か月)	576	—	7,172
要支援2	4,228 (1か月)	176 (1か月)	4,404 (4,792円) (1か月)	576	—	9,400

※日合計・月合計は、1単位当たり10.88円で計算し、その1割の自己負担額に食費を加算して算出しています。

<主な各種加算等>

介護保険	
<input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6月以内)(1月につき)	562単位
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1月につき)	240単位
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算(1回につき)	600単位
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算(1月につき)	50単位
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算(1月につき)	200単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき)(6月に1回を限度)	20単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき)(6月に1回を限度)	5単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ)(1月につき)	150単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)(1月につき)	160単位
<input type="checkbox"/> 一体的サービス提供加算	480単位
<input type="checkbox"/> 事業所評価加算(1月につき)	120単位
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(1月につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の111

介護保険以外	
<input type="checkbox"/> おやつ代	100円/日
<input type="checkbox"/> 日常生活品および教養娯楽費	150円/日
<input type="checkbox"/> その他消耗品等 実費相当額(希望により参加いただいたプログラムにかかる材料費等)	

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1か月当たりの概算自己負担金 約 \_\_\_\_\_ 円(通所中に加算が追加される場合があります)

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (介護予防通所リハ)

<基本表>

(単位:円)

要介護	基本料 (単位)	サービス提供体 制強化加算(Ⅰ) (単位)	小計 (単位)	食費(円)	※日合計(円)	※月合計(円) (月4回通所の場合)
要支援1	2,268 (1か月)	88 (1か月)	2,356 (5,127円) (1か月)	576	—	9,735
要支援2	4,228 (1か月)	176 (1か月)	4,404 (9,584円) (1か月)	576	—	14,192

※日合計・月合計は、1単位当たり10,88円で計算し、その2割の自己負担額に食費を加算して算出しています。

<主な各種加算等>

介護保険	
<input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6月以内)(1月につき)	562単位
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1月につき)	240単位
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算(1回につき)	600単位
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算(1月につき)	50単位
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算(1月につき)	200単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき)(6月に1回を限度)	20単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき)(6月に1回を限度)	5単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ)(1月につき)	150単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)(1月につき)	160単位
<input type="checkbox"/> 一体的サービス提供加算	480単位
<input type="checkbox"/> 事業所評価加算(1月につき)	120単位
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(1月につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の111

介護保険以外	
<input type="checkbox"/> おやつ代	100円/日
<input type="checkbox"/> 日常生活品および教養娯楽費	150円/日
<input type="checkbox"/> その他消耗品等 実費相当額(希望により参加いただいたプログラムにかかる材料費等)	

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1か月当たりの概算自己負担金 約 \_\_\_\_\_ 円(通所中に加算が追加される場合があります)

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (介護予防通所リハ)

<基本表>

(単位:円)

要介護	基本料 (単位)	サービス提供体 制強化加算(Ⅰ) (単位)	小計 (単位)	食費(円)	※日合計(円)	※月合計(円) (月4回通所の場合)
要支援1	2,268 (1か月)	88 (1か月)	2,356 (7,690円) (1か月)	576	—	12,298
要支援2	4,228 (1か月)	176 (1か月)	4,404 (14,375円) (1か月)	576	—	18,983

※日合計・月合計は、1単位当たり10,88円で計算し、その3割の自己負担額に食費を加算して算出しています。

<主な各種加算等>

介護保険	
<input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6月以内)(1月につき)	562単位
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1月につき)	240単位
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算(1回につき)	600単位
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算(1月につき)	50単位
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算(1月につき)	200単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき)(6月に1回を限度)	20単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき)(6月に1回を限度)	5単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ)(1月につき)	150単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)(1月につき)	160単位
<input type="checkbox"/> 一体的サービス提供加算	480単位
<input type="checkbox"/> 事業所評価加算(1月につき)	120単位
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(1月につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の111

介護保険以外	
<input type="checkbox"/> おやつ代	100円/日
<input type="checkbox"/> 日常生活品および教養娯楽費	150円/日
<input type="checkbox"/> その他消耗品等 実費相当額(希望により参加いただいたプログラムにかかる材料費等)	

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1か月当たりの概算自己負担金 約 \_\_\_\_\_ 円(通所中に加算が追加される場合があります)

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (通所リハ)

<基本表>

(単位:円)

要介護	基本料 (単位) 5時間以上6時間未満	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (単位)	小計 (単位)	食費(円)	※日合計(円)	※月合計(円) (月4回通所の場合)
1	622	22	644 (701円)	576	1,277	5,108
2	738	22	760 (827円)	576	1,403	5,612
3	852	22	874 (951円)	576	1,527	6,108
4	987	22	1,009 (1,098円)	576	1,674	6,696
5	1,120	22	1,142 (1,243円)	576	1,819	7,276

※日合計・月合計は、1単位当たり10,88円で計算し、その1割の自己負担額に食費を加算して算出しています。

<主な各種加算等>

介護保険	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算(基本料にプラス)(5h以上6h未満の場合)	20単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅰ)(1日につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅱ)(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ(開始月から6月以内)(1月につき)(※1)	593単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(開始月から6月超)(1月につき)(※1)	273単位
<input type="checkbox"/> 加算(※1)の通所リハビリテーション計画について医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合(1月につき)	270単位
<input type="checkbox"/> 短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日から起算して3月以内)(1日につき)	110単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内)(1日につき)	240単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内)(1月につき)	1,920単位
<input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6月以内)(1月につき)	1,250単位
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算(1月につき)	50単位
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算(1回につき)(月2回を限度)	200単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき)(6月に1回を限度)	20単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき)(6月に1回を限度)	5単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ)(1回につき)(月2回を限度)	150単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(1回につき)(月2回を限度)	155単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(1回につき)(月2回を限度)	160単位
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	100単位
<input type="checkbox"/> 中重度ケア体制加算(1日につき)	20単位
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(1月につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算(片道につき)	-47単位
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算(1回につき)	600単位
<input type="checkbox"/> 移行支援加算(1日につき)	12単位
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の111

介護保険以外	
<input type="checkbox"/> おやつ代	100円/日
<input type="checkbox"/> 日常生活品および教養娯楽費	150円/日
<input type="checkbox"/> その他消耗品等 実費相当額(希望により参加いただいたプログラムにかかる材料費等)	

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1か月当たりの概算自己負担金 約 円(通所中に加算が追加される場合があります)

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (通所リハ)

<基本表>

(単位:円)

要介護	基本料 (単位) 5時間以上6時間未満	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (単位)	小計 (単位)	食費(円)	※日合計(円)	※月合計(円) (月4回通所の場合)
1	622	22	644 (1,402円)	576	1,978	7,912
2	738	22	760 (1,654円)	576	2,230	8,920
3	852	22	874 (1,902円)	576	2,478	9,912
4	987	22	1,009 (2,196円)	576	2,772	11,088
5	1,120	22	1,142 (2,485円)	576	3,061	12,244

※日合計・月合計は、1単位当たり10,88円で計算し、その2割の自己負担額に食費を加算して算出しています。

<主な各種加算等>

介護保険	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算(基本料にプラス)(5h以上6h未満の場合)	20単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅰ)(1日につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅱ)(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ(開始月から6月以内)(1月につき)(※1)	593単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(開始月から6月超)(1月につき)(※1)	273単位
<input type="checkbox"/> 加算(※1)の通所リハビリテーション計画について医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合(1月につき)	270単位
<input type="checkbox"/> 短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日から起算して3月以内)(1日につき)	110単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内)(1日につき)	240単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内)(1月につき)	1,920単位
<input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6月以内)(1月につき)	1,250単位
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算(1月につき)	50単位
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算(1回につき)(月2回を限度)	200単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき)(6月に1回を限度)	20単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき)(6月に1回を限度)	5単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ)(1回につき)(月2回を限度)	150単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(1回につき)(月2回を限度)	155単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(1回につき)(月2回を限度)	160単位
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	100単位
<input type="checkbox"/> 中重度ケア体制加算(1日につき)	20単位
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(1月につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算(片道につき)	-47単位
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算(1回につき)	600単位
<input type="checkbox"/> 移行支援加算(1日につき)	12単位
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の111

介護保険以外	
<input type="checkbox"/> おやつ代	100円/日
<input type="checkbox"/> 日常生活品および教養娯楽費	150円/日
<input type="checkbox"/> その他消耗品等 実費相当額(希望により参加いただいたプログラムにかかる材料費等)	

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1か月当たりの概算自己負担金 約 円(通所中に加算が追加される場合があります)

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (通所リハ)

<基本表>

(単位:円)

要介護	基本料 (単位) 5時間以上6時間未満	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (単位)	小計 (単位)	食費(円)	※日合計(円)	※月合計(円) (月4回通所の場合)
1	622	22	644 (2,103円)	576	2,679	10,716
2	738	22	760 (2,481円)	576	3,057	12,228
3	852	22	874 (2,853円)	576	3,429	13,716
4	987	22	1,009 (3,294円)	576	3,870	15,480
5	1,120	22	1,142 (3,728円)	576	4,304	17,216

※日合計・月合計は、1単位当たり10,88円で計算し、その3割の自己負担額に食費を加算して算出しています。

<主な各種加算等>

介護保険	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算(基本料にプラス)(5h以上6h未満の場合)	20単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅰ)(1日につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅱ)(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ(開始月から6月以内)(1月につき)(※1)	593単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(開始月から6月超)(1月につき)(※1)	273単位
<input type="checkbox"/> 加算(※1)の通所リハビリテーション計画について医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合(1月につき)	270単位
<input type="checkbox"/> 短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日から起算して3月以内)(1日につき)	110単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内)(1日につき)	240単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内)(1月につき)	1,920単位
<input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6月以内)(1月につき)	1,250単位
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算(1月につき)	50単位
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算(1回につき)(月2回を限度)	200単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき)(6月に1回を限度)	20単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき)(6月に1回を限度)	5単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ)(1回につき)(月2回を限度)	150単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(1回につき)(月2回を限度)	155単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(1回につき)(月2回を限度)	160単位
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	100単位
<input type="checkbox"/> 中重度ケア体制加算(1日につき)	20単位
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(1月につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算(片道につき)	-47単位
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算(1回につき)	600単位
<input type="checkbox"/> 移行支援加算(1日につき)	12単位
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の111

介護保険以外	
<input type="checkbox"/> おやつ代	100円/日
<input type="checkbox"/> 日常生活品および教養娯楽費	150円/日
<input type="checkbox"/> その他消耗品等 実費相当額(希望により参加いただいたプログラムにかかる材料費等)	

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1か月当たりの概算自己負担金 約 円(通所中に加算が追加される場合があります)

横浜市総合保健医療センター料金表（通所リハ）

<基本表>

(単位:円)

要介護	基本料 (単位) 6時間以上7時間未満	サービス提供体 制強化加算(Ⅰ) (単位)	小計 (単位)	食費(円)	※日合計(円)	※月合計(円) (月4回通所の場合)
1	715	22	737 (802円)	576	1,378	5,512
2	850	22	872 (949円)	576	1,525	6,100
3	981	22	1,003 (1,092円)	576	1,668	6,672
4	1,137	22	1,159 (1,261円)	576	1,837	7,348
5	1,290	22	1,312 (1,428円)	576	2,004	8,016

※日合計・月合計は、1単位当たり10.88円で計算し、その1割の自己負担額に食費を加算して算出しています。

<主な各種加算等>

介護保険	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算(基本料にプラス)(6h以上7h未満の場合)	24単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅰ)(1日につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅱ)(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ(開始月から6月以内)(1月につき)	560単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ(開始月から6月超)(1月につき)	240単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(開始月から6月以内)(1月につき)(※1)	593単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(開始月から6月超)(1月につき)(※1)	273単位
<input type="checkbox"/> 加算(※1)の通所リハビリテーション計画について医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合(1月につき)	270単位
<input type="checkbox"/> 短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日から起算して3月以内)(1日につき)	110単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内)(1日につき)	240単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内)(1月につき)	1,920単位
<input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6月以内)(1月につき)	1,250単位
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算(1月につき)	50単位
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算(1回につき)(月2回を限度)	200単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき)(6月に1回を限度)	20単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき)(6月に1回を限度)	5単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ)(1回につき)(月2回を限度)	150単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(1回につき)(月2回を限度)	155単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(1回につき)(月2回を限度)	160単位
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	100単位
<input type="checkbox"/> 中重度ケア体制加算(1日につき)	20単位
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(1月につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算(片道につき)	-47単位
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算(1回につき)	600単位
<input type="checkbox"/> 移行支援加算(1日につき)	12単位
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の111

介護保険以外	
<input type="checkbox"/> おやつ代	100円/日
<input type="checkbox"/> 日常生活品および教養娯楽費	150円/日
その他消耗品等 実費相当額	

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1か月当たりの概算自己負担金 約 円(通所中に加算が追加される場合があります)

横浜市総合保健医療センター料金表（通所リハ）

<基本表>

(単位:円)

要介護	基本料 (単位) 6時間以上7時間未満	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (単位)	小計 (単位)	食費(円)	※日合計(円)	※月合計(円) (月4回通所の場合)
1	715	22	737 (1,604円)	576	2,180	8,720
2	850	22	872 (1,898円)	576	2,474	9,896
3	981	22	1,003 (2,183円)	576	2,759	11,036
4	1,137	22	1,159 (2,522円)	576	3,098	12,392
5	1,290	22	1,312 (2,855円)	576	3,431	13,724

※日合計・月合計は、1単位当たり10.88円で計算し、その2割の自己負担額に食費を加算して算出しています。

<主な各種加算等>

介護保険	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算(基本料にプラス)(6h以上7h未満の場合)	24単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅰ)(1日につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅱ)(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ(開始月から6月以内)(1月につき)	560単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ(開始月から6月超)(1月につき)	240単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(開始月から6月以内)(1月につき)(※1)	593単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(開始月から6月超)(1月につき)(※1)	273単位
<input type="checkbox"/> 加算(※1)の通所リハビリテーション計画について医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合(1月につき)	270単位
<input type="checkbox"/> 短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日から起算して3月以内)(1日につき)	110単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内)(1日につき)	240単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内)(1月につき)	1,920単位
<input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6月以内)(1月につき)	1,250単位
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算(1月につき)	50単位
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算(1回につき)(月2回を限度)	200単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき)(6月に1回を限度)	20単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき)(6月に1回を限度)	5単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ)(1回につき)(月2回を限度)	150単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(1回につき)(月2回を限度)	155単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(1回につき)(月2回を限度)	160単位
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	100単位
<input type="checkbox"/> 中重度ケア体制加算(1日につき)	20単位
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(1月につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算(片道につき)	-47単位
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算(1回につき)	600単位
<input type="checkbox"/> 移行支援加算(1日につき)	12単位
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の111

介護保険以外	
<input type="checkbox"/> おやつ代	100円/日
<input type="checkbox"/> 日常生活品および教養娯楽費	150円/日
その他消耗品等 実費相当額	

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1か月当たりの概算自己負担金 約 円(通所中に加算が追加される場合があります)

横浜市総合保健医療センター料金表（通所リハ）

<基本表>

(単位:円)

要介護	基本料 (単位) 6時間以上7時間未満	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (単位)	小計 (単位)	食費(円)	※日合計(円)	※月合計(円) (月4回通所の場合)
1	715	22	737 (2,406円)	576	2,982	11,928
2	850	22	872 (2,847円)	576	3,423	13,692
3	981	22	1,003 (3,274円)	576	3,850	15,400
4	1,137	22	1,159 (3,783円)	576	4,359	17,436
5	1,290	22	1,312 (4,283円)	576	4,859	19,436

※日合計・月合計は、1単位当たり10.88円で計算し、その3割の自己負担額に食費を加算して算出しています。

<主な各種加算等>

介護保険	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算(基本料にプラス)(6h以上7h未満の場合)	24単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅰ)(1日につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算(Ⅱ)(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ(開始月から6月以内)(1月につき)	560単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ(開始月から6月超)(1月につき)	240単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(開始月から6月以内)(1月につき)(※1)	593単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(開始月から6月超)(1月につき)(※1)	273単位
<input type="checkbox"/> 加算(※1)の通所リハビリテーション計画について医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合(1月につき)	270単位
<input type="checkbox"/> 短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日から起算して3月以内)(1日につき)	110単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内)(1日につき)	240単位
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内)(1月につき)	1,920単位
<input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6月以内)(1月につき)	1,250単位
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	60単位
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算(1月につき)	50単位
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算(1回につき)(月2回を限度)	200単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき)(6月に1回を限度)	20単位
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき)(6月に1回を限度)	5単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ)(1回につき)(月2回を限度)	150単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(1回につき)(月2回を限度)	155単位
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(1回につき)(月2回を限度)	160単位
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	100単位
<input type="checkbox"/> 中重度ケア体制加算(1日につき)	20単位
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(1月につき)	40単位
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算(片道につき)	-47単位
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算(1回につき)	600単位
<input type="checkbox"/> 移行支援加算(1日につき)	12単位
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の111

介護保険以外	
<input type="checkbox"/> おやつ代	100円/日
<input type="checkbox"/> 日常生活品および教養娯楽費	150円/日
その他消耗品等 実費相当額	

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1か月当たりの概算自己負担金 約 円(通所中に加算が追加される場合があります)

【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービスの内容について、本書面を交付のうえ重要事項を説明しました。

施設 所在地 横浜市港北区鳥山町1735番地  
名称 横浜市総合保健医療センター 介護老人保健施設

説明者 \_\_\_\_\_ 印

サービスの内容について、事業者から説明を受け、サービスの内容に同意のうえ交付を受けました。

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 印（続柄）