

ご利用の案内 (通所リハビリテーションご利用の方へ)

公設宮代福祉医療センター六花
〒345-0831
埼玉県南埼玉郡宮代町大字須賀177
電話 0480-36-2767
FAX 0480-36-2761

ご利用される皆様へ

公設宮代福祉医療センター六花は、要支援及び要介護認定を受けており、病状が安定している方に対し医師、看護介護職員、リハビリ職員、管理栄養士等による健康管理と日常生活上のお世話をさせていただく施設です。

病院のような医学管理・リハビリテーションは提供できませんが、規則正しい生活、身だしなみへの気配り、レクリエーションを通しての運動や他者との交流、自発的な行動の促し等の生活リハビリテーションを提供させていただきます。

居宅ケアマネジャーが立案したケアプランを元に、ご利用者の有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援させていただきます。

当施設のご利用を希望する皆様には、当案内に記載されている内容をご理解のうえお申込みいただきますようお願い申し上げます。

公設宮代福祉医療センター施設の理念

「福祉から医療までのあらゆるサービスを提供することにより、
100人の100のニーズに応える」

「六花」の特色

六花は東武動物公園に隣接し、周りは水田と桜並木に囲まれており、周囲の環境に恵まれています。季節に合わせた行事やレクリエーション、クラブ活動も活発に行われております。またリハビリスタッフ主導によるリハビリのほか、集団リハビリ・作業活動も活発に実施しております。充実したリハビリ、多彩なレクリエーションを通じて少しでも自立した生活を送って頂けるよう支援しています。

□ ご利用コース（3種類）

- ◇ 1日コース（6－8h）
- ◇ 半日午前コース（2－3h）
- ◇ 半日午後コース（2－3h）

※1日コースは要介護1～5の方が利用できます。

※半日コース（午前・午後）は要支援の方、または要介護者のうちで要支援の方と同等のプログラムを実施できる方を対象としています。

□ 基本的なの過ごし方（1日コースの例）

基本的な1日の過ごし方（1日コースの例）

※開始時間、終了時間は送迎到着時間により個人差が生じます。
※半日コースは入浴、昼食の提供はございません。

09:00	送迎バスでお迎えにいきます 健康チェックを行います	
10:00	リハビリ（機能訓練）を行います 個人の健康状態によってメニューが変わります 入浴（交代制）	
12:00	昼食	
13:00	レクリエーションを行います 手作業や外出行事などありますので楽しみましょう 入浴（交代制）	
16:00	送迎バスでお送りします	

  

□ 利用日・利用時間

- ◇ 月曜日から土曜日の間で、担当のケアマネジャーが作成したケアプランに基づいた曜日・回数でお越しいただきます。
- ◇ 日曜・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）はお休みです。
- ◇ 天候不良（台風、大雪）や災害等でサービス提供できないと判断した場合は、営業を中止することがあります。

□ 送迎について

- ◇ 送迎範囲は宮代町全域です。送迎区域外は相談員までご連絡下さい。
- ◇ リフト付きワゴン車、軽自動車等で送迎します。

- ◇ 朝の送迎時間は、半日午前コースは8：30～9：00、半日午後コースは12：45～13：30にお迎えに上がりますのでご準備をお願いします。1日コースご利用の方はおおよそそのお迎え時間を前日までにお伝えします。尚、交通事情等によりご自宅への到着予定時間が前後しますので予めご了承ください。
- ◇ ご家族送迎・自己送迎（要支援のみ）も承っておりますが、移動中の事故につきましては自己責任となりますので予めご了承ください。

□ 利用料について

- ◇ 要介護認定による要介護（要支援）の程度、負担割合およびサービス提供内容（入浴・リハビリ加算等）により利用料金が異なります。
- ◇ 食材料費・日常生活費・教養娯楽費・おむつ代は自己負担とさせていただきます。
- ◇ お休みの連絡は前日の17時30分までにお願いします。当日、体調不良以外でお休み頂く場合はキャンセル料として昼食費+おやつ代をいただきます。
- ◇ 体調不良等で早退した場合でも、サービス計画上の予定時間で請求を行います。
- ◇ 請求書はご利用月の翌月10日を目安に『請求書兼領収書』（＝請求書の取扱）を発行し、ご指定の宛先に郵送します。
- ◇ お支払方法は「口座振替」のみ対応しています。契約時に口座振替依頼用紙をご記入いただきます。
- ◇ ご希望により連絡帳、クリアケースをお渡しします。その際は初回の請求時に合わせて実費分350円をお引落させていただきます。
- ◇ 領収書は入金確認後、翌月請求書と一緒に郵送いたします。

□ お持物について

- ◇ 連絡帳・クリアケースは必ずお持ちください。
- ◇ 歯ブラシ・オムツ類、昼食後内服薬等は必要に応じてお持ちください。
- ◇ 入浴される方は、ビニール袋・着替えをお持ちください。
- ◇ タオル類・シャンプー・石鹸は施設で用意してあります。
- ◇ 運動しやすい服装、歩きやすい靴でお越しください。施設内では、はいてきた靴のまま過ごします。
- ◇ 持ち物・衣類等にはすべて記名をお願いします。
- ◇ 食べ物の持込はご遠慮ください（食事制限をされている方もいます）。

□ 看護師からお願い

- ◇ 施設内にて、万一具合が悪くなった場合は速やかにご家族に連絡いたしま

す。状態により病院の受診や帰宅をお願いすることもあります。

- ◇ 昼食時に服薬されている方はご持参ください。定期的に薬を内服されている方で、薬の種類が変わったり増減があった場合には、薬局等でもらうお薬の説明書（コピー可）を提出してください。
- ◇ 病院受診（定期受診も含む）をされた際、健康上の留意点（お薬の変更を含む）がありましたらその都度ご連絡ください。

□ 併設診療所の受診について

- ◇ 通所利用中の外来受診はできません。受診される場合は早退となります。

□ 見学について

- ◇ 見学希望の場合、予約制となりますのでご了承ください。
- ◇ 「体験利用」は埼玉県条例により実施しておりません。

□ 振替利用について

- ◇ 1日コースの方は、利用日に用事等で休んだ場合に他の日に振り替えること（＝振替利用）は可能です。お振替希望日の空きがない場合はお断りすることがあります。

□ 理美容について

- ◇ 当施設では毎月第2・第3水曜日に訪問理美容業者にお越しいただき、理髪を実施しています。ご希望の方は職員にお声掛けいただき、申込書に記入をお願いします（予約制）。
- ◇ 理美容の費用は毎月の利用料と一緒に請求します。
- ◇ 理美容実施中は、サービス提供時間に含まれません。

□ 家屋訪問について

- ◇ 当施設では、全員を対象にリハビリテーションマネジメントを実施するため、利用開始前後に家屋訪問を実施します。

□ リハビリテーションについて

- ◇ 一定の要件に該当し、週2回以上ご利用頂く場合は、概ね3か月の期間認知症短期集中リハビリテーション実施加算、もしくは短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定します。
- ◇ 上記加算対象者には1対1の個別リハビリを実施します。加算対象外の方にも個別のプログラムを作成しますが、実施内容は必ずしも1対1の個別リハビリにならないことを予めご了承ください。

ご利用までの流れ

※お申込みの状況等により、手続の順番が入れ替わることがあります。

1. 利用相談 ご利用希望の方は、居宅ケアマネジャーを通してご相談ください。施設見学の日程を調整します。



2. 施設見学 施設をご見学いただき、施設の方針やサービス内容等についてご説明いたします。そのうえで利用申請書を記入してください。引き続き手続を進める際は、当施設の「情報提供書」をお渡しします。「情報提供書」は主治医の先生に作成を依頼してください。※病院所定の様式でも構いません。その際、採血データの添付をお願いしてください。



3. 面談 申込みと情報提供書をもとにご本人との面談を行います。



4. 利用判定 書類および面談の状況から当施設の判定会議で検討し、利用の可否を決定します。判定結果はご家族および居宅ケアマネジャーに連絡いたします。



5. 利用決定 いつからご利用いただくか確認するとともに、契約日の決定を行います、



6. 契約 利用日前にご自宅に訪問し通所利用契約を締結します。(契約前に、居宅ケアマネジャーによるサービス担当者会議を実施することがあります)

介護予防通所リハビリテーション料金表

(1)保険給付の自己負担額【1月あたり】				
要支援区分	単位	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
要支援1	1,721	1,778	3,556	5,334
要支援2	3,634	3,754	7,508	11,262
●加算・減算【1月あたり】				
項目	単位	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
★ リハビリテーションマネジメント加算	330	341	682	1,023
★ 運動器機能向上加算	225	233	465	698
栄養改善加算	150	155	310	465
栄養スクリーニング加算(初回・6月に1回)	5	6	11	16
口腔機能向上加算	150	155	310	465
生活行為向上リハ実施加算イ(1~3月)	900	930	1,860	2,790
生活行為向上リハ実施加算ロ(4~6月)	450	465	930	1,395
生活行為向上リハ実施減算(7~12月)	所定単位の ▲15/100	左記の1割	左記の2割	左記の3割
若年性認知症利用者受入加算	240	248	496	744
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	480	496	992	1,488
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	700	724	1,447	2,170
事業所評価加算	120	124	248	372
項目	単位	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 《要支援1》	72	75	149	223
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 《要支援1》	48	50	99	149
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 《要支援2》	144	149	298	447
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 《要支援2》	96	100	199	298
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 《要支援1》	24	25	50	75
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 《要支援2》	48	50	99	149
★ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)／月	所定単位の 47/1000	左記の1割	左記の2割	左記の3割
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)／月	所定単位の 34/1000			
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)／月	所定単位の 19/1000			
★ 介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)／月	所定単位の 20/1000	左記の1割	左記の2割	左記の3割
介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ)／月	所定単位の 17/1000			
(2)その他利用料				
項目	単位	利用料		
★ 日常生活費	1日	55円		
★ 教養娯楽費	1日	55円		
※保険給付の自己負担額は、地域区分(6等地)により、1単位10.33円の金額を記載しています。				
※ひと月分をまとめ計算するため、端数処理の結果、実際の請求額と誤差が生じることがあります。				
※★印が付いている加算はご利用者全員対象の加算となります。				
【参考:1月あたりの利用者負担額】				
要支援1、月4回、1割負担		3,023円 / 月		
要支援2、月8回、1割負担		5,657円 / 月		

通所リハビリテーション料金表(要介護/通常規模)

●6時間以上7時間未満					●2時間以上3時間未満				
要介護度	単位	1割(円)	2割(円)	3割(円)	要介護度	単位	1割(円)	2割(円)	3割(円)
要介護1	670	693	1,385	2,077	要介護1	345	357	713	1,069
要介護2	801	828	1,655	2,483	要介護2	400	414	827	1,240
要介護3	929	960	1,920	2,879	要介護3	457	472	944	1,416
要介護4	1,081	1,117	2,234	3,350	要介護4	513	530	1,060	1,590
要介護5	1,231	1,272	2,544	3,815	要介護5	569	588	1,176	1,764
●加算・減算					●加算・減算				
項目	単位	1割(円)	2割(円)	3割(円)	要介護度	単位	1割(円)	2割(円)	3割(円)
リハビリテーション提供体制加算(6-7h)	24	25	50	75	若年性認知症利用者受入加算	60	62	124	186
入浴介助加算	50	52	104	155	栄養改善加算<月2回を限度>	150	155	310	465
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	330	341	682	1,023	栄養スクリーニング加算<6月に1回>	5	6	11	16
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ<同意日の属する月~6月以内>	850	878	1,756	2,634	口腔機能向上加算<月2回を限度>	150	155	310	465
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ<6月超>	530	548	1,095	1,643	重度療養管理加算	100	104	207	310
リハビリテーションマネジメント加算Ⅲ1<同意日の属する月~6月以内>	1,120	1,157	2,314	3,471	中重度者ケア体制加算	20	21	42	62
リハビリテーションマネジメント加算Ⅲ2<6月超>	800	827	1,653	2,480	送迎減算<片道>	▲47	▲49	▲97	▲146
リハビリテーションマネジメント加算Ⅳ<同意日の属する月~6月以内>	1,220	1,261	2,521	3,781	★社会参加支援加算	12	13	25	37
リハビリテーションマネジメント加算Ⅳ<6月超>	900	930	1,860	2,790	★サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18	19	37	56
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	114	228	341	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	12	13	25	37
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240	248	496	744	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	6	7	13	19
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ/月	1,920	1,984	3,967	5,950	★介護職員処遇改善加算(Ⅰ)/月	所定単位の47/1000	左記の1割	左記の2割	左記の3割
生活行為向上リハビリテーション実施加算<利用開始月~3月以内>/月	2,000	2,066	4,132	6,198	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)/月	所定単位の34/1000			
生活行為向上リハビリテーション実施加算<3月超~6月以内>/月	1,000	1,033	2,066	3,099	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)/月	所定単位の19/1000			
生活行為向上リハビリ継続減算<6月超~12月以内>/月	▲85/100	左記の1割	左記の2割	左記の3割	★介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)/月	所定単位の20/1000			
					介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ)/月	所定単位の17/1000			
◆その他利用料(6-7h)					◆その他利用料(2-3h)				
項目	単位	利用料			項目	単位	利用料		
食費	1食	465円			日常生活費	1日	55円		
おやつ代	1食	155円			教養娯楽費	1日	55円		
日常生活費	1日	165円							
教養娯楽費	1日	110円							

※保険給付の自己負担額は、地域区分(6等地)により、1単位10.33円の金額を記載しています。

※ひと月分をまとめ計算するため、端数処理の結果、実際の請求額と誤差が生じることがあります。

※栄養スクリーニング加算は5月と11月の年2回算定させていただきます。(1日コースのみ)

※リハビリテーションマネジメント加算はⅠ・Ⅲのいずれかを算定します。

※1日コースのみ、リハビリテーション提供体制加算を算定します。

※★印が付いている加算はご利用者全員対象の加算となります。

【参考:1日あたりの利用者負担額】

1日コース(6-7h)、要介護1、週1回、入浴有、リハマネⅢ2、1割負担、その他利用料込み

1,973円 / 日

半日コース(2-3h)、要介護1、週1回、リハマネⅠ、1割負担、その他利用料込み

618円 / 日

六花(通所リハビリ)の直通ダイヤル

0480-36-2767

- 通所リハビリに関するご連絡は上記番号にお掛け下さい。
- 営業時間外および土・日・祝日の連絡は留守電に切り替わります。※営業時間=8:30~17:30
- キャンセルの連絡は、留守電に①名前②お休みする日③お休みする理由 を残して下さい。

H29.4.1現在