

介護老人保健施設グリーンヒルズ相模原  
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）契約書及び重要事項説明書  
(令和6年6月1日現在)

1. 施設の概要

(1)施設の名称等

法人名	医療法人社団 晃友会
施設名	介護老人保健施設グリーンヒルズ相模原
開設年月日	平成8年4月10日
所在地	神奈川県相模原市緑区大島 1583 番 1
電話／ファックス	042-760-5600 042-760-1623
管理者名	松島 和夫
介護保険指定番号	介護老人保健施設（1452680007号）

(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）の概要

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）については、要介護者（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス（介護予防サービス）計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、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）計画が作成されますが、その際、利用者・ご家族の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

(3)施設の職員体制

	人員配置	業務内容
施設長（医師）	1.0（兼任）	日常的な医療（診察・投薬・治療）の提供
介護職員	19.0	日常生活上のお世話・生活訓練指導
理学療法士	6.0（兼任）	疾病（廃用性を含む）に基づく機能障害への機能訓練
作業療法士	2.0（兼任）	疾病（廃用性を含む）に基づく機能障害への機能訓練
言語聴覚士	2.0（兼任）	疾病に基づく言語障害・嚥下障害の検査・訓練
栄養士	1.0（兼任）	栄養管理・指導、献立作成、調理指示

(4)利用定員、営業日及び営業時間等

- ・利用定員 40名
- ・営業日 月曜日～日曜日
- ・受付時間 営業日の9:00～17:30
- ・サービス提供時間 営業日の9:00～20:00（条件により異なる）
- ・休日 1月1日～3日 ※左記以外の日は祝祭日を含め通常通り営業しております。

(5)通常の事業の実施地域

相模原市、愛川町、町田市相原町、町田市小山町の一部

2. サービス内容

- ① 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）計画の立案
- ② 食事  
 昼食 12時～13時    おやつ 15時30分～16時    夕食 18時～19時
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。）
- ④ 医学的管理及び看護の下における介護・・・医師、看護職員により、適切な医療看護サービスを行います。また、通所リハビリテーション計画に基づきサービスを行います。
- ⑤ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑥ 相談援助サービス

3. 介護保険サービス費のご案内（詳しくは別紙料金表をご覧ください）

(1)通所リハビリテーション費（保険の1割/2割/3割負担分）

報酬項目		地域加算			料金(円)			
		単位数	10.66	1割負担	2割負担	3割負担		
通常規模型	条件を満たした所規模の事業所（前年度の1月あたり平均のべ人員数750人以内及び一定の	(1)1時間以上2時間未満	要介護1	369	3,934	393	787	1,180
			要介護2	398	4,243	424	849	1,273
			要介護3	429	4,573	457	915	1,372
			要介護4	458	4,882	488	976	1,465
			要介護5	491	5,234	523	1,047	1,570
		(2)2時間以上3時間未満	要介護1	383	4,083	408	817	1,225
			要介護2	439	4,680	468	936	1,404
			要介護3	498	5,309	531	1,062	1,593
			要介護4	555	5,916	592	1,183	1,775
			要介護5	612	6,524	652	1,305	1,957
		(3)3時間以上4時間未満	要介護1	486	5,181	518	1,036	1,554
			要介護2	565	6,023	602	1,205	1,807
			要介護3	643	6,854	685	1,371	2,056
			要介護4	743	7,920	792	1,584	2,376
			要介護5	842	8,976	898	1,795	2,693
		(4)4時間以上5時間未満	要介護1	553	5,895	589	1,179	1,768
			要介護2	642	6,844	684	1,369	2,053
			要介護3	730	7,782	778	1,556	2,335
			要介護4	844	8,997	900	1,799	2,699
			要介護5	957	10,202	1,020	2,040	3,060
		(5)5時間以上6時間未満	要介護1	622	6,631	663	1,326	1,989
			要介護2	738	7,867	787	1,573	2,360
			要介護3	852	9,082	908	1,816	2,725
			要介護4	987	10,521	1,052	2,104	3,156
			要介護5	1120	11,939	1,194	2,388	3,582
		(6)6時間以上7時間未満	要介護1	715	7,622	762	1,524	2,287
			要介護2	850	9,061	906	1,812	2,718
			要介護3	981	10,457	1,046	2,091	3,137
			要介護4	1137	12,120	1,212	2,424	3,636
			要介護5	1290	13,751	1,375	2,750	4,125
		(7)7時間以上8時間未満	要介護1	762	8,123	812	1,625	2,437
			要介護2	903	9,626	963	1,925	2,888
			要介護3	1046	11,150	1,115	2,230	3,345
			要介護4	1215	12,952	1,295	2,590	3,886
			要介護5	1379	14,700	1,470	2,940	4,410

報酬項目		地域加算 料金 (円)						
		単位数	10.66	1割負担	2割負担	3割負担		
大規模型 (I)	(大規模の場合) 前年度の1月あたり平均のべ人員数750人以上	(1) 1時間以上2時間未満	要介護1	357	3,806	381	761	1,142
			要介護2	388	4,136	414	827	1,241
			要介護3	415	4,424	442	885	1,327
			要介護4	445	4,744	474	949	1,423
			要介護5	475	5,064	506	1,013	1,519
		(2) 2時間以上3時間未満	要介護1	372	3,966	397	793	1,190
			要介護2	427	4,552	455	910	1,366
			要介護3	482	5,138	514	1,028	1,541
			要介護4	536	5,714	571	1,143	1,714
			要介護5	591	6,300	630	1,260	1,890
		(3) 3時間以上4時間未満	要介護1	470	5,010	501	1,002	1,503
			要介護2	547	5,831	583	1,166	1,749
			要介護3	623	6,641	664	1,328	1,992
			要介護4	719	7,665	766	1,533	2,299
			要介護5	816	8,699	870	1,740	2,610
		(4) 4時間以上5時間未満	要介護1	525	5,597	560	1,119	1,679
			要介護2	611	6,513	651	1,303	1,954
			要介護3	696	7,419	742	1,484	2,226
			要介護4	805	8,581	858	1,716	2,574
			要介護5	912	9,722	972	1,944	2,917
		(5) 5時間以上6時間未満	要介護1	584	6,225	623	1,245	1,868
			要介護2	692	7,377	738	1,475	2,213
			要介護3	800	8,528	853	1,706	2,558
			要介護4	929	9,903	990	1,981	2,971
			要介護5	1053	11,225	1,122	2,245	3,367
		(6) 6時間以上7時間未満	要介護1	675	7,196	720	1,439	2,159
			要介護2	802	8,549	855	1,710	2,565
			要介護3	926	9,871	987	1,974	2,961
			要介護4	1077	11,481	1,148	2,296	3,444
			要介護5	1224	13,048	1,305	2,610	3,914
		(7) 7時間以上8時間未満	要介護1	714	7,611	761	1,522	2,283
			要介護2	847	9,029	903	1,806	2,709
			要介護3	983	10,479	1,048	2,096	3,144
			要介護4	1140	12,152	1,215	2,430	3,646
			要介護5	1300	13,858	1,386	2,772	4,157

(2) 介護予防通所リハビリテーション費 (保険の1割/2割/3割負担分)

報酬項目		地域加算 料金 (円)				
		単位数	10.66	1割負担	2割負担	3割負担
介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	2,268	24,177	2,418	4,835	7,253
	要支援2	4,228	45,070	4,507	9,014	13,521

## (3)加算料金（保険の1割/2割/3割負担分）

報酬項目		単位数	地域加算			料金(円)		
			10.66	1割負担	2割負担	3割負担		
「6時間以上8時間未満」の通所リハに前後して日常生活上の世話をを行った場合の算定対象時間が8時間以上となった場合の加算	8時間以上9時間未満	50	533	53	107	160		
	9時間以上10時間未満	100	1,066	107	213	320		
	10時間以上11時間未満	150	1,599	160	320	480		
	11時間以上12時間未満	200	2,132	213	426	640		
	12時間以上13時間未満	250	2,665	267	533	800		
	13時間以上14時間未満	300	3,198	320	640	959		
高齢者虐待防止未実施減算		-1/100			-1/100			
業務継続計画未策定減算		-1/100			-1/100			
感染症及び災害により、臨時的に利用者数が一定減少している場合		+3/100			+3/100			
「1時間以上2時間未満」で基準を超えた専従常勤PT、OT、STを2名以上配置している場合		30	320	32	64	96		
通常の事業の実施地域を超えた地域の利用者に行った場合(加算)		5%			5%			
リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満	12	128	13	26	38		
	4時間以上5時間未満	16	171	17	34	51		
	5時間以上6時間未満	20	213	21	43	64		
	6時間以上7時間未満	24	256	26	51	77		
	7時間以上	28	298	30	60	90		
入浴介助加算	入浴介助加算(Ⅰ)	40	426	43	85	128		
	入浴介助加算(Ⅱ)	60	640	64	128	192		
リハビリテーションマネジメント加算	リハマネ加算イ	開始日から6月以内 /月	560	5,970	597	1,194	1,791	
		開始日から6月超 /月	240	2,558	256	512	768	
	リハマネ加算ロ	開始日から6月以内 /月	593	6,321	632	1,264	1,896	
		開始日から6月超 /月	273	2,910	291	582	873	
	リハマネ加算ハ	開始日から6月以内 /月	793	8,453	845	1,691	2,536	
		開始日から6月超 /月	473	5,042	504	1,008	1,513	
事業所の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		270	2,878	288	576	863		
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110	1,173	117	235	352		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)/日		240	2,558	256	512	768		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)/月		1,920	20,467	2,047	4,093	6,140		
生活行為向上リハビリテーションマネジメント加算(開始日から6月以内 /月)		1,250	13,325	1,333	2,665	3,998		
若年性認知症利用者受入加算		60	640	64	128	192		
栄養アセスメント加算 /月		50	533	53	107	160		
栄養改善加算(月2回限度)		200	2,132	213	426	640		
口腔・栄養スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月に1回限度)	20	213	21	43	64		
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6月に1回限度)	5	53	5	11	16		
口腔機能向上加算	口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回を限度)	150	1,599	160	320	480		
	口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(月2回を限度)	155	1,652	165	330	496		
	口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(月2回を限度)	160	1,706	171	341	512		
重度療養管理加算(1日につき)		100	1,066	107	213	320		
中重度者ケア体制加算(1日につき)		20	213	21	43	64		
科学的介護推進体制加算(1月につき)		40	426	43	85	128		
事業所と同一建物に居住する者若しくは同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合又は事業所が送迎を行っていない場合(算定要件の見直し)		-94	-1,002	-100	-200	-301		
事業所が送迎を行わない場合(片道につき)		-47	-501	-50	-100	-150		
退院時共同指導加算(1回につき)		600	6,396	640	1,279	1,919		
移行支援加算(1日につき)		12	128	13	26	38		
サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	235	23	47	70		
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	192	19	38	58		
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	64	6	13	19		
介護職員等処遇改善加算	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位×86/1000						
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位×83/1000						
	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位×66/1000						
	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位×53/1000						

(4) 予防・加算料金

報酬項目	地域加算 料金(円)					
	単位数	10.66	1割負担	2割負担	3割負担	
高齢者虐待防止未実施減算			-1/100			
業務継続計画未策定減算			-1/100			
利用定員の超過、または職員等の欠員減算			70/100			
通常の事業の実施地域を超えた地域の利用者に行った場合(加算)			5%			
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日から6月以内 /月	562	5,991	599	1,198	1,797
若年性認知症利用者受入加算(1月につき)		240	2,558	256	512	768
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合	要支援1	-376	-4,008	-401	-802	-1,202
	要支援2	-752	-8,016	-802	-1,603	-2,405
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合	要支援1	-120	-1,279	-128	-256	-384
	要支援2	-240	-2,558	-256	-512	-768
退院時共同指導加算		600	6,396	640	1,279	1,919
栄養アセスメント加算(1月につき)		50	533	53	107	160
栄養改善加算(1月につき)		200	2,132	213	426	640
口腔・栄養スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月に1回限度)	20	213	21	43	64
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6月に1回限度)	5	53	5	11	16
口腔機能向上加算	口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回を限度)	150	1,599	160	320	480
	口腔機能向上加算(Ⅱ)(月2回を限度)	160	1,706	171	341	512
一体的サービス提供加算	栄養改善及び口腔機能向上	480	5,117	512	1,023	1,535
科学的介護推進体制加算(1月につき)		40	426	43	85	128
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	88	938	94	188	281
	要支援2	176	1,876	188	375	563
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1	72	768	77	154	230
	要支援2	144	1,535	154	307	461
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	要支援1	24	256	26	51	77
	要支援2	48	512	51	102	154
介護職員等処遇改善加算	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)			所定単位×86/1000		
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)			所定単位×83/1000		
	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)			所定単位×66/1000		
	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)			所定単位×53/1000		

(5) その他の料金

項目	料金	備考
食費	684 円/食	当施設提供の食事をお召し上がりになった時
日常生活費	100 円/日	お飲み物をお召し上がりになった時
教養娯楽費Ⅰ	100 円/日	レクリエーション等による材料費(クレヨン、絵の具、折り紙、のり等)
教養娯楽費Ⅱ	200 円/回	書道、ペーパークラフト、編み物等のクラブ活動利用した場合
おやつ代	100 円/品	おやつをお召し上がりになった時
尿とりパット	50 円/枚	利用時に尿とりパットをご利用になった場合のみ
紙パンツ	180 円/枚	利用時に紙パンツをご利用になった場合のみ
マスク	50 円/毎	利用時にマスクをご利用になった場合のみ
その他	実費	行事や特別なレクリエーションを行う場合に徴収します。
食費/おやつキャンセル料	684 円/100 円	利用前日 17 時 30 分までにお休みの連絡をいただければ無料。

4. お支払い方法

前月分のご利用料金を、毎月 20 日前後に銀行口座より引き落としさせていただきます。  
つきましては、口座振替依頼書に記入しご提出ください。

## 5. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

併設医療機関	医療法人社団 晃友会 晃友内科整形外科 相模原市緑区大島 1585-5
協力医療機関	神奈川厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院 相模原市緑区橋本台 4-3-1
協力医療機関	医療法人社団 晃友会 晃友相模原病院 相模原市緑区大島 1605-1
協力歯科医療機関	田所歯科クリニック 相模原市緑区下九沢 1747-11

## 6. キャンセル、変更及び利用中止

- (1) サービスを欠席される場合は、前日 17:30 までにご連絡お願い致します。やむを得ず当日に欠席される場合は、送迎の都合上、当日の 8:30~8:50 にご連絡ください。なお、前日 17:30 までに欠席の連絡を頂けなかった場合は、食費とおやつキャンセル料を頂戴いたします。
- (2) サービスの利用変更・追加の申し出に対して、施設の稼働状況によりご利用者様の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を提示させていただきます。
- (3) ご利用者様の都合により通所リハビリテーションサービスの利用中止または変更、もしくは新たなサービスの追加をすることができますので、できる限りサービスの 1 週間前までに居宅介護支援事業者または当施設にご連絡ください。

## 7. 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」又は「誓約書」にご記入頂いた連絡先に連絡します。

## 8. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 飲酒・喫煙はご遠慮ください。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みについては職員にお尋ね下さい。
- ・ 金銭・貴重品については、必要最小限とし自己管理にてお願いいたします。

## 9. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の刃物、危険物、ペット類の持ち込み、営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止します。

## 10. 要望及び苦情等の相談

当施設に対する要望や苦情につきましては、担当職員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。また、以下の相談窓口へ申し出ることもできます。

当施設相談窓口 (担当者： )	受付時間 午前 9 時～午後 5 時 30 分 ご利用方法 電話 042-760-5600 面接 (当事業所 1F 相談室) ご意見箱 (1F 掲示板下に設置)
相模原市 福祉基盤課	相模原市中央区中央 2-11-15 (市役所本館 4 階) TEL 042-769-9226 受付時間 月～金 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
神奈川県国民健康保険団体 連合会 介護保険課 介護苦情相談係	横浜市西区楠町 27-1 TEL 045-329-3447、0570-022110《苦情専用》 受付時間 月～金 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分

## 契 約 書 及 び 重 要 事 項 説 明 書 説 明 済 書

当事業者は、契約書及び重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項について文書を交付し、説明いたしました。

令和 年 月 日

(事業者) 住 所 神奈川県相模原市緑区大島1583番1  
事 業 者 医療法人社団 晃友会  
事業所名 介護老人保健施設グリーンヒルズ相模原  
管理者名 施設長 松 島 和 夫

(説明者) 職 名 支援相談員

氏 名.....

私は、契約書及び重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

(利用者) 住 所.....

氏 名.....

(身元引受人) 住 所.....

氏 名.....