



栄えある自立を支援するために



介護老人保健施設 シーサイド浜当目は、ご利用者様、ご家族様に寄り添った施設運営を行います。心のこもった暖かい介護を提供し、ご利用者様一人ひとりがその人らしく落ち着いた雰囲気の中で生活できる施設を目指します。



介護老人保健施設

シーサイド浜当目

医療法人社団  
静寿会



## ご利用サービス

### 1.施設入所

施設サービス計画に基づいて、心身の健康維持・回復を図り、リハビリテーションやレクリエーションなどによる機能回復を行うことにより、自立した日常生活を営むことができるようになることを目的とし、早期家庭復帰を目指します。※市町村の介護認定において「要介護1～5」と認定された方が対象となります。

### 2.短期入所 (ショートステイ)

介護するご家族の方が病気になったり、旅行や介護疲れなど一時的に介護ができない時、入所サービスと同様のサービスを行います。※市町村の介護認定において「要支援1・2」「要介護1～5」と認定された方が対象となります。

### 3.通所 (デイ・ケア)

リハビリテーション、レクリエーション、食事、入浴などの日常生活支援を行い、楽しく1日を過ごしていただきます。(送迎あります)。※市町村の介護認定において「要支援1・2」「要介護1～5」と認定された方が対象となります。

### 4.居宅介護支援

介護支援専門員(ケアマネジャー)が、介護が必要な方の心身の状態などに応じた介護サービス計画(ケアプラン)を作成します。また、要介護認定の申請手続きを、代行してもらうこともできます。

### 【ご利用できる方】

- 65歳以上の第一号被保険者で市町村から介護が必要であると「認定」を受けた方。
- 40～64歳の第二号被保険者で老化が原因とされる病気で介護が必要になり「認定」を受けた方。

### 個人情報の保護について

事業所は利用者の個人情報を含む各種介護計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき、個人情報の保護に努めるものとします。

## 施設概要

法人名 医療法人社団 静寿会  
 理事長 積 惟貞  
 所在地 静岡県焼津市浜当目4丁目12番1号  
 事業所名 介護老人保健施設 シーサイド浜当目  
 連絡先 054-625-8550  
 FAX 054-629-6665  
 設置形態 鉄骨造3階建  
 開設 平成30年1月  
 定員 入所(100名)  
 通所 40名(最大)



多床室



個室



食堂スペース



トイレ



リハビリ  
スペース



通所  
リハビリ



浴室



浴室

## 昭和の銀幕スター



ウェルカムピクチャー【楽しい日】



### 関連施設のご案内

下記施設のお問い合わせは【シーサイド浜当目】までお問い合わせください。

- 特別養護老人ホーム 外神陽光園 富士宮市外神1638-1
- 特別養護老人ホーム 陽光園 沼津市岡宮字下松沢1417-1
- 特別養護老人ホーム 羽鳥の森 静岡市葵区羽鳥七丁目6-38
- 特別養護老人ホーム 伊豆の瞳 伊東市吉田821-19
- 特別養護老人ホーム 秦野陽光園 秦野市曾屋1177-1

- 特別養護老人ホーム 高部陽光園 静岡市清水区押切997-1
- 介護老人保健施設 旭ヶ丘 富士宮市山宮1027-2
- 介護老人保健施設 ヒルズかどいけかどいけプラス 沼津市岡一色672-2
- 介護老人保健施設 葵の里 静岡市駿河区小坂376-1
- 介護老人保健施設 サテライト葵 静岡市清水区押切997-5

- 介護老人保健施設 ケアタウン菜の花 熱海市伊豆山七尾原1173-172
- 介護老人保健施設 鹿島の郷 浜松市天竜区二俣町南島島36-1-2
- 介護老人保健施設 サービス付高齢者向け住宅 かぐや富士 富士市中里2546-7
- 介護老人保健施設 おやまの杜 駿東郡小山町菅沼1839-3
- デイサービスセンター キャメル 富士宮市外神東町34



介護老人保健施設

シーサイド浜当目

〒425-0012 静岡県焼津市浜当目4丁目12番1号 [FAX] 054-629-6665

TEL. (054) 625-8550



■介護保険給付対象

●通所リハビリテーション浜当日 利用料金表 【地域区分(焼津市)～7級地(10.17円)】

| サービス内容略称            | 算定項目   |       | 単位数             |
|---------------------|--|-------|-----------------|
| 要介護 1               | 通常規模型通所リハビリテーション費<br>(介護老人保健施設の場合)<br>6時間以上7時間未満 | 1回につき | 715 単位          |
| 要介護 2               |  |       | 850 単位          |
| 要介護 3               |  |       | 981 単位          |
| 要介護 4               |  |       | 1137 単位         |
| 要介護 5               |  |       | 1290 単位         |
| 通所リハ処遇改善加算 I        | 介護職員処遇改善加算(I)                                    | 1月につき | 所定単位数の47/1000加算 |
| 通所リハ特定処遇改善加算 II     | 介護職員特定処遇改善加算(II)                                 | 1月につき | 所定単位数の17/1000加算 |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算    | 介護職員等ベースアップ等支援加算                                 | 1月につき | 所定単位数の10/1000加算 |
| ★通所リハサービス提供体制加算(II) | 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が50%以上                         | 1日につき | 18 単位           |
| ※科学的介護推進体制加算        | 通所リハビリサービスを受けた場合に算定                              | 1月につき | 40 単位           |
| ※通所リハ提供体制加算4        | リハビリテーション提供体制加算4(6時間以上7時間未満)                     | 1回につき | 24 単位           |
| ※通所リハ入浴介助加算(I)      |  | 1回につき | 40 単位           |
| ※通所リハ短期集中個別リハ加算     | 退院(所)日又は認定日から3月以内                                | 1日につき | 110 単位          |
| ※通所リハ送迎減算           | 事業所が送迎を行わない場合                                    | 片道につき | -47 単位          |

(※印は該当する方のみ算定となります。★印は今後全利用者様に算定する可能性があります。算定となる場合はご連絡いたします。)

(要支援1・2の場合)

| サービス内容略称           | 算定項目                              |       | 合成単位数           |
|--------------------|-----------------------------------|-------|-----------------|
| 予防通所リハビリ21         | 介護予防通所リハビリテーション費<br>(介護老人保健施設の場合) | 要支援1  | 2268 単位         |
| 予防通所リハビリ22         |                                   | 要支援2  | 12カ月経過 → 2033   |
|                    |                                   |       | 4228 単位         |
|                    |                                   |       | 12カ月経過 → 3959   |
| 予防通所リハ処遇改善加算 I     | 介護職員処遇改善加算(I)                     | 1月につき | 所定単位数の47/1000加算 |
| 予防通所リハ特定処遇改善加算 II  | 介護職員処遇改善加算(II)                    |       | 所定単位数の17/1000加算 |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算   | 介護職員等ベースアップ等支援加算                  |       | 所定単位数の10/1000加算 |
| ★サービス提供体制加算(II)支援1 | 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が50%以上          |       | 72 単位           |
| ★サービス提供体制加算(II)支援2 | 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が50%以上          |       | 144 単位          |
| 予防通所リハ運動器機能向上加算    | 運動器機能向上加算                         |       | 225 単位          |
| 科学的介護推進体制加算        | 通所リハビリサービスを受けた場合に算定               |       | 40 単位           |
| ※予防通所リハ同一建物減算21    | 事業所と同一建物から利用                      | 要支援1  | -376 単位         |
| ※予防通所リハ同一建物減算22    | (介護老人保健施設の場合)                     | 要支援2  | -752 単位         |

(※印は該当する方のみ算定となります。★印は今後全利用者様に算定する可能性があります。算定となる場合はご連絡いたします。)

■介護保険給付対象外

|        |              |
|--------|--------------|
| 昼食費    | 740円/日(おやつ含) |
| 日用品費   | 100円/日       |
| 教養・娯楽費 | 100円/日       |

- 地域区分が7級地にて1単位の単価が10.17円と定められており、利用料はそれに基づき算定されます。また、介護保険制度の定められた計算式上、この表に提示されている介護給付対象の各項目の負担額と、実際の利用月ごとの合計負担額に僅差が生じることがあります。

# (医) 静寿会 介護老人保健施設 シーサイド浜当日 ご利用申込書

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 利用希望サービス<br>( ○をおつけ下さい ) | 介護老人保健施設(施設入所) ・ 短期入所(ショートステイ) ・ 通所リハビリ |
|--------------------------|---|

|  |   |                  |
|--|---|------------------|
| ふりがな<br>ご利用者氏名                               | 生年月日  | M・T・S 年 月 日 ( 歳) |
| 要介護度   | 要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中   | 性別 男 ・ 女         |
| 住所   | 電話番号  |                  |
| 病歴   | 主治医   |                  |
| 認知症  | 有 ・ 無   | 受診の頻度 ( 回 / ヲ月)  |
| 現居住先<br>(ご本人の生活状況について)                       | 1. 病院へ入院中 ( 病院・医院 階 号室 )<br>2. 介護保健施設入所中(施設名: )<br>3. 家族と同居( 人家族 住所: ) 4. 一人暮らし |                  |
| ふりがな<br>申込者氏名                                | 続柄  |                  |
| 住所   |   |                  |
| 電話番号   | (自)<br>(携)  | 電話時間帯            |
| お申込者様に後日、相談員より連絡を致します。お出になりやすい番号、時間帯をご記入下さい。 |   |                  |
| 居宅介護支援事業所                                    | 事業所名:   | 電話番号             |
|  | 住所:   | 担当氏名             |
| その他<br>ご本人の様子をお聞かせ下さい                        | フェイスシート 有 ・ 依頼済 診療情報提供書 有 ・ 依頼済   |                  |
|  |   |                  |
|  |   |                  |
|  |   |                  |
|  |   |                  |
|  |   |                  |
|  |   |                  |

お申し込みの際は、上記必要事項をご記入いただき下記のFAX番号にFAX若しくは郵送をお願い致します。

## 介護老人保健施設 シーサイド浜当日 (FAX)054-629-6665

<お問い合わせ先>  
 (医) 社団 静寿会 介護老人保健施設 シーサイド浜当日  
 〒425-0012 焼津市浜当日4丁目12番1号  
 TEL: 054-625-8550

医療法人社団 静寿会は、静岡県内に介護老人保健施設を8つと通所介護事業所、サービス付高齢者住宅を運営しています。各施設の住所、連絡先は下記ホームページをご覧ください。

ホームページアドレス: <http://sejukai-gp.jp/>

受付者: \_\_\_\_\_ 受付日時: \_\_\_\_\_ 年 月 日