

# 通所リハビリテーション重要事項説明書

## 予防通所リハビリテーション重要事項説明書

石川県指定第 1710113877 号

### 《 金沢西デイ・ケアセンター 》

#### \*\* 目 次 \*\*

1. 事業所の概要	2
2. 事業所実施地域及び営業時間	2
3. 職員の体制	3
4. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金	3～9
(1) サービスの内容	
(2) (3) (4) (5) サービスの利用料金	(6) お支払い
(7) サービス利用中止の変更について	
(8) ご利用にあたっての留意事項	
5. 非常災害対策	9
6. 業務継続計画について	10
7. 事故発生時の対応について	10
8. 虐待防止について	10
9. 個人情報の取り扱いについて	10.11
秘密の保持	個人情報保護
情報の第三者への提供	
10. サービス提供記録の閲覧・交付	11
11. 苦情の受付	11
12. 同意欄	12

## 1. 事業所の概要

- (1) 種類・・・指定通所リハビリテーション事業所  
予防通所リハビリテーション事業所  
事業所番号 石川県代 1710113877
- (2) 名称・・・金沢西デイ・ケアセンター
- (3) 所在地・・・石川県金沢市駅西本町6丁目15番41号
- (4) 連絡先・・・076-233-1811（代表）  
076-233-1887（直通）
- (5) 管理責任者・・・菊地 勤
- (6) 目的・・・指定通所リハビリテーションは介護保険法令に従い、ご契約者（利用者がその有する能力に応じ可能な限りご家庭で自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者通所リハビリテーションを提供します。
- (7) 運営方針・・・ご契約者（利用者）の心身の特性を踏まえて、日常生活動作の維持回復を図るとともに要介護状態などの軽減もしくは悪化の防止に資するよう目標設定し、計画的にリハビリを行います。また、事業の実施に当たっては、地域の保険、医療、福祉サービスと密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月日・・・平成8年2月2日

## 2. 事業所実施地域及び営業時間

- (1) 通常の実施地域・・・金沢市全域
- (2) 営業日及び営業時間  
月曜日～土曜日（祝日、12月31日から1月3日は除く）  
午前9時30分～午後16時00分
- (3) 利用定員・・・1日 40人

### 3. 職員体制

当事業所では、ご契約者に対して指定通所リハビリテーションサービスを提供するため、以下の職種の職員を配置しています。

職種	人員	業務内容
医師（管理者）	1人	健康管理・療養上の指導（兼 管理者）業務
准看護師	1人以上	健康状態の確認・健康相談
介護士	5人以上	日常生活上の介護
理学療法士	1人以上	理学療法
作業療法士	1人以上	作業療法
言語聴覚士	1人以上	言語療法（嚥下訓練・言語訓練）
管理栄養士	1人以上	食事の献立作成、栄養指導
事務職員	1人	一般事務

### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

既に作成されている居宅サービス計画（ケアプラン）の内容に沿って、通所リハビリテーション計画を作成します。それに基づき常にご利用者様の症状、心身の状態とその人を取り巻く環境を把握し、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止を目的としたサービスを提供します。提供するに当たっては、ご契約者に関わる医師及び理学療法士、その他の従事者の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、ご契約・ご家族の希望を十分に取り入れ、その内容については同意が得られるまで十分な説明を行います。

## (1) サービス内容

### ① 健康チェック

安心して機能訓練や入浴が受けられるよう「体温」「脈拍」「血圧」を測定すると共に、顔色や呼吸の様子、歩行状態等の他覚的所見の観察を行います。

### ② 機能訓練（リハビリテーション）

一人一人の状態に合わせた機能訓練（筋力強化訓練、日常生活動作練習、歩行練習等）や作業活動（縫い物、折り紙、塗り絵、パズル等）や脳トレ課題の提供を行います。また、失語症や構音障害によりコミュニケーションに問題が生じている利用者様に対して、言語聴覚士が専門的な運動指導や助言を行います。

上記に加えて、必要時には物理療法（温熱療法等）で痛みを和らげます。

### ③ 入浴

職員が見守りとお手伝いをします。浴槽の出入りが安全にできない方に関しては、機械浴（リフト）を使用して入浴していただきます。

### ④ 食事

院内の厨房で調理しており、特別病食（糖尿病食、減塩食、腎臓病食等）または特別形態食（御粥・軟飯、極軟菜・ペースト食、ほぐし・刻み食）に対応しています。

### ⑤ 送迎

自宅玄関から金沢西病院デイ・ケア玄関まで車で送迎いたします。

### ⑥ レクリエーション

ゴムチューブやボールを使用した集団体操、脳トレ課題、カラオケ、麻雀等のリハビリテーション的要素の高いものを中心に提供させていただきます。

(2) サービスの利用料金

要支援の場合

※地域区分 7 級地（金沢市）1 単位 10.17 円となっています。

	要支援 1	要支援 2
基本報酬	2268 単位/月	4228 単位/月
高齢者虐待防止未実施減算	-23 単位/月	-42 単位/月
業務継続計画未策定減算	-23 単位/月	-42 単位/月
12 か月超減算	-120 単位/月	-240 単位/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	24 単位/月	48 単位/月
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	
栄養アセスメント加算	50 単位/月	
介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	当事業所に必要な合計単位数の 8.3%に当たる単位数	

[別途追加加算]

口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150 単位/回
	口腔清潔が保てない、または食べ物の飲み込みに問題がある利用者に対し、口周りのリハビリの専門家である言語聴覚士が運動指導や助言を行います。
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160 単位/回
	口腔機能向上加算 (Ⅰ) の算定要件を満たした上で、計画書等の情報を厚生労働省に提出します。
栄養改善加算	480 単位/回
	低栄養状態である又はそのおそれがある場合、管理栄養士が栄養相談や管理を行います。
一体的サービス提供加算	480 単位/回 (月 2 回以上実施)
	口腔機能向上サービスと栄養改善サービスを実施し、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定し、月 2 回以上行います。
生活行為向上 マネジメント加算	通所開始月～6 ヶ月以内 562 単位/月
	生活行為（食事、入浴、排泄、趣味といった行為全般）の実現を目的とし、その目標達成のためにリハビリテーションの実施時間や頻度、場所などを記載した詳細な計画を作成します。その計画に沿って、自宅等の事業所外でも生活行為向上にむけたリハビリテーションを行います。
栄養改善加算	200 単位/回 (サービス提供は月 2 回まで)
	低栄養状態である又はそのおそれがある場合、管理栄養士が栄養相談や管理を行います。
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	20 単位/回 (6 月に 1 回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5 単位/回 (6 月に 1 回を限度)
退院時共同指導加算	600 単位/回

### (3) サービスの利用料金

**要介護の場合**

※地域区分 7 級地（金沢市）1 単位 10.17 円となっています。

		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本報酬	1 時間～2 時間未満	369 単位/回	398 単位/回	429 単位/月	458 単位/月	491 単位/月
	2 時間～3 時間未満	383 単位/回	439 単位/回	498 単位/回	555 単位/回	612 単位/回
	3 時間～4 時間未満	486 単位/回	565 単位/回	643 単位/回	743 単位/回	842 単位/回
	4 時間～5 時間未満	553 単位/回	642 単位/回	730 単位/回	844 単位/回	957 単位/回
	5 時間～6 時間未満	622 単位/回	738 単位/回	852 単位/回	987 単位/回	1120 単位/回
	6 時間～7 時間未満	715 単位/回	850 単位/回	981 単位/回	1137 単位/回	1290 単位/回
	7 時間～8 時間未満	762 単位/回	903 単位/回	1046 単位/回	1215 単位/回	1379 単位/回
※感染症または災害の発生を理由として、当該月の平均延べ利用者数が前年度の同月よりも 5%以上減少している場合は、利用者数が減少した翌々月から 3 か月に限り、所定単位数の 3%を加算させていただきます。						
入浴介助加算（Ⅰ）		40 単位/回				
入浴介助加算（Ⅱ）		60 単位/回				
		個別の入浴計画を作成し、その計画に基づいた入浴介助を行います。				
リハビリテーション マネジメント加算（イ）	同意日の属する月から 6 か月以内 560 単位/月		同意日の属する月から 6 か月以上 240 単位/月			
	1 か月に 1 回（開始 6 か月目からは 3 か月に 1 回）、リハビリテーション計画書の作成にあたり、医師の指示を受けたリハビリテーション専門職やケアマネジャーをはじめとした関係者が集まり、現状の共有や今後の目標等を話し合う会議（リハビリテーション会議）を実施します。会議の際に利用者様の現状や今後の方針を作成したリハビリテーション計画書に基づいて、参加しているリハビリテーション専門職が説明いたします。					
リハビリテーション マネジメント加算（ロ）	同意日の属する月から 6 か月以内 593 単位/月		同意日の属する月から 6 か月以上 273 単位/月			
	〔リハビリテーションマネジメント加算（A）イ〕の要件を満たし、かつリハビリテーション計画書等に記載された情報を厚生労働省に提出し、そのフィールドバックを受けることでサービス内容の充実を図ります。					
リハビリテーション マネジメント加算（ハ）	同意日の属する月から 6 か月以内 793 単位/月		同意日の属する月から 6 か月以上 473 単位/月			
	利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行い、専門職が口腔の健康状態を評価し、課題を把握し、情報を相互に共有し、内容を関係職種に対して情報提供いたします。					
事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合		リハビリテーションマネジメント加算イ・ロ・ハに加えて 270 単位/月				

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位/回
	勤務している介護職員のうち 40%以上が介護福祉士の資格を有している事業所が算定する加算です。
理学療法士等提供体制強化加算	30 単位/回 (1 時間以上 2 時間未満の利用者様のみ)
	勤務しているリハビリテーション専門職員が基準を超えて専従かつ常勤で 2 名以上配置されている事業所が算定する加算です。
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 単位/回 4 時間以上 5 時間未満 16 単位/回 5 時間以上 6 時間未満 20 単位/回 6 時間以上 7 時間未満 24 単位/回 7 時間以上 28 単位/回
	勤務しているリハビリテーション専門職員が基準よりも手厚く配置されている事業所が算定する加算です。
栄養アセスメント加算	50 単位/月
	管理栄養士が栄養アセスメントを実施して、その結果を説明するとともに、必要に応じた相談を承ります。
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
	利用者様の日常生活動作の様子、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出します。
退院時共同指導加算	600 単位/回
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	当事業所の利用に必要な合計単位数の 8.3%に当たる単位数
	介護職員が、の役職や職務内容に応じた賃金体系の整備、スキルアップのための研修や資格取得支援等を行っていき事業所が勤務する介護職員の処遇を改善するために算定する加算です。

※送迎を行わない場合は送迎代を返金致します。(片道につき)・・・-47 単位

※高齢者虐待防止未実施の場合、所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算致します。

(当事業所では、虐待防止の為に指針を整備し、研修を定期的実施し、その結果を従業員に周知徹底を図り、適切に実施する為の担当者を置いております。)

※業務継続計画が未策定の場合、所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算致します。

(当事業所では、感染症や非常時災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施する為の、および非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画(業務継続計画)を策定しております。)

※介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)・平均延べ利用者数に伴う基本報酬の 3%増加分は、支給限度基準額の算定に含まれません。

#### (4) 別途追加加算

生活行為向上	通所開始月から6ヶ月以内 1250単位/月
短期集中個別 リハビリテーション実施 加算	退院日または要介護認定日から3ヶ月以内 110単位/回
	退院直後または要介護認定を受けたばかりであり、 生活に適応するために集中的なリハビリテーションが必要な方 に対して、提供時間内に40分以上のリハビリテーションを行 います。
口腔・栄養 スクリーニング加算（Ⅰ）	20単位/月
口腔・栄養 スクリーニング加算（Ⅱ）	5単位/月
口腔機能向上加算（Ⅰ）	（必要な利用者様に対し、月2回まで） 150単位/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している
	155単位/月（必要な利用者様に対し、月2回まで）
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していない
	160単位/月（必要な利用者様に対し、月2回まで）
重度療養管理加算	（要介護3・4・5で厚生省の算定要件を満たした方が対象） 100単位/回
	医療依存度の高い利用者様に対して計画的に医学的管理を行 い、必要な処置やリハビリテーションを行った場合に算定する 加算です。

※利用料金の自己負担額は「介護保険負担割合証」に記載された負担割合に応じた金額となります。

自己負担額＝合計単位数×10.17円（1単位当たりの単価）×1割又は2割又は3割

#### (5) 要支援・要介護共に共通の費用

- ① 食事代は1食700円となっています。
- ② 下着類の交換の際にご本人の物をお持ちでない場合は、下記の通り別途費用をいただきます。

紙パンツ (M~L)	紙パンツ (LL)	尿取り パッド	紙おむつ (M)	紙おむつ (L)
215円	226円	35円	176円	198円

## (6) お支払い

ご利用月の翌月10日以降に請求書を発行いたしますので、その月の月末までに現金でお支払い願います。

また、指定口座（金融機関）からの自動振替（20日）による支払い可能です。

## (7) サービス利用中止の変更について

ご利用予定日について、ご契約者の都合によりサービスの利用を中止または変更する場合はあらかじめ、お申し出願います。中止・変更が当日の場合は、午前8:30まで。追加の場合は遅くとも前日までに事業所にお申し出願います。

尚、ご利用中止の連絡が当日であった場合は食事代のご返金は致しかねますのでご了承下さい。サービス利用の変更・追加のお申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する機関にサービスの提供が出来ない場合は、他の利用可能日時などをご契約者に提示して協議させていただくこととなりますので、あらかじめご了承願います。

## (8) ご利用に当たっての留意事項について

- ① 宗教や信条の相違などで他人を攻撃、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- ② 喧嘩、口論、泥酔、喫煙などで他の利用者様に迷惑を及ぼすこと。
- ③ 秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- ④ 指定した場所以外で火気を用いること。
- ⑤ 故意に設備、もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。
- ⑥ 貴重品、お菓子などの食べ物を持ち込むこと。
- ⑦ ご利用当日、診察を受けられる場合は、介護保険の規則上送迎は出来ません。

## 5. 非常災害対策

事業所の非常対策は、病院防火管理規定（消防法に基づいて）に従い行います。また、防火管理者を置き、次の通り万全を期します。

- ① 火災・危険の排除を目的とした自主点検は、主に始業時、終業時に行います。
- ② 設備点検は定期的に契約保守業者に依頼し、点検にあたっては防火管理者が立ち合います。
- ③ 火災発生、地震及びその他の災害が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し任務の遂行に当たります。
- ④ 防火管理者は、職員に対して防火教育及び消火、通報、避難の為の総合訓練を利用者様協力のもと実施します。

## 6. 業務継続計画について

事業所は、感染症や非常時災害の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するための、及び非常の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、業務計画に従い必要な措置を講じます。

- ① 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- ② 定期的に業務継続計画の見直し、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 7. 事故発生時の対応について

- ① サービス利用中に事故があった場合はご家族様、担当ケアマネジャー等に連絡を行うと共に必要な措置を行います。賠償すべき事故の場合は、損害賠償を速やかに行います。
- ② サービス利用中にご利用者の病状に急変が生じた場合、あるいはその他必要な場合は速やかに主治医への連絡を行い必要な措置を行います。また、緊急を要する場合は当院の外来受診を勧める場合があります。

## 8. 虐待防止について

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げる措置を講ずる。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的開催するとともに、その結果について、従業員の周知徹底を図る。
- ② 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に行います。
- ④ 担当者：当事業所管理者

## 9. 秘密の保持と個人情報保護について

### (1) 秘密の保持

職員、又は職員であったものは、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個人情報を漏らすことのないよう、個人情報保護法に基づき適正な記録管理等を行います。

### (2) 個人情報保護

- ① 利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ② 当事業所を利用するに当たり、利用者及び家族に関する個人の情報につい

て、必要最低限の範囲（利用目的を特定し）において、ケアマネジャーやサービス事業者に開示する事を、あらかじめご契約者及びご家族に同意を得ます。

(3) 情報の第三者への提供

- ① ケアマネジャーや他サービス事業者、医療機関等の連携（サービス担当者会議等）の際に、照会を求められた場合回答を行います。
- ② 情報の取得に際しては、利用目的の通知を行い、ご本人から直接又は同意を得た者から取得します。

## 8. サービス提供記録の閲覧・交付

ご契約者は、サービス提供記録を閲覧し、複写物の交付を受けることができます。また、利用終了の際には請求により、直近のサービス計画及びその実施状況に関する書面の交付を受けることができます。

## 9. 苦情の受付について

当事業所に対する苦情やご相談は下記で受け付けております。

金沢西デイ・ケアセンター 担当者：澤本 睦樹	電話番号：076-233-1811（代表） 076-233-1887（直通）
---------------------------	---

又、下記のような苦情受付機関もございますのでご利用ください。

金沢市 介護保険課	所在地：金沢市広坂 1-1-1 受付時間 8：30～17：30 電話：076-220-2264 FAX：076-220-2559
国民健康保険団体連合会	所在地：金沢市幸町 12-1 受付時間 8：30～17：30 電話：076-221-5191 FAX：076-261-5148
石川県社会福祉協議会	所在地：金沢市本多町 3-1-10 受付時間 8：30～17：30 電話：076-224-1212 FAX：076-222-8900

## 同 意 欄

- ・上記内容の説明を事業所から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。
- ・個人情報（本人及びご家族）の使用や提供に同意します。
- ・緊急時用の写真の撮影に同意します。

令和 年 月 日

### 利用者

郵便番号： ..... —

住 所： .....

氏 名： ..... (印)

電話番号： ..... ( )

### 身元引受人 様

本人との関係： .....

郵便番号： ..... —

住 所： .....

氏 名： ..... (印)

電話番号： ..... ( )

携帯電話： ..... ( )

緊急時の連絡がとれるよう、連絡先の変更があった場合は速やかにお知らせ下さい。

事業所場所 金沢市駅西本町6丁目15番41号  
事業所名 金沢西デイ・ケアセンター  
管理者氏名 菊地 勤 (印)