# 指定通所リハビリテーション重要事項説明書

１．事業所の名称及び所在地

| | |
|---|---|
| 事業所 | デイケアセンター春海 |
| 所在地 | 山梨県甲斐市万才 287 番地 8 |
| サービス提供場所 | 在宅総合ケアセンター１階　デイケアセンター春海 |
| 管理者・連絡先 | 曽根順子　　電話/ＦＡＸ 055-279-3900 |

２．事業の目的

適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）の利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切なサービスを提供することを目的とします。

３．運営の方針

利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持または回復を図ります。

４．従業者の職種、員数及び職務の内容

（１）医師　　１名（病院と兼務）

（２）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士　　１名以上

リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身状態の維持回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行う

（３）看護職員　　１名

健康状態の確認及び看護を行う

（４）介護職員　　４名以上

利用者の心身の状況に応じ、必要な介護を行う

（５）事務職員　　１名以上

現場において必要な事務処理を行う

５．営業日及び営業時間

| | |
|---|---|
| 営業日 | 月曜日～土曜日（祝日、１２月３０日～１月３日を除く） |
| 営業時間 | 午前８：３０～午後５：００ |
| サービス提供時間 | 午前９：５０～午後４：００ |

６．利用定員

１日　３０名

７．サービスの内容

（１）計画書の作成及び利用者、その家族への説明

（２）健康チェック

（３）リハビリテーション

（４）入浴及び清潔保持に係る介助
（５）食事の提供
（６）排泄その他の介助
（７）送迎　　など

※サービス提供地域（送迎範囲）

| | |
|---|---|
| 甲斐市 | 旧竜王全域・中下条・大下条・長塚・天狗沢・島上条・境・大久保・龍地・菖蒲沢<br>団子新居・大垈・塩崎駅周辺 |
| 甲府市 | 富竹･上石田･下石田・荒川・徳行・貢川･貢川本町・下飯田･池田・新田町・高畑<br>国母・千塚・後屋・音羽町・中村町・金竹町・下河原町・長松寺町 |
| 昭和町 | 全域 |
| 南アルプス市 | 上高砂・下高砂・上八田・徳永・在家塚・西野・今諏訪・百々・有野・飯野・榎原<br>野午島・六科 |

８．緊急時等における対応方法

（１）サービス提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の必要な措置をとります。

（２）サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。取った処置について記録し、市町村へ報告します。

（３）サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

９．秘密の保持と個人情報の保護について

（１）利用者及びその家族に関する秘密の保持について

① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。

② 事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

（２）個人情報の保護について

① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）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します。

③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行います。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

１０．非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年１回以上定期的に避難、救出その他必要な訓練を行い、訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

１１．虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

（１）虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

（２）虐待防止のための指針を整備し、定期的な研修を実施します。適切に実施するための担当者を設置します。

担当：伊藤 大悟

１２．業務継続計画の策定等

（１）事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し指定通所リハビリテーション〔指定介護予防通所リハビリテーション〕の提供を継続的に実施するため、及び非常時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、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

（２）事業所は、従業者に対し、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実施します。

（３）事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１３．相談窓口・苦情対応

（１）当事業所の通所リハビリテーションに関するご相談・苦情の問い合わせ先

電話：055-279-3900　担当：伊藤 大悟

（２）その他の相談・苦情受付窓口

山梨県国民健康保険団体連合会　受付時間　水曜日　9：00～16：00

電話　055-233-9201

甲斐市長寿推進課介護保険係　電話　055-278-1693

甲府市介護保険課　電話　055-237-5473

南アルプス市介護福祉課　電話　055-282-6179

昭和町福祉介護課　電話　055-275-8784

１４．注意事項

（１）喫煙、飲酒は固くお断りいたします

（２）飲食物の持ち込みはお断りいたします。(持参希望の方はご相談ください)

（３）現金、貴重品の持ち込みの際はご自身の責任において管理をお願いします

（４）暴力、喧嘩、口論など、他の利用者に迷惑となる行為はおやめ下さい

１５．利用料金

1）通常規模型 通所リハビリテーション費　　（１割負担の金額）

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 時間以上 2 時間未満 | 369 円 | 398 円 | 429 円 | 458 円 | 491 円 |
| 2 時間以上 3 時間未満 | 383 円 | 439 円 | 498 円 | 555 円 | 612 円 |
| 3 時間以上 4 時間未満 | 486 円 | 565 円 | 643 円 | 743 円 | 842 円 |
| 4 時間以上 5 時間未満 | 553 円 | 642 円 | 730 円 | 844 円 | 957 円 |
| 5 時間以上 6 時間未満 | 622 円 | 738 円 | 852 円 | 987 円 | 1,120 円 |
| 6 時間以上 7 時間未満 | 715 円 | 850 円 | 981 円 | 1,137 円 | 1,290 円 |

2）その他の加算　　（１割負担の金額）

| | |
|---|---|
| リハビリテーションマネジメント加算<br>ロ　同意日の属する月から 6 カ月以内<br>ロ　同意日の属する月から 6 カ月超 | 593 円/月<br>273 円/月 |
| 事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 | 上記に加えて　270 円/月 |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 110 単位/日 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） | 240 円/日 |
| リハビリテーション提供体制加算(6 時間以上) | 24 円/回 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22 円/回 |
| 重度療養管理加算<br>（要介護3･4･5利用者算定用件対象者のみ) | 100 円/回 |
| 入浴介助加算（Ⅰ）<br>入浴介助加算（Ⅱ） | 40 円/回<br>60 円/回 |
| 栄養スクリーニング加算 | 5 円/回 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ | 160 円/回 |
| 退院時共同指導加算 | 600 円/回 |
| 中重度ケア体制加算 | 20 円/回 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 円/月 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰロ） | |

※「利用者様負担金」は原則として、負担割合証に応じた基本料金の 1 割～3 割の金額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます

※ 所得に応じて介護負担割合が異なります。「介護保険負担割合証」をご確認ください

3）自費

| | | |
|---|---|---|
| 食費(おやつ代含む)<br>おやつのみ | | 700 円/食<br>100 円/食 |
| オムツ | リハビリパンツ | 200 円/枚 |
| | テープ止型 | 350 円/枚 |
| | 平型 | 80 円/枚 |
| | 尿取り型 | 50 円/枚 |
| その他 | 連絡帳ファイル | 100 円/冊 |
| | クリアケース | 100 円/冊 |
| | ノート | 100 円/冊 |

年　　月　　日

事業者から上記内容の説明を受け、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。

利用者　住所

氏名　　印

代理人　住所

氏名　　印

家　族　住所

氏名　　印

サービス契約の締結にあたり、前項により重要事項を説明しました。

事業者　　住　所　　山梨県甲斐市万才 287 番地 8
名　称　　医療法人　仁和会
デイケアセンター春海
理事長　曽根 順子