

デイケアセンターとみた

介護予防通所リハビリテーション

通所リハビリテーション

重要事項説明書

1. 事業の目的および運営の方針

(1) 事業の目的

指定介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション（以下、「通所リハビリテーション等」という）の事業を適正に運営するために、人員および管理運営に関する事項を、別途「運営規定」に定め、また要介護状態あるいは要支援状態にあり、主治の医師が指定通所リハビリテーションを必要と認めた高齢者等に対し、適正な通所リハビリテーション等を提供することを目的とします。

(2) 運営方針

事業所の職員は、要支援・要介護者（以下、「要介護者等」という）の心身の特性を踏まえて、要介護等状態の軽減または要介護状態となることの予防に資するよう療養上の目標を設定し、計画的にリハビリテーション等を行い、心身機能、活動、参加などの生活機能の維持・向上を図るものとします。なおサービスの提供に当たっては、利用者・家族（以下「利用者等」という）に対して懇切丁寧に、リハビリテーションの観点から療養上必要な事項について理解しやすいよう説明・指導させていただきます。

事業の実施にあたっては、関係市町村および地域の保健・医療・福祉サービス・地域包括支援センター等と綿密に連携をはかり、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

2. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話：491-0700

担 当：近藤 理佳

※ご不明な点は、ご遠慮なくお尋ねください。

3. デイケアセンター とみた の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称・法人種別	社会福祉法人 京都博愛会		
代表者役職・氏名	理事長 富田 哲也		
事業所名	デイケアセンター とみた		
事業所所在地	京都市北区小山下内河原町 56		
介護保険指定番号	2610101806		
その他のサービス	居宅介護支援		
サービスを提供する地域	北：宝ヶ池通 東：東大路通	南：今出川通 西：千本通	の範囲内

※ 上記以外の地域の方でも、ご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	常勤 換算	職務内容
管理者	医師 (常勤・兼務)	1	0	0.1	事業が適正に運営されているか管理する
医師	医師 (常勤兼務)	2	0	0.2	利用者の医学的管理、管理者業務の代行 通所リハビリ計画作成ならびに指示
看護師等	看護師	4	0	1	通リハ計画作成、医師の指示の下、利用者の 医学的管理。必要な看護・介護サービスを行う。
	准看護師	1	0		
療法士	作業療法士	1	1	1	通リハ計画・リハビリプログラム作成、 リハビリ等サービスの実施・介護指導
	理学療法士	1	0		
介護職員	介護福祉士	5	2	7.3	医学的・リハビリテーションの管理の下、 必要な介護サービス等を行う。
	介護職員	0	2		
管理栄養士	管理栄養士	1	1	0.1	栄養管理に関する評価・栄養計画策定・指導など

(3) サービス提供時間

月 ～ 土	9 : 00 ～ 16 : 00 (この時間内の6時間以上を基本滞在時間とする)
休業日	日曜日・大型連休のうち一日・年末年始 (12/30～1/3)

4. サービス内容

主治の医師の指示のもと、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）が作成する「居宅サービス計画」に基づき、以下のサービスを提供いたします。

【リハビリテーション】

- ＊ 体力維持のための体操
- ＊ 日常生活自立のための機能訓練
- ＊ 精神機能維持のためのリハビリ（認知症予防・進行予防）
- ＊ リハビリテーションマネジメント・短期集中リハビリテーション

身体機能障害や心身能力の維持・改善を目的として、希望する利用者に対して、療法士により個別・集団でのリハビリを行う。

介護支援専門員・ご家族・居宅サービス事業者等への情報提供・アドバイスなど

【在宅生活の援助】

- ＊ 身体状況のチェック（血圧・体温・呼吸・脈拍など）
- ＊ 食生活の指導・援助（治療食・特別食等のご用意）
- ＊ 寝たきり・床ずれ予防
- ＊ 服薬管理などの相談
- ＊ 入浴サービス

【介護相談】

在宅介護に関する質問やご相談・介護用品や住宅改修のアドバイス等いたします。

5. 利用料

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用料として以下の料金をいただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

また、公費介護を受給の方は利用料負担の1割を全額あるいは一部免除されます。

※ 表は、利用料自己負担が1割負担の場合の表記。

2割負担の方は、表記載金額の2倍、3割負担の方は3倍の金額となります。

【一部負担金】

介護給付 [1回の通所につき 基本時間6～7時間] [1割負担金額]

		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
通所リハビリ (利用基本単価)		755 円	897 円	1,035 円	1,200 円	1,361 円
		※6～7 時間以外の利用時間区分については、個別にお知らせ				
サービス提供体制 強化加算		24 円：介護福祉士 70%以上配置 ※19 円：50%以上配置 13 円：40%以上配置				
中重度者ケア 体制加算		22 円：看護職員 1 名配置・中重度者の割合が 30%以上				
リハビリテーション 提供体制加算		26 円：療法士を利用者数 25 人につき 1 名以上配置 ※6～7 時間以外の利用時間区分については、個別にお知らせ				
入浴介助加算		64 円(Ⅰ)：自宅での入浴動作指導実施 43 円(Ⅱ)：非実施				
短期集中 個別リハ	3ヶ月以内	116 円：退院・退所後 3 か月以内 週 2 回 40 分/回				
認知症 リハビリ	3ヶ月以内	254 円：個別対応。週 2 回まで。20 分/回				
		2,026 円（月額）：個別・集団対応。月 4 回以上。				
介護職員等 処遇改善加算		利用総単位数に加算係数を乗じた額（月額） *（加算Ⅰ）0.086% 0.083%（加算Ⅱ）、0.066%（加算Ⅲ）、0.053%（加算Ⅳ）				
科学的介護推進 体制加算		43 円（月額）：厚労省に「LIFE」を活用しデータ提供				
感染症等対応加算		感染症・災害発生時の利用者数減少が一定以上生じた場合 3%加算				
送迎減算		－50 円（片道）：デイケア職員が送迎を行わない場合				
口腔機能向上加算		159 円(Ⅰ) 164 円(Ⅱ)イ 169 円（Ⅱ）ロ：ともに月 2 回 口腔機能・嚥下状態などの低下状態にある利用者に対して、 口腔機能の改善を目指す				
口腔・栄養 スクリーニング加算		22 円(Ⅰ) 6 円(Ⅱ) 利用開始時及び 6 ヶ月毎に、口腔機能・栄養状態について把握				
栄養改善加算		211 円：低栄養状態（またはそのおそれ）にある利用者に対して、 栄養状態の改善を目指す（月 2 回まで）				
栄養アセスメント加算		53 円（月額）				

リハビリ マネジメ ント加算 (イ)	同意月～ 6 月以内	591 円（月額）： 医師・療法士などが共同し、継続的にリハビリの質を管理 リハビリ会議を開催し、リハビリ計画書の作成・見直し 利用者または家族にリハビリ計画書を説明し同意を得る
	6 月超	254 円（月額）：同上
リハビリ マネジメ ント加算 (ロ)	同意月～ 6 月以内	626 円（月額）：(イ) の要件を満たした上で、 科学的介護推進体制「LIFE」を活用し、データ提出を行う
	6 月超	288 円（月額）：同上
リハビリ マネジメ ント加算 (ハ)	同意月～ 6 月以内	837 円（月額）：(ロ) の要件を満たした上で、 管理栄養士を 1 名配置し、看護職員と他職種と協同し 栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行う事 それに基づくリハビリ計画書の見直し
	6 月超	499 円（月額）：同上
(イ)(ロ)(ハ)に加え		285 円（月額）：医師が利用者または家族に説明し同意を得た場合
重度療養管理加算		106 円：要介護 3～5 の利用者で、特定の状態の利用者に対して実施
若年性認知症 利用者受入体制加算		63 円：若年性認知症の利用者を受け入れ、担当者を定めて対応する
生活行為向上 リハビリ加算		1,319 円（月額）：利用開始日から 6 ヶ月間
退院時共同指導加算		633 円：病院から退院する前に病院での会議にデイケア療法士が出席 (オンライン出席可) した場合、利用開始した月に算定

※ ご希望によるサービスの組み合わせにより、料金端数が変わってることがあります。

介護予防給付（1 月につき）〔1 割負担金額〕

	要支援 1	要支援 2
介護予防通所リハビリ	2,393 円	4,461 円
利用後 12 月超減算 (要件を満たさない場合)	2,267 円	4,208 円
サービス提供体制強化加算	93 円：介護福祉士 70%以上 76 円：50% 26 円：40%	186 円：介護福祉士 70%以上 152 円：50% 51 円：40%
介護職員等処遇改善加算	利用総単位数に加算係数を乗じた額 * (加算Ⅰ) 0.086% 0.083% (加算Ⅱ)、0.066% (加算Ⅲ)、0.053% (加算Ⅳ)	
科学的介護推進体制加算	43 円	
栄養アセスメント加算	53 円	
栄養改善加算	211 円	
口腔・栄養スクリーニング	22 円(Ⅰ) 6 円(Ⅱ) 利用開始時及び 6 ヶ月毎に、口腔機能・栄養状態について把握	
口腔機能向上加算	159 円(Ⅰ) 169 円(Ⅱ) 口腔機能・嚥下状態などの低下状態にある利用者に対して、 口腔機能の改善を目指す	
退院時共同指導加算	633 円：病院から退院する前に病院での会議にデイケア療法士が 出席 (オンライン出席可) した場合、利用開始した月に算定	
一体的サービス提供加算	507 円 口腔機能向上・栄養状態改善を行う	

※ ご希望によるサービスの組み合わせにより、料金端数が変わってることがあります。

【実費負担金】

- ◎ ご希望による食材料費（昼食費） 770 円（非課税）
ご希望により特別な食材等をご準備する場合は、別途実費を頂戴します。
- ◎ ご希望によるおやつ 110 円（税込）

- ◎ ご希望により、通所中にご利用になった日常生活用品等（税込）

製作品等費用	50～1500 円
	（ご希望の製作品等により異なります）
連絡ノート	100 円
ノートケース	250 円（A5）・290 円（B5）・320 円（A4）
荷物鞆用名札	30 円
リハビリパンツ	154 円
テープ式おむつ	187 円
パッド	34 円
マスク	20 円
マスクケース	110 円
- ◎その他、事前にご承諾いただき、ご希望により使用した物品等 実費

(2) キャンセル料（介護予防給付対象の利用者には、キャンセル料は発生しません）

- * 前日の午後5時までに ご欠席連絡の無い場合、あるいは、無断欠席された場合
キャンセル料（昼食材料費として） 770 円（税込）
- * 当日朝 10 時半以降の欠席連絡・或いは利用開始後の早退については
キャンセル料（昼食材料費及びおやつ代） 880 円（税込）

(3) 交通費

3. の(1) に定めるサービスを提供する地域外への交通費 片道 300 円（税込）

(4) 体験来所料（食材料費＋おやつ代として） 880 円（税込）

(5) 料金のお支払い方法

契約者には、利用次月の中旬にご請求いたします。次回以降のご来所時に現金にてお支払いをお願いいたします。

*領収証の再発行は致しかねますので、大切に保管して下さい。

*別のお支払方法をご希望の場合には、ご相談下さい。

6. 緊急時の対応方法

サービス提供中に様態に変化があった場合は、事前の打ち合わせにより、ご家族・主治医・救急隊・居宅介護支援事業所に連絡いたします。

※「緊急時対応表」：連絡先・搬送希望病院名等の内容をお知らせください。

※ 主治病院・担当医の変更や電話番号・緊急連絡先の変更等があれば、お知らせください。

7. 事故時の対応

通所リハビリテーション等を行うに当たり、職員一同 事故を起こさないよう細心の注意を払いますが、不幸にして事故が起きた場合には以下のように対処いたします。

- (1) 送迎中の事故に関しては、救急車の出動要請を行います。以後の治療は自動車賠償責任保険によって対処いたします。
- (2) 事業所内で事故が起こった場合は、看護師が対応し、必要な場合には当事業所専任医師の診断・指示を受けることとします。
- (3) 当事業所内での応急処置のみで不十分な場合には、主治医に連絡あるいは適切な医療機関での受診を手配いたします。
- (4) 直ちにご家族への連絡及び報告、担当介護支援専門員への報告を行います。
また、事故の状態により必要に応じて京都市への報告もいたします。
- (5) 事故に関する記録を作成すると共に、管理者及び職員による再発防止対策会議を開き再発防止に努めます。
- (6) 事故が当事業所の責任として明確な場合には、損害賠償責任を含め必要な対応を行います。

8. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所苦情担当

担当：近藤 理佳 電話：4 9 1－0 7 0 0

(2) その他

当事業所以外に、市町村・国保連合会の相談・苦情窓口等に苦情を申し立てることが出来ます。

北区役所	高齢介護保険担当	4 3 2－1 3 6 4
左京区役所	高齢介護保険担当	7 0 2－1 0 6 9
上京区役所	高齢介護保険担当	4 4 1－5 1 0 6

*京都市国保連合会 介護サービス相談窓口 3 5 4－9 0 9 0

9. 秘密保持等（個人情報保護）について

- (1) 職員は、業務上知り得た利用者及びその家族等についての秘密を保持します。
職員でなくなった後においても、これらの秘密保持義務は継続いたします。
- (2) 事業所はその事業所内において、利用者 及び その家族等の情報を、利用者及びその家族へのサービスの向上並びに、職員の質の向上のためにのみ利用させていただきます。
- (3) 事業所は、9の(2) 並びにサービス担当者会議等において利用者等の情報を用いる場合には、あらかじめ利用者等に文書での同意を得ておくものとします。

10. 虐待の防止等

利用者の人権の擁護、虐待の発生または再発の防止等のため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 虐待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行う事も可。)を定期的に開催するとともに、その結果について、従事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ます。
- (3) 虐待を防止するための研修を定期的に実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するため、担当者を設置します。

11. 衛生管理等

事業所において感染症が発生し、または蔓延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 感染症の予防及び蔓延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事も可)をおおむね1月に1回以上開催するとともに、その結について、従事者に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備します。
- (3) 感染症の予防及び蔓延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

12. 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定(介護予防)居宅管理指導の提供を継続的に実施するための、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、必要な措置を講じるものとします。

- (1) 従事者に対し、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実施するものとします。
- (2) 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うものとします。

13. ハラスメント

適切な指定居宅管理指導または指定介護予防居宅管理指導の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、通所リハビリテーション従事者の就業環境が害されることを防止するために、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) ハラスメントとは、セクシャルハラスメント及びパワーハラスメント・モラルハラスメント等(いずれも利用者及びその家族等から受けるものも含む。)であることの理解の周知徹底を図ります。
- (2) 就業環境が害されることを防止するための明確な指針等を作成し、従事者に周知及び啓発の徹底を図ります。
- (3) 相談(苦情も含む)に応じ、適切な対応を講じるための必要な体制を整備します。

14. 重要事項説明書の変更

料金等の変更があった場合、直ちに新たな【重要事項説明書】を作成し、お互いに取り交わします。

15. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) サービスを受ける際に、医師からの医療情報や日常生活上の留意事項などをお知らせ下さい。また、利用当日の健康状態等を事業者にお知らせ下さい。
- (2) サービス利用開始時、又、被保険者証が変更になった場合には介護保険被保険者証・負担割合証・医療保険被保険者証等をご提示ください。
- (3) お薬の処方の変更になった場合にはお知らせ頂き、お薬情報（お薬手帳など）のご持参をお願い致します。また血液検査データもあればお持ちください。
- (4) 高額の金品は、お持ちにならないで下さい。

また、おやつ等の持ち込み、利用者様同士での交換はご遠慮下さい。

- (5) 携帯電話はお持ちにならないで下さい。ご持参が必要な場合には、朝のお迎え時に一旦職員にお預けください。
- (6) 他のご利用者様にご迷惑を及ぼす行為や、事業所内の風紀・秩序を乱す行為、宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
- (7) 事業所敷地内は禁煙です。又、火気・危険物はご使用にならないで下さい。
- (8) 施設内の設備や備品は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損物が生じた場合には、弁償して頂くことがあります。
- (9) 1か月以上欠席が続いた場合には連絡させて頂き、契約の継続について確認をさせて頂きます。最終ご利用から2か月以内でのご利用復帰が困難な場合には、曜日登録の取り消し、或いは契約を終了させて頂くことがございますのでご了承ください。
- (10) 非常災害時（暴風雨警報・大雪警報・特別警報発令時や火災・大地震など）等には、状況に応じやむを得ずサービスを中止させて頂くことがございます。

その際には、ご利用者様ご家族様にご連絡させて頂きますので、ご協力を頂きますようお願い致します。

16. この説明書の内容は、令和6年6月1日より適用いたします。

介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションの提供にあたり、契約者に対して重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者（所在地） 京都市北区小山下内河原町 56
（名 称） デイケアセンター とみた ⑩
（説明者氏名） ⑩

- ◎ 私は、契約書および本書面により、事業者から通所リハビリテーション等について重要事項の説明を受け、その内容に同意します。
- ◎ 私は、重要事項説明書 5 における利用料等に関し、サービス利用料その他の費用を支払うことに同意します。
- ◎ 私は、重要事項説明書 9 の (2) (3)における秘密保持等に関し、事業所職員内での情報共有及び事業所内研修並びにサービス担当者会議等において、私及び家族の個人情報をを用いることに同意します。
- ②カルテ他管理のため、医療保険その他の情報を登録する事に同意します。
- ③皆さまの活動の記録の一環としての、写真撮影をする事について
どちらかに○印を ⇒ 1.同意します
2.同意しません（撮って欲しくありません）
- ④【→ ③で1.を選んだ方のみ】写真の取り扱いについて
デイケア通信やリーフレット・ホームページに等に掲載してもよい
1. 全ての媒体に使用してよい
2. デイケア通信やリーフレットのみ
3. ホームページのみ
4. 全てに使用してほしくない

*契約者（利用者名）（代筆可） 署名代理人（利用者が自署できない場合にのみ）
（住 所） 〒 — （住 所）

（氏 名） ⑩ （氏 名） ⑩

*家族

（住 所） 〒 — 電話番号（ ） —
（氏 名） ⑩ （契約者との続柄）

*家族

（住 所） 〒 — 電話番号（ ） —
（氏 名） ⑩ （契約者との続柄）

*家族

（住 所） 〒 — 電話番号（ ） —
（氏 名） ⑩ （契約者との続柄）