

介護予防通所リハビリ重要事項説明書

＜令和6年6月1日 現在＞

第1 提供するサービスについての相談窓口

電 話 048-620-3119（8：15～17：00）

担 当 渡部 直樹・新井 秀樹・川上 佳織

＊ ご不明な点は、なんでもおたずね下さい。

第2 事業の目的

この規定は、社会福祉法人むつみ会が開設する介護予防通所リハビリ春陽苑（以下「当事業所」という。）が行う指定介護予防通所リハビリテーション事業の適切な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、当事業所の従業員が、要支援状態にある利用者に対し、適正な指定介護予防通所リハビリテーション事業を提供することを目的とします。

第3 事業の運営方針

事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。

当事業所の従業員は、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、機能回復訓練及び必要な日常生活の世話をを行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。

事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。

第4 事業の概要

1. 提供できるサービスの種類（内容）

（1）送迎

送迎を必要とする利用者に対し送迎サービスを提供します。送迎車両には介護予防通所リハビリ従事者が添乗し、必要な介護を行います。

（2）健康チェック

利用者の健康状態を医師及び看護婦が診断致します。

（3）食事

栄養状態等の管理をし、配膳下膳の介助・食事摂取の介助等を行います。

（4）入浴

家庭において入浴する事が困難な利用者に対し、衣類着脱の介護、身体的清拭・洗

髪・洗身、その他必要な入浴サービスを行います。

(5) リハビリテーション

体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本動作を獲得するための訓練を行います。

(6) 身体介護

日常生活動作能力の程度により、排泄の介助、移動・移乗の介助等の必要な支援及びサービスを提供します。

(7) 生きがい活動

利用者が生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることが出来るよう、レクリエーション・体操・行事等を通じて仲間づくり、心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒安定を図ります。

(8) 生活相談

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

2. 事業所の名称及び所在地

事業所名称	介護予防通所リハビリ 春陽苑
所在地	埼玉県さいたま市西区飯田新田 9 1 - 1
介護保険指定番号	1 1 5 0 3 8 0 0 5 5
通常の事業の実施地域	さいたま市・富士見市・ふじみ野市・川越市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

3. 同事業所の職員体制

職 種	員 数 (常勤換算)	業務内容	勤務体制
管理者	1.0	サービス管理全般	サービス提供時間を 含む連続した 8 時間
医師	1.0	生活上の相談等	
看護職員	1.0	医療、健康管理業務等	
介護職員	8.4	日常介護業務等	
支援相談員	1.2	生活上の相談等	
・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	2.2	リハビリテーション 機能回復訓練等	

4. 同事業所の設備の概要

定員	5 0 名	浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。
デイルーム	68.64 m ²		
食堂	96.11 m ²	相談室	18.53 m ²

5. 営業日・営業時間

月～金曜日	午前 8 時 1 5 分 ～ 午後 5 時 0 0 分
-------	-----------------------------

※ 1 2 月 3 0 日 ～ 1 月 3 日はお休み。

6. サービス提供日・サービス提供時間

月～金曜日	午前9時15分～午後3時45分
-------	-----------------

第5 料金

《介護予防通所リハビリテーション費》

	1月あたりの利用料金	1月あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
要支援1	24,562円（*）	2,457円（*）	4,913円（*）	7,369円（*）
要支援2	45,789円（*）	4,579円（*）	9,158円（*）	13,737円（*）

加算料金

項 目	1日あたりの利用料金	1日あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
食費	—	520円		
日用品費	—	100円		
紙パンツ：Mサイズ	—	（1枚あたり）110円		
紙パンツ：Lサイズ	—	（1枚あたり）120円		
紙おむつ：Mサイズ	—	（1枚あたり）90円		
紙おむつ：Lサイズ	—	（1枚あたり）100円		
フラット	—	（1枚あたり）60円		
尿取りパット	—	（1枚あたり）50円		
キャンセル料 （ご利用日の前日12時までにご連絡がなかった場合）	—	（食材料費実費相当分）350円		
項 目	1回あたりの利用料金	1回あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
退院時共同指導加算 （該当する退院につき1回を限度とする）	6,498円（*）	650円（*）	1,300円（*）	1,950円（*）
項 目	1月あたりの利用料金	1月あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
生活行為向上リハビリテーション実施加算	6,086円（*）	609円（*）	1,218円（*）	1,826円（*）
若年性認知症利用者受入加算	2,599円（*）	260円（*）	520円（*）	780円（*）
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,624円（*）	163円（*）	325円（*）	488円（*）
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,732円（*）	174円（*）	347円（*）	520円（*）
科学的介護推進体制加算	433円（*）	44円（*）	87円（*）	130円（*）
サービス提供体制強化加算Ⅰ	779円（*）	78円（*）	156円（*）	234円（*）
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1,559円（*）	156円（*）	312円（*）	468円（*）
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	利用総単位数×0.086×10.83（*）	利用総単位数×0.086×10.83×利用者負担の割合		

※ ・（*）印の料金につきましては、保険単位数を基に少数を含む算定を行う為、実際の料金とは多少誤差が出る場合がございますのでご承知おきください。

1. 利用料金

自己負担額は、「介護保険負担割合証」に記載されております利用者負担の割合に応じた金額となります。以下に記載する金額は1割負担の場合の自己負担額となります。

*介護予防通所リハビリテーション費

介護度	1月あたりの利用料金	1月あたりの自己負担額
要支援1	24,562円	2,457円
要支援2	45,789円	4,579円

*サービス提供体制強化加算Ⅱ

要支援1の方は1月あたり779円。但し、自己負担額は78円です。

要支援2の方は1月あたり1,559円。但し、自己負担額は156円です。（加算の

用件を満たしている場合に限る)

* 若年性認知症利用者受入加算

1 月あたり 2,599 円。但し、自己負担額は 260 円です。

* 口腔機能向上加算Ⅰ

1 日あたり 1,624 円。但し、自己負担額は 163 円です。

* 口腔機能向上加算Ⅱ

1 日あたり 1,732 円。但し、自己負担額は 174 円です。

* 生活行為向上リハビリテーション実施加算

6 月以内 1 月あたり 6,086 円。但し、自己負担額は 609 円です。

* 科学的介護推進体制加算

1 月あたり 433 円但し、自己負担額は 44 円です。

* 退院時共同指導加算

病院又は診療所に入院中の利用者が退院するに当たり、事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、利用者に対する初回の指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき 1 回限り 6,498 円。但し、自己負担額は 650 円です。

* 介護職員等処遇改善加算Ⅰ

1 ヶ月の利用総単位数×0.086×10.83×利用者負担割合が 1 ヶ月の自己負担分に加算されます。

* 昼食代

1 食あたり 520 円。

* 日用品費

1 日あたり 100 円 (タオル・歯ブラシ、義歯ブラシ、髭剃り、保湿剤・衣類袋・個別の薬入れ等)

* おむつ代

紙パンツ (M) サイズ 1 枚あたり 110 円。

(L) サイズ 1 枚あたり 120 円。

紙オムツ (M) サイズ 1 枚あたり 90 円。

(L) サイズ 1 枚あたり 100 円。

フラット 1 枚あたり 60 円。

尿取りパット 1 枚あたり 50 円。

2. キャンセル料

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の前日 12 時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前日 12 時までにご連絡がなかった場合	350 円 (食材料費実費相当分)

3. 支払方法

毎月10日までに前月分の請求書を発行いたしますので、請求月の月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払い方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

第6 サービスの利用方法

1. サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

予防通所リハビリ計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前にその介護予防支援事業所とご相談ください。

2. サービス利用契約の終了

(1) 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

(2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了30日前までに文書で通知いたします。

(3) 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が要支援認定において自立・要介護と認定された場合

- ・・・・非該当・要介護となった日

- ・利用者がお亡くなりになった場合・・・死亡日の翌日

(4) その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院または病気等により3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族などが当事業所や当事業所の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

第7 秘密保持

1. 事業者、及び事業者の使用する者は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は代理人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を「個人情報の取扱いについて」に記載のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由

なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ①サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ②居宅介護支援事業所等との連携
- ③利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤生命・身体 の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する 場合、高齢者虐待を発見し区市町村に通報等を行う場合等）

2. 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

第8 協力医療機関等

当事業所では、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、速やかに対応するようにしています。

- ・協力医療機関
 - ・名 称 医療法人社団聖心会 南古谷病院
 - ・住 所 埼玉県川越市大字並木 602 番地
- ・協力医療機関
 - ・名 称 医療法人社団三慶会 指扇病院
 - ・住 所 埼玉県さいたま市西区平方領領家 983 番地
- ・協力医療機関
 - ・名 称 医療法人明浩会 西大宮病院
 - ・住 所 埼玉県さいたま市大宮区三橋 1-1173 番地
- ・協力医療機関
 - ・名 称 社会福祉法人シナプス 埼玉精神神経センター
 - ・住 所 埼玉県さいたま市中央区本町東 6 丁目 11 番の 1 号
- ・協力歯科医療機関
 - ・名 称 医療法人社団 健進会 西武川越歯科
 - ・住 所 埼玉県川越市の場 2418-1-2F

第9 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、介護予防支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

第10 感染症、食中毒の予防及びまん延の防止のための措置

1. 感染症、食中毒の予防及びまん延の防止のために次のように対応します
 - (1) 感染防止委員会を設置しおおむね 6 か月に 1 回以上開催し、その結果を従業者に周知徹底します。

- (2) 指針の整備を行い、研修、訓練（シミュレーション）を実施します。
 - (3) 前2号にあげるもののほか、厚生労働大臣が定める感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。
2. 業務継続計画（BCP）の策定等を行います。
- (1) 感染症が発生した場合であっても、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画等の策定、研修、訓練（シミュレーション）の実施を行います。
 - (2) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

第11 非常災害対策

- 1. 当事業所は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため地域住民との連携に努め、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- 2. 業務継続計画（BCP）の策定等を行います。
災害が発生した場合であっても、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画等の策定、研修、訓練（シミュレーション）の実施を行います。
定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

第12 サービス利用にあたっての留意事項

利用者が入浴室及び機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用するものとします。又、体調が思わしくない利用者にはその旨を説明し安全指導を図ります。

第13 禁止事項

当事業所では、多くの方に安心してご利用頂く為に、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止致します。

第14 事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行う指定介護予防通所リハビリテーションの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った指定介護予防通所リハビリテーションの提供により、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。

第15 虐待の防止のための措置に関する事項

利用者に対する虐待等を防止し、早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るために、必要な体制の整備を行い、次の措置を講じるものとする。

- 1. 虐待の防止に関する責任者の選定をする
- 2. 成年後見制度の利用支援をする
- 3. 苦情解決体制の整備をする

4. 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための定期的な研修（新規採用時及び年1回以上）の実施をする
 5. 虐待防止委員会を設置し、定期的の実施するとともに、その結果を従業者に周知徹底をする
 6. 虐待防止のための指針の整備をする
 7. 前4、5、6の措置を適切に実施するための担当者の選定をする
 - ・虐待等の早期発見の為、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談につきましては、苦情解決体制、又は以下をご利用ください。
- ◇要介護者施設従事者等による虐待のご相談窓口
保健福祉局長寿応援部介護保険課 TEL 048-829-1265
- ◇地域で暮らす高齢のみなさんの介護、福祉、医療等に関するさまざまな相談窓口
生活区域のシニアサポートセンター又は地域包括支援センターにお問い合わせください。

第16 要望及び苦情等の処理体制及び手順

当事業所には相談の専門員として支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談ください。（電話048-620-3119）

要望やサービスの提供及び個人情報の取り扱いに関する苦情などは、支援相談担当者、苦情受付担当者にお寄せ頂ければ、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の皆様の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。把握した状況について管理者とともに検討を行い、時下の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて連絡調整を行い対応方法等について利用者の皆様へ報告を行います。

また、要望や苦情への適切な対応により、福祉サービスに対する利用者の満足感を高めること等を考慮して、第三者委員を活用できる体制も整備しておりますので、ご相談下さい。

第三者委員	杉山 幸芳	さいたま市西区中野林字中郷650-1 048-620-5700
	皆川 慎一郎	さいたま市西区中釘2219-1 048-624-3940
市区町村窓口	西区役所 高齢介護課	048-620-2667
	さいたま市役所 介護保険課	048-829-1264
		048-829-1265
	及び各区役所 高齢介護課	
埼玉県国民健康保険団体連合会		048-824-2537

第 17 その他運営に関する重要事項

- ・感染防止や多職種連携の促進のため ICT（情報通信技術）を活用することがあります。利用者等が参加するものについては、利用者等の同意を得た上で実施します。
- ・本説明書の概要については、施設内に掲示又は閲覧可能な形（ファイル等）で備え置きます。
- ・重要事項説明書等に係る利用者等への説明・同意等のうち、書面で行うものについて、電磁的記録（コンピュータで処理可能なデジタルデータ）にて行うこともあります。
- ・当事業所についての詳細はパンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

令和 年 月 日

介護予防通所リハビリの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

＜事業者＞

所在地 埼玉県さいたま市西区飯田新田 9 1 - 1

名 称 社会福祉法人 むつみ会 印

説明者 所属 介護予防通所リハビリ 春陽苑

氏名 _____ 印 _____

私は、本書面により事業者から介護予防通所リハビリについての重要事項の説明を受け、同意しました。

<利用者>

住所(〒)

氏 名 印

<代理人>

住所(〒)

氏 名 印