

(介護予防)通所リハビリテーション 重要事項説明書

令和7年4月1日改正

当事業所は通所リハビリテーションの指定を受けています。
(栃木県指定 第0971000310号)

この「重要事項説明書」は介護保険法、厚生労働省令等に基づき、通所リハビリテーションサービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

◆◆ 目次 ◆◆

1. (介護予防)通所リハビリテーションについての概要
2. 介護保険証の確認
3. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口
4. おおたわらマロニエデイケアサービスの概要
5. サービスの内容
6. 料金
7. サービスの利用方法
8. 個人情報利用についての同意
9. サービス内容に関する苦情について
10. 緊急時の対応方法
11. 非常災害対策
12. 身体拘束廃止の取り組み
13. 虐待防止の取り組み
14. 感染防止の対策
15. その他

社会福祉法人 邦友会
おおたわらマロニエデイケアサービス

1. (介護予防)通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションは、要介護者及び要支援者が家庭等での生活を継続させるため、理学療法、作業療法、言語療法、その他必要なリハビリテーションを行い、心身の機能維持回復を図ります。このサービスの提供にあたっては、ご利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等によって、通所リハビリテーション計画・介護予防通所リハビリテーション計画を作成します。その際には、ご利用者・ご家族のご希望を十分に取り入れ、計画の内容について同意をいただきます。

2. 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

3. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口(午前8時30分～午後5時30分)

- ・電話 0287-20-2501
- ・FAX 0287-20-2503
- ・担当 鈴木 宗大 *ご不明な点については、お問い合わせください

4. おおたわらマロニエデイケアサービスの概要

1) 提供するサービスと地域

| | |
|----------|------------------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 邦友会 おおたわらマロニエデイケアサービス |
| 所 在 地 | 栃木県大田原市北金丸 2600 番地 8 |
| 電話番号 | 0287-20-2501 |
| 介護保険指定番号 | 通所リハビリテーション 栃木県 0971000310 号 |
| サービス対象地域 | 大田原市・那須塩原市・那珂川町 |

※上記のサービス地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください

2) 当事業所の職員体制

| 職種 | 職員数 |
|-------------------------------------|------|
| ① 管理者 | 1名 |
| ② 医師 | 1名 |
| ③ 理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士又は看護師もしくは介護職員 | 5名以上 |
| ④ 上記③のうち、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | 2名以上 |
| ⑤ 事務職員 | 2名 |

3) 利用定員及び利用時間

事業所の利用人数は85名とします。うち長時間利用の定員を70名とし、利用時間は8時30分から16時30分とします。また、半日間利用の定員を1単位あたり15名とし、利用時間は次のとおりとします。

- ① 9時00分から12時00分
- ② 13時00分から16時00分

4) 事業所の居室

| 居室名 | 室数 | 面積 | 備考 |
|---------|----|----------------------|---------------|
| 機能訓練室 | 1室 | 269.6 m ² | 畳コーナー設置 |
| 静養室 | 1室 | 19.5 m ² | |
| 食堂 | 1室 | 298.6 m ² | ベッド3床 |
| 相談室 | 1室 | 19.5 m ² | |
| 言語聴覚室 | 1室 | 13.8 m ² | |
| 脱衣室 | 2室 | 58.2 m ² | |
| 浴室 | 2室 | 70.1 m ² | 個別浴槽・特殊浴槽 |
| スタッフ室 | 1室 | 19.5 m ² | |
| その他共有部分 | | 174.6 m ² | 配膳室・事務室・トイレなど |
| 計 | 9室 | 561.8 m ² | |

5) 利用時間と営業について

| | |
|-------|-----------------|
| 利用時間 | 午前8時30分～午後4時30分 |
| 営業時間 | 午前8時30分～午後5時30分 |
| 営業日 | 月曜日～土曜日 |
| 定休日 | 日曜日 |
| その他休日 | 12月31日～1月3日 |

5. サービスの内容

- ・送迎 : 大田原市内にお住いの方については、ご自宅までの送迎をいたします。
- ・食事 : 栄養士が皆様の身体状況を考慮し、栄養バランスの摂れた食事を提供いたします。
- ・入浴 : 身体状況に応じて入浴介助を行い、個別浴、機械浴がご利用できます。
- ・生活相談 : 身の回りのことや日常生活などについてご相談を随時受付けております。
- ・介護予防 : 運動器や機能向上、口腔機能の向上を実施いたします。
- ・リハビリテーション : 利用者の身体状況に応じたプログラムを作成し、リハビリを実施いたします。

6. 料金

・利用者負担割合について、これまでは1割又は一定以上の所得のある方は2割としていましたが、現役並みの所得のある方には費用の3割をご負担いただくようになります。次の利用料金は1割負担の場合の料金です。2割負担の方は下記料金の2倍の額となり、3割負担の方は次の料金の3倍の額となります。
(当該等の方には別途料金表をお渡しします)

1) 通所リハビリテーション利用料金

(1) 1日あたりの利用料金

| 時間 介護度 | 1時間以上 2時間未満 | 2時間以上 3時間未満 | 3時間以上 4時間未満 | 4時間以上 5時間未満 | 5時間以上 6時間未満 | 6時間以上 7時間未満 | 7時間以上 8時間未満 |
|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 要介護1 | 3,690円 | 3,830円 | 4,860円 | 5,530円 | 6,220円 | 7,150円 | 7,620円 |
| 要介護2 | 3,980円 | 4,390円 | 5,650円 | 6,420円 | 7,380円 | 8,500円 | 9,030円 |
| 要介護3 | 4,290円 | 4,980円 | 6,430円 | 7,300円 | 8,520円 | 9,810円 | 10,460円 |
| 要介護4 | 4,580円 | 5,550円 | 7,430円 | 8,440円 | 9,870円 | 11,370円 | 12,150円 |
| 要介護5 | 4,910円 | 6,120円 | 8,420円 | 9,570円 | 11,120円 | 12,900円 | 13,790円 |

(2) 1日あたりの利用料 自己負担分

| 時間 介護度 | 1時間以上 2時間未満 | 2時間以上 3時間未満 | 3時間以上 4時間未満 | 4時間以上 5時間未満 | 5時間以上 6時間未満 | 6時間以上 7時間未満 | 7時間以上 8時間未満 |
|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 要介護度1 | 369円 | 383円 | 486円 | 553円 | 622円 | 715円 | 762円 |
| 要介護度2 | 398円 | 439円 | 565円 | 642円 | 738円 | 850円 | 903円 |
| 要介護度3 | 429円 | 498円 | 643円 | 730円 | 852円 | 981円 | 1,046円 |
| 要介護度4 | 458円 | 555円 | 743円 | 844円 | 987円 | 1,137円 | 1,215円 |
| 要介護度5 | 491円 | 612円 | 842円 | 957円 | 1,120円 | 1,290円 | 1,379円 |

(3) 食費は、昼食1食あたり670円(税込)を自費負担でいただきます。

2) 通所リハビリテーション加算項目

(1) 理学療法士等体制強化加算

1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションにおいて理学療法士、作業療法士または言語聴覚士を2名以上配置している場合、1日あたり300円加算/自己負担額は30円

(2) 入浴介助加算(Ⅰ) 1回あたり400円/自己負担額は40円

(3) 入浴介助加算(Ⅱ) 1回あたり600円/自己負担額は60円

(4) リハビリテーションマネジメント加算(ロ)(介護予防を除く)

- ・開始日から起算して6か月以内 1か月あたり5,930円/自己負担額は593円
- ・開始日から起算して6か月超 1か月あたり2,730円/自己負担額は273円

(5) リハビリテーションマネジメント加算(ハ)(介護予防を除く)

- ・開始日から起算して6か月以内 1か月あたり7,930円/自己負担額は793円
- ・開始日から起算して6か月超 1か月あたり4,730円/自己負担額は473円
- ・上記に加えて、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
1か月あたり2,700円/自己負担額は270円

(6) リハビリテーション提供加算

- ・3時間以上4時間未満 1回あたり120円/自己負担額は12円
- ・4時間以上5時間未満 1回あたり160円/自己負担額は16円
- ・5時間以上6時間未満 1回あたり200円/自己負担額は20円
- ・6時間以上7時間未満 1回あたり240円/自己負担額は24円
- ・7時間以上 1回あたり280円/自己負担額は28円

(7) 短期集中個別リハビリテーション実施加算

退院(所)日または認定日から起算して3か月以内 1日あたり1,100円/自己負担額は110円

※医師または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、利用者に対して、その退院(所)日または認定日から加算して3か月以内の期間に個別リハビリテーションを集中的に行った場合に算定されます。

(8) 移行支援加算 1日あたり120円/自己負担額は12円

通所リハビリテーション事業所がリハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合

(9) 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ 1か月2回まで、1回あたり1,600円を加算/自己負担額は160円

原則3か月以内 言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員1名以上配置し、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成し、利用者等の同意を得てサービス提供を行う。

※リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定している場合は、口腔機能向上加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)ロは算定しない

3) 介護予防通所リハビリテーション

1か月あたりの利用料金

| 介護度 | 利用料金 | 利用料金の自己負担 |
|------|---------|-----------|
| 要支援1 | 22,680円 | 2,268円 |
| 要支援2 | 42,280円 | 4,228円 |

4) 介護予防通所リハビリテーション加算項目

(1) 栄養アセスメント加算 1か月あたり500円/自己負担額は50円

(2) 一体的サービス提供加算 1か月あたり4,800円/自己負担額は480円

5) 共通事項

(1) 科学的介護推進体制加算

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。1か月につき400円/自己負担額は40円

(2) 退院時共同指導加算

入院中の利用者が退院するにあたり、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、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合。1回あたり6,000円/自己負担額は600円

(3) 中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算

所定単位数に5%を加算いたします。

(4) サービス提供体制強化加算Ⅰ

介護福祉士の資格を有する職員が70%以上配置されている場合に加算いたします。

通所リハビリテーション 1日あたり220円/自己負担額は22円

介護予防通所リハビリテーション 要支援1 1日あたり880円/自己負担額は88円

要支援2 1日あたり1,760円/自己負担額は176円

(5) 介護職員処遇改善加算 I

所定単位数に 8.6%を乗じた単位数を加算いたします。

(6) 地域区分

地域区分 7 級地のため、基本サービス料金と各種加算の合計に 1.7%を加算いたします。

(7) 送迎費

サービス提供区分(大田原市内)以外の利用者の送迎については、区分を超えたところから計測をして、片道 1 kmあたり 22 円を送迎費として加算し、実費請求いたします。

(8) その他費用、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

6) 減算項目

(1) 送迎減算

送迎を行わない場合は(ご利用者の都合等)、片道につき 470 円を減算/自己負担額は 47 円

(2) 利用開始から 12 か月超えた場合の減算

- ・要支援 1 1 か月あたり 200 円/自己負担額は 20 円
- ・要支援 2 1 か月あたり 400 円/自己負担額は 40 円

7) 支払方法

毎月 10 日に前月分の請求書を送付いたします。

お支払方法は、毎月 27 日にご指定いただいた銀行口座より自動引き落としになりますので、ご入金をお願いいたします。引落しの確認ができましたら、領収書を発行します。

7. サービスの利用方法

1) サービスの利用開始

ご利用申し込みにより、通所リハビリテーション利用契約書を提出いただきます。通所リハビリテーション計画書を作成し、サービスの提供を開始いたします。

2) サービスの終了

(1) 利用者様のご都合により、サービスを終了する場合

- ・利用者及び保証人により、利用中止の申し出があった場合

(2) 当事業所から、サービスを終了する場合

- ・利用者が介護認定において自立と認定された場合
- ・利用者が、サービス利用料金の支払を 1 か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも拘わらず 14 日以内に支払わない場合
- ・利用者の病状、心身の状態が著しく悪化し、当事業所での適切なサービスの提供を超えると判断された場合
- ・利用者又は保証人が事業所、事業所の職員又は利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背任行為又は反社会的行為を行った場合
- ・天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により、事業所をご利用できない場合

(3) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

8. 個人情報利用についての同意

1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

利用者及び家族等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「福祉関係事業者における個人情報の適正な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

2) 個人情報の保護について

事業所はサービスを実施するにあたり、サービス提供に必要な利用者の個人情報について、サービス担当者会議や居宅介護支援事業所などへ情報提供、あるいは情報を用いる場合には、ご利用者本人もしくは保証人に対して書面で同意を求め承諾を得ることにいたします。

9. サービス内容に関する苦情について

当事業所は利用者及びその家族からの苦情・要望を受付ける窓口を設け、迅速にかつ適切に対応し解決にあたる委員会を設置し、苦情解決の処理を講じます。

(1) 当事業所における苦情・相談受付

○苦情受付担当責任者:鈴木 宗大

電話:0287-20-2501 FAX:0287-20-2503

○受付時間:月曜日～土曜日 8時30分～17時30分

○苦情解決責任者:鈴木 宗大

○第三者委員: 本澤 節子 連絡先 0287-22-5480 大田原市北金丸 1544-7

櫻岡 賢治 連絡先 0287-23-1130 大田原市本町 1-3-1(大田原市社会福祉協議会)

※苦情の申出については、口頭・電話・文書・面談やご意見箱などにより随時受付けております。

(2) 行政機関、その他苦情受付機関

| | | |
|---------------------------|-----------------|--|
| 大田原市保健福祉部 高齢者幸福課 介護管理係 | 住所 電話 FAX | 栃木県大田原市本町 1-4-1 0287-23-8865 0287-23-4521 |
| 栃木県社会福祉協議会 運営適正化委員会 | 住所 電話 FAX | 栃木県宇都宮市若草 1-10-6 とちぎ福祉プラザ内 028-622-2941 028-622-2316 |
| 栃木県 国民健康保険連合会 | 住所 電話 FAX | 栃木県宇都宮市本町 3-9 栃木県本町合同ビル 6F 028-622-7242 028-622-7281 |

10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合には、契約内容に基づき、ご家族や保証人、居宅介護支援事業者、主治医等へ連絡をいたします。

※緊急を要する場合には、当事業所の協力医療機関に搬送いたします。

○名称:国際医療福祉大学クリニック

○名称:国際医療福祉大学病院

住所:大田原市北金丸 2600 番地 6

住所:那須塩原市井口 537-3

電話:0287-24-1001

電話:0287-37-2221

11. 非常災害対策

事業所は非常災害に備え、非常災害に関する具体的計画を策定し、防火管理者を配置して毎月、定期的に防災訓練、避難誘導訓練及びその他必要な訓練を実施します。

- ・防災時の対応 職員の避難誘導により、直ちに安全な場所に誘導いたします。
- ・防災設備 火災警報装置、火災報知器、自動通報装置、スプリンクラー、消火栓、消火器
- ・防災訓練 年2回、防災避難訓練を実施
- ・防火管理者 永井 進一

12. 身体拘束廃止の取り組み

- 1) サービス提供にあたり、利用者本人又はほかの利用者の生命や身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。
- 2) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、その事由を利用者家族又は保証人に説明をして、同意を得ることとします。また、実施した場合は、その状況を記録として整備することと致します。
- 3) 身体拘束廃止に向けた対策を検討して、身体拘束廃止の取り組みを講じていきます。

13. 虐待防止の取り組み

- 1) 虐待防止に関する責任者 永井 進一
- 2) 高齢者虐待を未然に防止するため倫理綱領、行動規範などを定めて教育と啓蒙を図り虐待防止の周知徹底に取り組みます。
- 3) 虐待防止に向けた啓発と普及を図る研修を実施して、人権擁護の意識と学習を深めることにより、職員の資質向上を図り、虐待防止に認識を講じていきます。

14. 感染防止の対策

- 1) 感染症や食中毒の予防と蔓延防止のための取り組みを実施して、感染防止対策を図ります。
- 2) 対策防止を検討する委員会を月に1回程度開催し、その結果について職員に周知を図ります。
また、感染症防止、食中毒予防などの研修を定期的実施することによって、職員の知識を高めて感染防止対策の周知徹底に努めます。
- 3) 施設内の清潔な環境整備を図り、感染症の発生を防ぐ衛生管理に努めます。

15. その他

1) 情報の開示について

利用に関するサービス提供記録や介護記録、リハビリテーション実施計画等の記録について、利用者本人または家族、保証人に限り、情報開示の申し出があった場合は、その情報を開示いたします。

2) 情報の公開について

当事業所は事業計画、事業報告などの運営に関する情報について公開しておりますので、ご希望される方は申し出ください。

3) 第三者評価の実施状況 実施なし

4) サービスを改善するための努力

サービスの質を向上させるため、職員の資質と技能を深める研修を実施して、自己研鑽を図りサービスの質の向上に努めます。

5) 宗教・政治活動について

他の利用者に対する宗教活動、政治活動は禁止となっておりますのでご遠慮ください。

6) 動物の持ち込みについて

当事業所へのペットの持ち込みは、お断りいたします。

おおたわらマロニエデイケアサービス利用同意書

令和 年 月 日

【事業者】

栃木県大田原市北金丸 2,600 番地 8
社会福祉法人 邦友会
おおたわらマロニエデイケアサービス
センター長 永井 進一 様

【説明者】おおたわらマロニエデイケアサービス

氏 名 _____ ㊞

私は、おおたわらマロニエデイケアサービスを利用するにあたり、説明者から利用規約書及び重要事項説明書について説明を受け、これらの事項を理解した上で同意いたします。

【利用者】

〒

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞ 男 ・ 女

電 話 _____

| | | |
|-----|-------|---------------|
| 保証人 | 氏 名 | ㊞ (続柄) |
| | 住 所 | 〒 |
| | 生年月日 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 |
| | 連 絡 先 | |

サービス利用に係る情報提供同意書

おおたわらマロニエデイケアサービスを利用するにあたり、利用者及びその家族の個人情報について次に定める条件で必要最小限の範囲内で使用することに同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名 ㊞

住 所

利用者家族 ㊞

住 所

【使用する目的】

1.法令に基づき事業者が行うべきもの

- 1) 利用者の介護サービス向上のために行う個別サービス計画書に係る諸会議
- 2) かかりつけ医師との協議
- 3) 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等の連携を図るサービス担当者会議等、或いは照会への回答
- 4) 事故が発生した場合の市町村、県への連絡
- 5) 利用者等からの苦情に関して市町村が行う調査への協力
- 6) 利用者に病状の急変が生じた場合等の医療機関への連絡など
- 7) 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出など

2.任意に事業所が行うもの

- 1) 介護保険施設等において行われる実習に際しての学生への協力
- 2) 事業所が広報活動として作成する広報誌などに利用者様の写真や記事を掲載すること

3.使用にあたっての条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外へ漏れることがないように細心の注意を払うことにいたします

【事業者】

社会福祉法人 邦友会

おおたわらマロニエデイケアサービス

センター長 永井 進一 様