

介護予防通所リハビリテーションサービス利用案内 (重要事項説明書)

《介護予防通所リハビリテーションサービス利用の案内にあたって》

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている介護老人保健施設かがやきが行います介護予防通所リハビリテーション（以下「介護予防通所リハ」といいます。）

サービスについて、利用される前に知っておいて頂きたい重要事項を説明いたします。

わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問してください。

介護老人保健施設かがやき

《介護予防通所リハビリテーションサービスに関する重要な事項》

1 介護予防通所リハサービスを提供する事業者

事業者	社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
代表者名	理事長 行松 英明
所在地	大阪府箕面市白島三丁目 5 番 50 号
(連絡先)	社会福祉法人大阪府社会福祉事業団事務局 (電話) 072-724-8166 (ファックス番号) 072-724-8165

2 介護予防通所リハサービスを提供する施設

(1) 施設の名称等

施設の名称	介護老人保健施設かがやき
施設所在地	豊中市刀根山元町 5 番 6 0 号
管理者	管理者（施設長） 眞下 節
連絡先	(電話) 06-6850-3457 (ファックス番号) 06-6850-9700
介護保険事業者番号	2 7 5 4 0 8 0 1 2 1
通常の事業実施及び送迎地域	豊中市の区域
利用定員	47 人/日 1 単位目 37 人 2 単位目 10 人 3 単位目 10 人

(2) 介護予防通所リハサービスの目的および運営方針

事業の目的	介護保険法に基づき、要支援と認定された方が、できる限り要介護状態とならないで、可能な限りその居宅において自立した日常生活営むことができるよう、理学療法、作業療法、言語療法その他必要なり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・回復を図ることを目的とします。
運営方針	1. 利用者がその有する能力を最大限活用することができるよう、地域包括支援センター等が作成する介護予防サービス計画に沿って計画的にリハビリテーションを行うよう努めます。 2. 懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導または説明を行うよう努めます。

3 介護予防通所リハ事業の職員体制

(1) 施設の配置職員

(実配置人員：令和3年12月1日現在)

職 種	基準 人員	実配置 人員	職 務 内 容
医師（施設長）	(1)	1	通所リハ業務を統括するとともに、利用者の健康管理及び医療の措置を講じる。
看護職員 介護職員	4	4以上	管理者の指示のもとに、看護職員は利用者の保健衛生・看護業務を行い、介護職員は利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	2	2以上	管理者の指示のもとに、利用者に対し機能訓練・指導等の業務を行う。
栄養士	(1)	1以上	管理者の指示のもとに、利用者等の食事献立に関すること及び利用者に対し栄養指導並びに栄養管理業務を行う。
事務職員	実情に応じた適当数		管理者の指示のもとに、事業の運営事務及び施設の維持管理業務を行う。
(調理業務は委託)			

4 非常災害時の対策

(1) 非常時の対応として、当施設の消防計画及び防災マニュアルにより対応します。

(2) 防災訓練は、当施設の消防計画により、避難・防災訓練を年2回以上実施します。

(3) 防災設備

・避難階段	2カ所	・防火・防排煙設備	あり
・スプリンクラー設備	あり	・自動火災報知器	あり
・火災通報装置	あり	・非常電源設備	あり
・非常警報装置	あり	・避難器具（すべり台）	1カ所
・ガス漏れ火災警報器	あり	・誘導灯及び誘導標識	86カ所
・漏電警報装置	あり	・カーテン等は防災加工商品を使用	

5 介護予防通所リハサービスの営業日及び営業時間等

営 業 日	1単位目 月曜日から土曜日及び祝日（ただし12月31日から翌年1月3日を除く） 2・3単位目 月曜日から金曜日（土日祝及び12月31日から翌年1月3日は定休日）
営 業 時 間	午前8時45分～午後5時30分まで
サービス提供時間	1単位目 午前9時～午後5時まで 2単位目 午前9時～午後12時10分まで 3単位目 午後13時30分～午後16時40分まで

※なお、台風・地震等の自然災害時は、下記の通り対応させていただきます。

午前7時の時点で暴風警報が発令されている場合	自宅待機とさせていただきます。
午前8時までに暴風警報が解除された場合	解除され、安全確認が終了次第、順次送迎を開始し、通常のサービスを行います。
午前8時の時点で暴風警報が解除されていない場合	臨時休館させていただくことがあります。
開館中に暴風警報が発令された場合	利用を中止させていただき、ご家族と連絡が取れ次第速やかに帰宅していただくことがあります。
午前8時の時点で大雨もしくは洪水警報が発令されている場合	通常通り開館しますが、状況に応じて臨時休館もしくは自宅待機とさせていただくことがあります。
開館中に大雨もしくは洪水警報が発令された場合	通常通りサービスを行います。利用を中止させていただき、ご家族と連絡が取れ次第速やかに帰宅していただくことがあります。
地震等が発生したとき	施設の被害状況、道路等の安全状況により異なるため、ご家庭へ連絡いたします。

6 介護予防通所リハサービスを受けることができる方

- (1) 介護保険法に基づく被保険者証を有し、要支援と認定された方または生活保護法における介護予防に係る介護扶助を受けることができる方
- (2) 当事業所の医師が理学療法、作業療法、言語聴覚士その他のリハビリテーションが必要と認められた方
- (3) 病状が安定し、その心身の状況から事業所による送迎に支障がないと医師が認めた方
- (4) 地域包括支援センター等による介護予防サービス計画が作成されている方
- (5) 事業所内において集団生活が可能な方
- (6) 豊中市に居住されている方

7 介護予防通所リハサービスを受けるための手続

- (1) 介護予防通所リハサービスを受けようとする場合は、所定の利用申込書及びかかりつけ医師の診療情報提供書を提出してください。
- (2) 申込者の身体の状態を把握するため、地域包括支援センター等から情報提供を受けさせていただきます。

8 介護予防通所リハサービスの内容等

- (1) 介護予防通所リハサービスは、地域包括支援センター等が作成する介護予防サービス計画に沿って作成した介護予防通所リハ計画に基づき行います。
- (2) リハビリテーションは、医師・看護職員・理学療法士等が作成した個別のリハビリテーション実施計画書に沿って行います。
- (3) 機能訓練は、医師の指示のもと、理学療法士または作業療法士、言語聴覚士の指導において行います。
- (4) おむつが必要な方は、事業所において用意いたしますが、利用者負担となります。
- (5) 配膳をする時間は、特別な理由がない限り、次のとおりいたします。

昼食 - 12時 おやつ - 15時

- (6) 入浴は介護予防サービス計画に基づきます。
- (7) 送迎を行う場合の送迎時間を変更する場合は前もってお知らせいたします。
- (8) 2単位目、3単位目をご利用の場合は昼食、入浴はありません。

9 利用者の留意事項

- (1) 団体生活の秩序を守り、相互の和に努めること。
- (2) 他の利用者をはじめ他人に迷惑となる行為をしないこと。
- (3) 所定の場所以外において火気を使用しないこと。
- (4) 現金・貴重品を持ち込まないこと。
- (5) 宗教の勧誘、特定の政治活動及び営利行為をしないこと。
- (6) ペット等を持ち込まないこと。
- (7) その他職員指示に従うこと。

10 介護予防通所リハサービスの終了

次のいずれかに該当する場合は、終了となります。

- (1) 利用者または家族等が、終了を決めた場合
- (2) 利用者が要介護等認定において自立または要介護と判定された場合
- (3) 利用者の病状、心身の状態が著しく悪化し、介護予防通所リハサービスの利用は困難と医師が判断した場合
- (4) 1か月を超えて利用がない場合（入院等やむを得ない場合を除く）
- (5) 他の利用者または職員に対して、介護予防通所リハの実施が困難となる程度の迷惑行為を行い、その改善が認められない場合
- (6) 支払期日から2か月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合

11 介護予防通所リハサービスの利用料、その他の費用

次の（１）、（２）及び（３）の合計額が利用料となります。

（１）基本利用料

（基本料金の自己負担割合分が基本利用料となります。右欄は基本利用料の目安です。）

区 分	基本サービス費（月額）	基本利用料（月額）		
		10%分	20%分	30%分
要支援 1	21,884 円	2,189 円	4,377 円	6,566 円
要支援 2	42,629 円	4,263 円	8,526 円	12,789 円

* 上記金額は、厚生労働省の告示に基づきます。

（２）その他の加算額

（下記各金額の自己負担割合分が利用者負担となります。右欄は利用者負担分の目安です。）

運動器機能向上加算	月額 2,398 円	月額 10% 239 円 20% 479 円 30% 719 円
栄養改善加算	月額 2,132 円	月 2 回 10% 213 円 20% 426 円 30% 639 円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1 回 213 円	6 月に 1 回 10% 21 円 20% 42 円 30% 63 円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1 回 53 円	6 月に 1 回 10% 5 円 20% 10 円 30% 15 円
栄養アセスメント加算	月額 533 円	月額 10% 53 円 20% 106 円 30% 159 円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	月額 1,599 円	月 2 回 10% 159 円 20% 319 円 30% 479 円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	月額 1,705 円	月 2 回 10% 170 円 20% 341 円 30% 511 円
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）（Ⅱ）	（Ⅰ）月額 5,116 円	（Ⅰ）月額 10% 511 円 20% 1,023 円 30% 1,534 円

	(Ⅱ) 月額 7,462 円	(Ⅱ) 月額 10% 746 円 20% 1,492 円 30% 2,238 円
若年性認知症利用者受入加算	月額 2,558 円	月額 10% 255 円 20% 511 円 30% 767 円
事業所評価加算※	月額 1,279 円	月額 10% 127 円 20% 255 円 30% 383 円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)イ	月額 要支援 1 767 円 要支援 2 1,535 円	月額 要支援 1 10% 76 円 20% 153 円 30% 230 円 要支援 2 10% 153 円 20% 307 円 30% 460 円
科学的介護推進体制加算	月額 426 円	月額 10% 42 円 20% 85 円 30% 127 円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	月の総単位数×4.7%	
介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ)	月の総単位数×1.7%	
介護職員等ベースアップ等支援加算	月の総単位数×1.0%	
その他介護保険法に基づき、別に厚生労働大臣が定めるもの		

* 上記金額は、厚生労働省の告示に基づきます。

* 保険請求の算定上、誤差が生じることがあります。

* サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

* 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)は、離職率の高い介護職員の処遇を改善し定着に繋げるための加算で、月の総単位数に4.7%を掛けた単位数に単価(10.66円)を掛けた金額に対する自己負担割合分をご負担いただきます。

* 介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ)は、経験・技能のある介護職員に重点化しつつ、職員の更なる処遇改善を行う為の加算で月の総単位数に1.7%を掛けた単位数に単価(10.66円)を掛けた金額の自己負担割合に応じた額をご負担いただきます。

* 介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等ベースアップ等支援加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

* (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、サービス提供にかかる証明書類を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

* 基本利用料、加算については変更がある場合、事前に説明・同意後に変更します。

(3) その他の費用（実費負担分）

ア 加算料金

内 容		日 額
食 費	昼 食 522 円	622 円
	おやつ 100 円	

*利用日前日の正午（12 時）までに利用中止等の連絡がない場合は、上記の食費を徴収します。

イ その他（必要とした場合）

日用品・教材費等	1 日	250 円
おむつ代	各 1 枚	紙おむつ (M) 60 円 (L) 70 円
		パンツ式おむつ (M) 55 円 (L) 60 円
		尿パッド 10 円
各種診断書料	1 通	1,100 円 (税込)
その他の文書料	1 通	550 円 (税込)
クラブ活動費	材料費	

注：日用品・教材費等は、タオル類（入浴で使用するものは除く）、シャンプー類、ボディーソープやティッシュペーパー等の消耗品およびレクリエーションで使用する折紙、その他毛糸・塗絵等の材料の費用です。

なお、(3) その他費用額は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、利用者に対して事前に説明を行い、当該費用額を相当額に変更することがあります。

12 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法

(1) 利用料、その他の費用の請求

ア 利用料、その他の費用(各種診断書料及びその他文書料を除く)は利用月ごとの合計金額により請求いたします。

イ 前アにかかる費用の請求は、利用月の翌月 17 日頃になります。

ウ 各種診断書料及びその他の文書料は、交付時にお支払いいただきます。

(2) 利用料、その他の費用のお支払い

ア お支払い方法は、ご指定された金融機関預金口座からの振替となります。

利用開始に際しては、「預金口座振替依頼書」にご記入・ご捺印の上、利用料の振替口座をご登録ください。

イ 請求した額を、毎月 22 日（土・日曜日、祝日の場合は、次の銀行営業日）にご指定の預金口座から振替えます。預金通帳の印字は「RKS. ホンニンフタンキン」となります。

ウ 振替が完了した利用料については、翌月 17 日頃に領収書を送付させていただきます。領収書の再発行は致しませんので、必ず保管しておいて下さい。

エ 口座振替登録未完了、預金残高不足等により口座振替ができなかった場合は、翌月以降に合計して振替となります。

オ その他、やむを得ない事由がある場合等は、別にお支払いをお願いすることがあります。

13 記録の作成

- (1) 当施設は、利用者の介護予防通所リハサービスの提供に関する記録を作成し、5年間は保管します。
- (2) 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。ただし、家族等（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

14 身体の拘束等

当施設は原則として利用者に対し身体拘束は行いません。ただし、自傷他害のおそれがある等の緊急やむを得ない場合は、施設管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を診療録等に記載することとします。

15 秘密の保持と個人情報の保護

- (1) 利用者及びその家族等に対する秘密の保持について

管理者及びその従業員は、利用者及びその家族等から、サービス提供をする上で知り得た利用者またはその家族等に関する秘密（個人を特定する情報を含むものをいいます。）を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、利用終了後および職員の離職後も継続します。ただし、下記の事項については、利用者およびその家族等から、あらかじめ文書により同意を得た上で、情報提供を行うことがあります。

- ① 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者への情報提供、あるいは適切な在宅療養のための医療機関等への情報提供
 - ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等
- この場合、利用者及びその家族等の個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

- (2) 個人情報の保護について

- ① 管理者及びその従業員は、利用者(又はその代理人)又はその家族等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、利用者又は家族等の個人情報を用いません。
- ② 管理者は、利用者及びその家族等に関する個人情報が含まれる記録物については、細心の注意を持って管理し、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。

16 医療機関への受診および緊急時の対応

- (1) 来所時の健康チェックにより発熱等がある場合は、当施設の医師が診察いたしますが、当日、リハビリ等が困難と判断された場合は、帰宅していただくことがあります。

- (2) 疾病の内容により専門的な緊急治療を必要とする場合は、当施設の医師の指示に基づき協力病院等に受診していただきます。
- (3) 協力病院等への受診および通所利用中に心身の状態が急変した場合、必ず「緊急時の連絡者」にご連絡いたします。
- (4) 前項の内容につきましては、担当の地域包括支援センター等へ報告させていただきます。

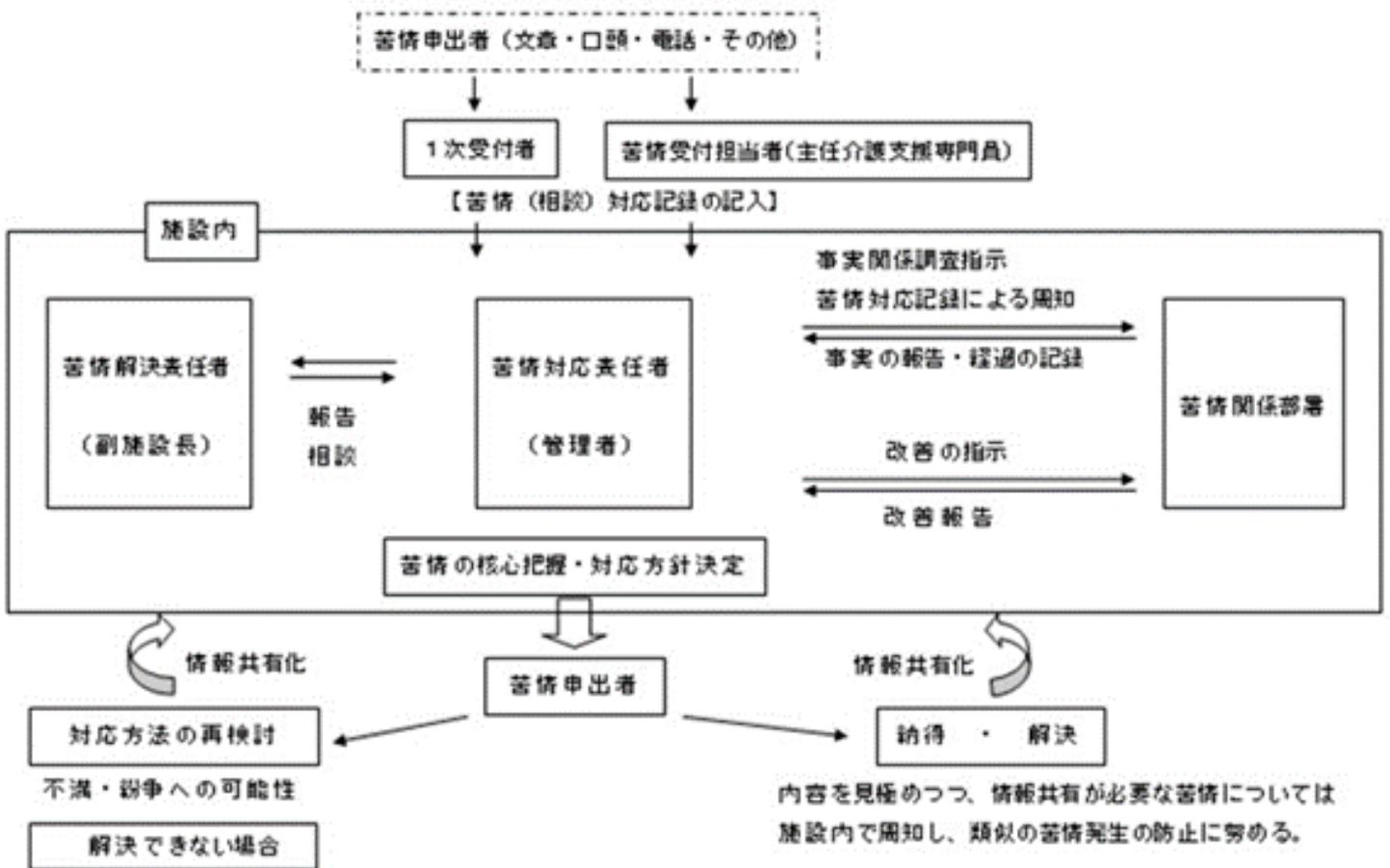
「協力病院」

市立豊中病院	豊中市柴原町4丁目14番1号 (電話番号) 06-6843-0101
診療科目	内科・外科・整形外科・循環器科・皮膚科 他

17 介護予防通所リハサービスに関する要望または苦情の申し出

利用者およびその家族等は、当施設が提供する介護予防通所リハサービスに対しての要望または苦情について、当施設に申し出ることができ、または、所定の場所に設置する「意見箱」に投函して申し出ることができます。

苦情対応フローチャート



行政機関又は苦情受付機関の案内

【事業所の窓口】 介護老人保健施設かがやき (担当：支援相談員)	所在地 電話番号 受付時間	豊中市刀根山元町5-60 06-6850-3400 ファックス：06-6850-9700 平日 8：45～17：30
【豊中市の窓口】 豊中市 福祉部 長寿社会政策課	所在地 電話番号 受付時間	豊中市中桜塚3-1-1 06-6858-2838 ファックス：06-6858-3146 平日 8：45～17：15
【豊中市の窓口】 『話して安心、困りごと相談』	所在地 電話番号 受付時間	豊中市中桜塚3-1-1 06-6858-2815 ファックス：06-6854-4344 平日 9：00～17：15
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	大阪府中央区常盤町1-3-8 06-6949-5418 平日 9：00～17：00

18 事故発生の防止および事故発生時の対応について

当事業所が利用者に対して行う介護予防通所リハサービスの提供により、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、事故が発生した場合またはそれにいたる危険性がある事態については、その分析を行い改善策を講じるとともに、定期的な研修などを通じて職員に徹底を図るなど再発の防止に努めます。

【市町村等への連絡】 豊中市福祉部長寿社会政策課

豊中市中桜塚3丁目1番1号 06-6858-2868

19 賠償責任

(1) 当施設の責めに帰すべき事由により、賠償すべき事故が発生した場合には、利用者に対してその損害を賠償します。

(2) 利用者の責めに帰すべき事由により、当施設が損害を被った場合には、利用者および利用者の家族等にその損害を賠償していただきます。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 : 損害保険ジャパン株式会社 保 険 名 : 福祉事業者損害賠償責任保険

20 虐待の防止について

当施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者（施設長） 眞下 節

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (6) 従業員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (7) 虐待防止のための指針を整備します。
- (8) 虐待防止対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果を従業者に周知します。

21 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時に、利用者に事業を継続的に実施するために次の措置を講じます。

- (1) 業務継続計画を策定します。
- (2) 従業者に対する業務継続計画の周知、定期的な研修及び訓練を実施します。
- (3) 定期的な業務継続計画の見直し及び変更を行います。

22 職場におけるハラスメントの防止

当事業所は、適切なサービス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又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従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

23 衛生管理等

- (1) 従事者の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。
- (2) 事業所内で感染症が発生の予防及びまん延を防ぐため、次の対策を講じます。
 - ア 感染症対策を検討する委員会を月に一回以上開催し、その結果を周知します。
 - イ 感染症対策の指針を整備します。
 - ウ 従業者に対して定期的に研修及び訓練を実施します。

24 その他定めのない事項について

この重要事項説明書に定めのない事項については、介護保険法令その他関係法令に定めるところにより、利用者または利用者の家族等と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

25 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

**介護老人保健施設かがやき介護予防通所リハビリテーション利用及び
サービス提供に伴う利用者負担にかかる重要事項説明同意書**

介護老人保健施設かがやき 介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護予防通所リハビリテーションサービス利用案内（重要事項説明書）を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、十分理解した上で同意し、また、施設サービスを利用するに際して、施設の定める料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
介護老人保健施設かがやき
施設長 眞下 節

<利用者> 住所
氏名 ④

<利用者家族代表> 住所
氏名 ④

請求書・明細書の送付先

住所 〒 —
氏名 (続柄)

緊急時の連絡先

①住所 〒 —
氏名 (続柄)
Tel () —

②住所 〒 —
氏名 (続柄)
Tel () —