

(予防) 通所リハビリテーション重要事項説明書

1 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所の名称	公立丹南病院 通所リハビリテーションセンターなごみの里
所在地・連絡先	(住所) 福井県鯖江市三六町1丁目2-31 (電話) 0778-51-5234
事業所番号	1810714582
管理者の氏名	熊野 貴規

(2) 事業所の職員体制

職種	人員
1. 医師	1名以上
2. 作業療法士	1名以上
3. 理学療法士	1名以上
4. 看護師	1名以上
5. 介護福祉士	3名以上
6. 管理栄養士	1名以上
7. 事務職員	1名
8. 運転手	1名以上

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	1 単位目：鯖江市（北中山地区、河和田地区除く）越前町（朝日地区） 短時間の方 鯖江市（神明地区、立待地区、吉川地区、鯖江地区） 2 単位目：鯖江市（神明地区、立待地区、吉川地区、鯖江地区）
---------	---

(4) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日（祝日、12/30から1/3は除く。休みが連続する時は、営業する場合があります。）
受付時間	月～土曜日 8時30分～17時00分
サービス提供時間	1 単位目：9時30分～15時30分 (要支援の方の場合、9時00分～11時00分まで) 2 単位目：13時30分～15時30分

2 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
食事	昼食12:00～13:00 状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
入浴	一般浴と機械浴があります。心身機能の状態に応じて対応いたしますのでご相談ください。
排泄	状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

機能訓練	理学療法士、作業療法士により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
レクリエーション等	利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂くことができます。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び支援	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から事業所まで身体状況にあった車輻に配慮し、送迎を行います。 道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車椅子又は歩行介助により送迎を行うことがあります。(医療機関への通院を目的とした送迎は行っておりません。)

※要支援の方は、食事、入浴のサービスは行っておりません。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、介護保険負担割合証に記載してある割合が利用者の負担額となります。利用者負担額については、契約書別紙（なごみの里利用料表）に記載します。

◎介護保険サービス料金表

	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
7 時間以上 8 時間未満	762 円	903 円	1,046 円	1,215 円	1,379 円

○加算

費目	金額	加算単位	内容の説明
入浴介助加算 I	40 円	1 回あたり	入浴介助加算 I：入浴介助を行った場合に加算されます。
リハビリテーション マネジメント加算ハ	793 円 (6 月以内) 473 円 (6 月超)	1 月あたり	医師やリハビリ・栄養・口腔の専門職が連携しリハビリテーションマネジメントを行い、既定の頻度でリハビリテーション会議を行い多職種で情報共有し、個別のリハビリテーション計画を定期的に見直します。
医師がリハビリテ ーション計画の説 明を行った場合	270 円	1 月あたり	リハビリテーション計画について、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算定されます。
短期集中個別リハ ビリテーション実 施加算	110 円	1 回あたり 退院(所)日又は認 定日から 3 月以内	退院・退所直後又は初めて要介護認定を受けた後に、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを個別に実施した場合に算定されます。
生活行為向上リハ ビリテーション実 施加算	1,250 円 (6 月以内)	1 月あたり	生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション計画を作成し、リハビリテーションを計画的に行い、利用者の有する能力の向上を支援した場

			合に加算されます。
移行支援加算	12 円	1 日あたり	当サービスの提供を終了した利用者がその後の社会参加等に関する条件を満たしている事業所を評価する加算です。
中重度ケア体制加算	20 円	1 日あたり	前年度の利用者数のうち要介護3以上の利用者の占める割合が、100分の3以上であること、指定基準に定められた因数に加え、介護職員または看護職員を常勤換算で1以上確保しており、またサービス提供時間中に看護職員を1名配置している場合に加算されます。
口腔機能向上加算 Ⅱイ	155 円	月 2 回まで	口腔機能の低下している利用者又はその恐れのある利用者に対し、口腔機能改善の為に計画を作成し、適切なサービスの実施・評価・見直し等一連のプロセスを行った場合に、開始後 3 月以内に加算されます。但し、状態の改善が認められず、引き続き必要と認められる場合には、引き続き算定されます。
栄養改善加算	200 円	月 2 回まで	低栄養状態またはその恐れのある利用者に対して栄養相談等の栄養管理を行い、低栄養状態の改善を目的としたサービスを提供した際に開始後 3 月以内に加算されます。但し、状態の改善が認められず、引き続き必要と認められる場合には、引き続き算定されます。
栄養アセスメント 加算	50 円	1 月あたり	利用者ごとに、管理栄養士、看護師等の職員が共同して栄養アセスメントを行い、その結果を利用者又はその家族に説明し、相談等に必要に応じ対応します。利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、助言をうけます。 (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算定しません)
口腔・栄養スクリー ニング加算Ⅰ	20 円	6 月に 1 回を限度	利用者に対し、利用開始時及び 6 月ごとに口腔・栄養状態について確認を行い、当該情報を介護支援専門員に文書で提供した場合に加算されます。 (栄養アセスメント加算・口腔機能向上加算・栄養改善加算を算定している場合は算定しません)
口腔・栄養スクリー ニング加算Ⅱ	5 円		利用者に対し、利用開始時及び 6 月ごとに口腔か栄養の状態について確認を行い、当該情報を介護支援専門員に文書で提供した場合に加算されます。 (口腔機能向上加算を算定している場合は算定しません)
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	22 円	1 日あたり	事業所の介護職員の体制が、①介護福祉士 70%以上②勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上のいずれかに該当する場合に算定されます。
リハビリテーショ	6・7 時間利用	1 日あたり	常時配置されるリハビリテーション専門職が、利用者の数

ン提供体制加算 4	24 円		が25又はその端数を増すごとに1以上である場合に算定されます。
送迎なしの場合	-47円	片道につき	事業所が送迎を実施しない場合に減算されます。
退院時共同指導加算	600円	1回につき	病院等を退院するに当たり、事業所の医師又はリハビリテーション専門職が、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、初回の通所リハビリテーションを行った場合に加算されます。
科学的介護推進体制加算	40 円	1月あたり	厚生労働省に利用者ごとの情報を提出し得た助言をもとに、利用者のサービスの計画を適切に見直し、事業所全体としてサービスの質の向上に努めている事業所に算定されます。
介護職員等処遇改善加算	基本単位及び各種加算合計の8.6%	介護職員等の賃金改善等を実施している事業所が、利用者に対して通所リハビリテーションを行った場合に、基本単価及び各種加算の合計の8.6%を加算します。	

◎予防給付サービス料金表

費目	要支援1	要支援2
介護保険サービス費	1月につき 2,268円	1月につき 4,228円

○加算

費目	金額	加算単位	内容の説明
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562円 (6月以内)	1月あたり	生活行為の内容の充実を図る為の目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション計画を作成し、リハビリテーションを計画的に行い、利用者の有する能力の向上を支援した場合に加算されます。
口腔機能向上加算Ⅱ	160円	1月につき	口腔機能の低下している又はその恐れのある利用者に対し、口腔機能改善の為の計画を作成し、適切なサービスの実施・評価・見直し等一連のプロセスを行った場合に加算されます。
栄養改善加算	200円	1月につき	低栄養状態又はその恐れのある利用者に対して栄養相談等の栄養管理を行い、低栄養状態改善を目的としたサービスを提供した際に開始後3月以内に加算されます。但し、状態の改善が認められず、引き続き必要と認められる場合には、引き続き算定されます。
栄養アセスメント加算	50円	月1回まで	利用者ごとに、管理栄養士、看護師等の職員が共同して栄養アセスメントを行い、その結果を利用者又はその家族に説明し、相談等に必要に応じ対応します。利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、助言を受けます。
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5円	6月に1回を 限度	利用者に対し、利用開始時及び6月ごとに口腔状態について確認を行い、当該情報を介護支援専門員に文書で提供した場合に加算されます。 (口腔機能向上加算を算定している場合は算定しません)

一体的サービス提供 加算	480 円	1 月につき	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施している 場合に加算されます。
サービス提供体制加 算 I	要支援 1 /88 円 要支援 2 /176 円	1 月につき	介護職員の体制が、①介護福祉士 70%以上②勤続 10 年以上介 護福祉士 25%以上のいずれかに該当する場合に算定されます。
科学的介護推進体制 加算	40 円	1 月につき	厚生労働省に利用者ごとの情報を提出し得た助言をもとに、利 用者のサービスの計画を適切に見直し、事業所全体としてサー ビスの質の向上に努めている事業所に算定されます。
退院時共同指導加算	600 円	1 回につき	病院等を退院するに当たり、事業所の医師又はリハビリテーシ ョン専門職が、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、初回の介護予防通所リハビリテーションを行 った場合に加算されます。
長期間利用した場合 の減算	要支援 1 /-120 円 要支援 2 /-240 円	1 月につき	利用開始日の属する月から 12 月を超えて予防通所リハビリテー ションを利用した場合減算となります。 3 月に 1 回リハビリ会議を行った場合、減算は行われません。
介護職員等処遇改善 加算	基本単位及び各種 加算合計の 8.6%		介護職員等の賃金改善等を実施している事業所が、利用者に対して予防通所リ ハビリテーションを行った場合に、基本単価及び各種加算の合計の 8.6%を加算 します。

・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

・事業実施地域外の中山間地域等に居住する利用者には、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算として基本サービス利用料金の 5%をいただきます。（福井県は県内全域が中山間地域に該当します。）

・介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用の利用料金は、事業所が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業所に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払ください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

種類	内容	利用料
行事費	行事に参加した場合の費用で、参加されるか否かは任意です。	実費をご負担いただきます。
教養娯楽費	作業活動やレクリエーションで使用する材料の費用で、事業所で用意するものをご利用頂いた場合にお支払いいただきます。	実費相当額をご負担いただきます。
食費	食事の提供に要する費用	690 円（おやつ代込） 110 円（おやつのみの方）
暫定利用により非該当となった場合		要介護度 1 の介護報酬相当額

○おむつ・尿とりパット代

おむつ・尿とりパットを使用された方は、実費が必要となります。

○連絡帳ケース代 110 円（税込）

○その他の費用

通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費

用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用をご負担頂きます。

(3) 利用料金のお支払方法

1) 事業所は、1ヶ月のサービス利用料等を利用者に請求し、利用者はこれを請求書発行月の21日までに事業所に支払うものとします。遅延される場合は、事業所へのご連絡をお願いいたします。入金確認が出来ない場合には、やむを得ずご利用を一旦中断する場合がありますのでご了承ください。

2) 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いをお願いします。

- ①現金払い
- ②銀行振込（手数料は利用者負担となります）
- ③預金口座自動振替（手数料は無料となります）

3) 自己負担金の領収書は再発行できません。ご希望の場合は有料にて領収証明書を発行いたします。領収証明書は、1ヶ月につき1枚発行、料金は1枚1,100円（税込）です。

3 利用の中止、変更、追加

○利用日の変更や利用をお休みする場合は、前日や当日の午前8時30分までに必ず事業所にご連絡ください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日のサービス提供時間帯になっても利用中止の申し出がなかった場合、食事実費分相当お支払い頂く場合があります。但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10%（自己負担相当額）

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

公立丹南病院 通所リハビリテーションセンターなごみの里は、要支援及び要介護認定をお受けになられた方に対し、利用者の有する能力に応じ、住み慣れたご自宅において自立した日常生活を営むことが出来るようご支援をさせて頂くことを目的としております。

(2) 運営方針

当事業所は自立した日常生活を営むことが出来ることを目標とし生活リハビリテーションを重点的に行います。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 相談・苦情受付窓口（担当者）通所リハビリテーションセンター室長 四谷 昌嗣
 - 電話番号 0778-51-5234 ○FAX 0778-51-8242
 - 受付時間 月曜日～土曜日 ○営業時間 AM9:00～PM5:00
- （但し、国民の祝日、12/30から1/3は除く）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

鯖江市役所 長寿福祉課	電話番号 0778-53-2219 FAX 0778-51-8157 受付時間 8:30～17:00（月～金、祝日を除く）
越前町役場 介護福祉課	電話番号 0778-34-8715 FAX 0778-34-1235 受付時間 8:30～17:00（月～金、祝日を除く）

越前市役所 長寿福祉課	電話番号 0778-22-3784 FAX 0778-22-3257 受付時間 8:30 ~17:00 (月~金、祝日を除く)
福井市役所 介護保険課	電話番号 0776-20-5715 FAX 0776-20-5766 受付時間 8:30 ~17:15 (月~金、祝日を除く)
国民健康保険団体連合会	電話番号 0776-57-1614 FAX 0776-57-1615 受付時間 8:30 ~17:00 (月~金、祝日を除く)
福井県社会福祉協議会	電話番号 0776-24-2339 FAX 0776-24-8941 受付時間 8:30 ~17:00 (月~金、祝日を除く)
第三者委員	公立丹南病院組合 事務局長 電話番号 0778-52-5585 鯖江市北部民生委員・児童委員

6 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービスを作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。また、送迎時における自然災害等の発生の際は、安全の確保を最優先とさせていただきます。

主治医	病院名	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先（家族等）	①氏名	続柄（ ）
	住所	
	電話番号	
	②氏名	続柄（ ）
	住所	
	電話番号	

7 事故発生時の対応方法 ※通所リハビリテーションサービスの実施にはリスクを伴います。

①サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに保険者、居宅介護支援事務所及び家族又は身元引受人に連絡するとともに、必要な措置を講じます。万一事故が起きた場合には、併設の公立丹南病院と連携し治療を行います。その場合の診療は、通常の保険診療となり、自己負担金が生じます。

②サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。ただし、事業所に故意、過失がない場合にはこの限りではありません。

事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

会社名	三井住友海上
保険名	一般賠償責任

8 非常災害時の対策

事業所は、非常災害に備えて、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、定期的に避難、救出そ

の他必要な訓練を行うものとします。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>①事業所は、利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）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。</p> <p>②事業所及び事業所の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者等の秘密を正当な理由なく、漏らしません。</p> <p>③事業所は、従業者に、業務上知り得た利用者等の秘密を保持させるため、その秘密を保持すべき旨を、従業者との契約の内容とします。</p>
個人情報の保護について	<p>①事業所は、利用者等に予め文書で同意を得ない限り、サービス者担当者会議等において、利用者等の個人情報を用いません。</p> <p>②事業所は、利用者等に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもの他、電磁的記録も含む）については、注意をもって管理し、また処分の際にも漏洩を防止するものとします。</p> <p>③事業所が管理する情報については、利用者等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を行うものとします。</p> <p>（開示に関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。）</p>

10 虐待の防止について

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見人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) 従業者に対して、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) 介護相談員を受け入れます。
- (6) サービス提供中に、当事業所又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町に報告します。

苦情・虐待防止に関する責任者	四谷 昌嗣
----------------	-------

11 身体拘束について

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時は、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等について記録を行います。また、事業所として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
- (2) 非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限りです。
- (3) 一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1 2 サービス提供等の記録

(1) 指定通所リハビリテーションの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、完結の日から5年間保存します。

(2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。複写料が必要な場合は利用者の負担となります。その費用は、公立丹南病院に準じます。

1 3 サービスの利用に関する留意事項

○施設、設備、器具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等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

○当事業所の職員や他利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことは出来ません。

○飲酒されてのご利用は出来ません。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、身体的暴力及び精神的暴力並びにセクシャルハラスメント等の背信行為はおやめください。

○多額の金銭や貴重品の持ち込みは原則禁止です。事業所に通告せず持参し事故が発生しても事業所は責任を負いかねますのでご了承ください。

○当事業所でお出される食事やおやつ以外の飲食物の持ち込みは、ご遠慮ください。事故が発生しても事業所は責任を負いかねますのでご了承ください。

○施設内、全館禁煙となっております。

指定（予防）通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

公立丹南病院 通所リハビリテーションセンターなごみの里

説明者 氏名 _____ (印)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定（予防）通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

利用者 _____ (印)

家族 _____ (印)

代理人 _____ (印)

<代理人が署名する場合の事由>

利用申込者の判断能力又は身体障害がみられる場合において、第三者（家族・代理人・成年後見人等）が署名・捺印します。