

デイケアセンター西まつぞの
指定通所リハビリテーション重要事項説明書
指定介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

<令和6年6月1日現在>

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(盛岡市指定 第0370104705号)

当事業所はご契約者様（ご利用者様）に対して、通所リハビリテーションまたは介護予防通所リハビリテーションを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」または「要介護」と認定された方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業者（法人）の概要.....	2
2. ご利用事業所の概要.....	2
3. 事業の目的と運営の方針.....	2
4. 提供するサービスの内容.....	2
5. 営業日時.....	3
6. 事業所の職員体制.....	3
7. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3～5
8. 非常災害対策.....	6
9. 個人情報の取り扱いについて.....	6
10. 秘密の保持.....	6
11. 事故発生時の対応.....	6～7
12. 緊急時の対応.....	7
13. 相談、要望、苦情等の相談窓口.....	7～8
14. サービスの利用に関する留意事項.....	8～9
15. サービス提供における事業者の義務.....	9
16. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）.....	9～10

1. 事業者（法人）の概要

(1) 事業者（法人）の名称	医療法人 共生会
(2) 事業者（法人）の所在地	〒020-0103 岩手県盛岡市西松園三丁目 22 番 3 号
(3) 代表者（職名・氏名）	理事長 平澤 大
(4) 電話番号	019-662-0100（代表）

2. ご利用事業所の概要

(1) ご利用事業所の名称	デイケアセンター西まつぞの
(2) サービスの種類	指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション
(3) 事業所の所在地	〒020-0103 盛岡市西松園三丁目 21 番 10 号
(4) 電話番号	019-601-7406
(5) 指定年月日	平成 24 年 9 月 1 日指定
(6) 事業所番号	第 0370104705 号
(7) 管理者氏名	平澤 大
(8) 通常の事業の実施地域	盛岡市、滝沢市
(9) 利用定員	30 名
(10) 設備等の概要	食堂兼リハビリテーションルーム、トイレ（車いす、歩行器利用者対応含む）、浴室（普通浴槽・特殊浴槽）、送迎車（車いす用リフト付）

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護または要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営む事ができるよう、生活の質の確保および向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことが出来るよう、居宅サービスまたは介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

指定通所リハビリテーション（又は指定介護予防通所リハビリテーション）は、病状が安定している要介護者等に事業者が設置する事業所に通っていただき、その方の能力に応じて自立した日常生活を営めるよう生活機能の維持または向上を目指し、理学療法士、作業療法士、看護職員、介護職員（以下、「理学療法士等」といいます。）がリハビリテーションを行うことで、心身機能の維持回復を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ※ただし、日曜日、祝祭日（振り替え休日を含む）、お盆（8月16日）、 年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
サービス 提供時間	午前9時から午後4時10分まで

6. 事業所の職員体制

当事業所では、ご利用者様に対して事業を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜ 主な職員の配置状況 ＞R6.6.1 現在 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業員の職種	勤務の形態	常勤換算	指定基準	業務内容
管理者（医師）	常勤・兼務	1名	1名	事業所の従業者の管理及びサービスの申し込みに係る調整、業務の実施状況把握、その他の管理を一元的に行う
理学療法士または作業療法士	常勤・専従	2名	1名	利用者のリハビリテーションを行う
看護職員	常勤・専従	1.5名	1名	利用者の心身の状況のチェック及び入浴介助等の介助を行う
介護職員	常勤・専従	5名	2名	利用者の入浴・排泄介助及び身の回りの介助等を行う

※ 常勤換算…職員それぞれの週あたりの勤務時間総数を、当事業所における常勤職員の所定の勤務時間数で除した数です。

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者様に対して以下のサービスを提供致します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| (1)利用料金が介護保険から給付される場合
(2)利用料金の全額を利用者様にご負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の9割又は8割が介護保険から給付されます。

＜サービス内容＞

- ①事業に関するサービス計画の作成及び説明。併せてサービス計画に基づいてサービスの提供を行

う。

- ②理学療法士、作業療法士によるリハビリテーション
- ③アクティビティ活動 教養娯楽、行事、レクリエーション等
- ④身体介護 入浴介助（普通浴槽、特殊浴槽）、食事介助、排泄介助、更衣介助、健康管理援助、生活機能の維持管理のための援助等
- ⑤送迎（サービス提供区域内）

◎通所リハビリテーション料金（デイケア利用料金）

サービス内容	利用料金	自己負担額（単位：円）			備 考
		1割負担	2割負担	3割負担	
通所リハビリテーション費（利用時間：7時間以上8時間未満の場合）	7,620円	762円	1,524円	2,286円	（要介護1） 1日につき
	9,030円	903円	1,806円	2,709円	（要介護2） 1日につき
	10,460円	1,046円	2,092円	3,138円	（要介護3） 1日につき
	12,150円	1,215円	2,430円	3,645円	（要介護4） 1日につき
	13,790円	1,379円	2,758円	4,137円	（要介護5） 1日につき
入浴介助加算（Ⅰ）	400円	40円	80円	120円	一般浴、特別浴 1日につき
リハビリテーション提供体制加算 5	280円	28円	56円	84円	1日につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220円	22円	44円	66円	1日につき
短期集中個別リハビリテーション実施加算	1,100円	110円	220円	330円	退院（所）日又は認定日から起算して3月以内 1日につき
退院時共同指導加算	6,000円	600円	1,200円	1,800円	1回につき
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	介護保険給付対象サービス自己負担額の6.6%				
同一建物減算	-940円	-94円	-188円	-282円	同一建物から当事業所に通う場合
送迎減算	-470円	-47円	-94円	-141円	送迎を行わない場合 片道

◎介護予防通所リハビリテーション料金（デイケア利用料金）

サービス内容	利用料金	自己負担額（単位：円）			備 考
		1割負担	2割負担	3割負担	
介護予防通所リハビリテーション費	22,680円	2,268円	4,106円	6,159円	（要支援1） 1月あたり
	42,280円	4,228円	8,456円	12,684円	（要支援2） 1月あたり
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	880円	88円	176円	264円	（要支援1） 1月あたり
	1,760円	176円	352円	528円	（要支援2） 1月あたり
退院時共同指導加算	6,000円	600円	1,200円	1,800円	1回につき
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	介護保険給付対象サービス自己負担額の6.6%				
同一建物減算	-3,760円	-376円	-752円	-1,128円	同一建物から当事業所に通う場合（要支援1）1月あたり
	-7,520円	-752円	-1,504円	-2,256円	同一建物から当事業所に通う場合（要支援2）1月あたり
12月超減算	-1,200円	-120円	-240円	-360円	利用開始月から12月を超えて利用した場合（要支援1）1月あたり
	-2,400円	-240円	-480円	-720円	利用開始月から12月を超えて利用した場合（要支援2）1月あたり

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者様のご負担となります。

サービス内容	料 金
食事代（セレクトメニュー、行事食等）	745円（おやつ代含む）
紙おむつ代（パンツ型紙おむつ、尿とりパッド等、持参されなかった場合）	全額
タオル代（入浴時使用、持参されなかった場合）	100円
バスタオル代（入浴時使用、持参されなかった場合）	500円
送迎代（通常区域外の場合）	1,000円（1回につき）
コピー代（白黒印刷、カラー印刷）	白黒10円、カラー20円
その他（リハビリテーションに必要なもの、行事等の参加に係る材料費等）	実費

※なお、利用料金は事業者が発行する請求書金額を翌月27日までに、指定いただいた金融機関からの口座振替でお支払い頂きます。

8. 非常災害対策

当事業所では非常災害に備えて必要な設備を設け、防災、非難に関する計画を作成し、職員及び利用者様により定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行います。

- ①災害時の対応・・・消防計画に沿った非常誘導を行います。
- ②防災設備・・・火災受信機／火災通報装置／非常用放送設備／スプリンクラー／屋内消火栓／非常ベル／誘導標識／誘導灯／消火器
- ③防火訓練・・・年2回の訓練を実施。(内1回は夜間想定により実施)
- ④防火管理責任者・・・消防法に基づいた防火管理を行います。

9. 個人情報の取り扱いについて

- ①当事業所では、適切な介護サービスの提供及び介護保険事務を目的に、利用者様の方の個人情報を利用いたします。この目的の範囲内で介護支援専門員等に個人情報の提供をさせていただきます。
- ②必要な個人情報は、利用者様及び介護支援専門員、又は利用者様から同意を得た第三者から取得させていただきます。
- ③当事業所にて保有している個人情報についての訂正、開示、中止等の手続き、または苦情につきましては、別記の苦情窓口にご相談下さい。
- ④個人情報の取り扱いは利用者様からの同意を得てから使用いたします。

10. 秘密の保持

当事業所では、ご利用者様に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① 事業所としてご利用者様及びご家族様等に関わる個人情報の取り扱いに関しては、守秘義務・個人情報保護法のもと、契約期間中、契約終了後も正当な理由なく第三者へは漏洩いたしません。
- ② 事業所として知り得たご利用者様の個人情報の保管に関しては、鍵付き書庫の使用等の必要な措置を講じ漏洩防止に努めます。
- ③ 事業所職員による個人情報漏洩防止手段として、職員の雇用契約の際に守秘義務に関する誓約書を取り交わし、現職中・退職後も情報漏洩のないよう努めます。
- ④ サービス担当者会議等のサービス事業所間での個人情報の取り扱いに関して、事前にご利用者様・ご家族様に書面にて同意を得ない限り使用いたしません。
- ⑤ 事業者として個人情報の取り扱いに関しては、別途定める個人情報取り扱い規程にて漏洩防止に努めます。

11. 事故発生時の対応

- ①ご利用者様に対するサービス提供中に事故等が発生した場合は、ご家族等の緊急連絡先及び居宅

介護支援事業所に連絡します。また、必要な場合は、保険者（市町村）に連絡します。

- ②当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じることができるものとします。
- ③当事業所は、事故等が発生した場合、速やかに原因を究明して事故等の再発防止に努力いたします。
- ④当事業所は「賠償責任保険」に加入しています。

◆緊急時ご連絡先

氏名	
続柄	
住所	
電話番号①	
電話番号②	

◆医療機関連絡先

主治医のお名前	
医療機関名	
住所	
電話番号	

1 2. 緊急時の対応

サービス利用中に病状の急変が生じた場合、その他必要となった場合は当事業所の看護職員及び医師が応急処置を実施すると共に、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じ、ご家族及び居宅介護支援事業所等に連絡いたします。

1 3. 相談、要望、苦情等の相談窓口

(1) 当事業所における苦情の受付手順

- ・苦情があった場合、直ちに受付担当者若しくは解決責任者が申出人に連絡を取り、面談等により詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認致します。

- ・受付担当者若しくは解決責任者が必要と判断した場合は、検討会議を開催いたします。
- ・検討の結果、早急に具体的な対応を致します。
- ・記録を台帳に保管し再発を防止するために役立っています。
- ・再発防止のため、他部署の責任者とも検討会議を行います。
(個人情報要素は話しません)
- ・苦情に関して国民保険団体連合会が行う調査に協力するとともに指導又は、助言に従って必要な改善及び開示を行います。

(2) 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。

①苦情受付担当者 デイケアセンター西まつぞの 駒井 利恵
電話番号 019-601-7406

②苦情解決責任者 デイケアセンター西まつぞの管理者 平澤 大
電話番号 019-601-7406

③松園病院介護医療院事務局 君島 勝幸
電話番号 019-662-6111

(3) 行政機関その他苦情受付機関

盛岡市役所 介護保険課
電話番号 019-651-4111

滝沢市役所 高齢者支援課
電話番号 019-684-2111

岩手県国民健康保険団体連合会 保健介護課
電話番号 019-604-6700

1.4. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意事項

- ① 施設、設備、敷地等をその本来の用途に従ってご利用ください。
- ② 故意に施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者様の自己負担により修復頂くか又は、相当の対価をお支払い頂く場合があります。

- ③当事業所の職員や他のご利用者様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、営利活動等を行うことはできません。

1 5. サービス提供における事業者の義務

- ①利用者様の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②利用者様の体調、健康状態によって、医師又は看護職員と相談の上、必要と判断した場合、ご利用を遠慮いただく場合があります。
- ③利用者様に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに利用者様又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④利用者様に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。但し、利用者様又は他の利用者様等の生命、身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、記録（その様態及び時間、利用者様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由、家族からの同意を得た旨）を記載するなど、適切な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤高齢者虐待防止法に対応するため、従業員に対する研修・苦情処理体制の整備等、必要な処置を講じます。

1 6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の1ヶ月前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合は、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合。
- ②事業者が解散した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ③施設の滅失や重大な毀損により、利用者様に対するサービス提供が不可能になった場合。
- ④当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。
- ⑤利用者様から解約又は契約解除の申し出があった場合。（詳細は以下を参照）
- ⑥事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下を参照）
- ⑦利用者様が死亡した場合。

（1）利用者様からの解約

契約の有効期間であっても、利用者様から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の1ヶ月前までに解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- ②利用者様が入院された場合。（介護保険施設への長期入所を含む）

- ③事業者・サービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合。
- ④事業者若しくはサービス従事者守秘義務に違反した場合。
- ⑤事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失により利用者様身体・財物・信用等を傷つけ又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑥他の利用者が利用者様の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①利用者様が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ②利用者様による、サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にも関わらず10日以内に支払われない場合。
- ③利用者様が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

(3) 契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者は利用者様の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

(4) その他

行政の指導及び介護保険上、今後新たに条項が追加される場合は事前に文書で通知いたします。

事業のサービス提供開始にあたり、利用者様に対して本書面に基づいて内容を説明しました。

事業者

住 所 岩手県盛岡市西松園三丁目21番10号
事業所名 医療法人共生会 デイケアセンター西まつぞの
事業所番号 盛岡市指定 第 0370104705 号

説明者名 駒井 利恵 印

私は、契約書および、本書面により、事業について内容の説明を受け、サービスを受ける事に同意をしました。

令和 年 月 日

利用者様

 住 所

 氏 名 印

 電話番号 - -

ご家族様

 住 所

 氏 名 印

 電話番号 - -

 (利用者様との関係)