

# 通所リハビリテーション重要事項説明書

(令和 8 年 6 月 1 日現在)

## 《目 次》

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 職員体制
4. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金
5. キャンセル規定
6. 健康上の理由による中止
7. 非常災害対策
8. 緊急時の対応について
9. 事故発生時の対応について
10. 個人情報の取り扱いについて
11. 相談、要望、苦情等の相談窓口
12. サービスの利用に関する留意事項

デイケアセンター

まっぞの

岩手県指定事業所番号 第 03B0100050 号

## 1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人 共生会
- (2) 法人所在地 盛岡市西松園三丁目 22 番 3 号
- (3) 電話番号 松園第二病院 019-662-0100
- (4) 代表者氏名 理事長 平澤 大

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所リハビリテーション
- (2) 事業所の目的

事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業の管理者や職員が、要介護状態にあり、かかりつけ医師が指定通所リハビリテーションを必要と認めた利用者様に対し、適正な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

### (3) 運営方針

- 1.利用者様の心身の特性を踏まえて、生活機能の維持・向上を図ると共に生活の質の確保を重視し日常生活の自立を支援する。
- 2.利用者様の意志及び人格を尊重して、常に利用者様の立場に立ってサービスの提供に努めます。特に認知症の方に対しては必要に応じ、その特性に対応したサービスを提供できるよう努めます。
- 3.地域やご家庭との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービス事業者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

- (4) 事業所名 デイケアセンターまつぞの
- (5) 介護保険指定番号 岩手県指定 第03B0100050号
- (6) 所在地 盛岡市北松園四丁目36番75号
- (7) 電話番号 019(661)0200
- (8) 管理者 河嶋 寛
- (9) サービス提供地域 盛岡市、滝沢市
- (10) 設備等 食堂兼リハビリテーションルーム  
浴室（普通浴槽・特殊浴槽）  
送迎車

- (11) 営業日時 営業日 月曜日から土曜日  
※ 日曜、12月31日から1月3日はお休みとなります。

営業時間 午前8時30分から午後5時15分まで

サービス提供時間 午前9時から午後4時15分まで

- (12) 利用定員 50名

### 3. 職員体制

事業所に配置する職種、員数及び職務の内容は次のとおりとします。

- (1) 管理者 医師 1 名 (常勤・兼務)  
事業所の職員の管理及び指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの申込みに係る調整、業務の実施状況把握その他の管理を一元的に行う。
- (2) 作業療法士 3 名 (常勤・専従 2 名 非常勤・専従 1 名)  
利用者様等のリハビリテーションを行う。
- (3) 理学療法士 1 名 (常勤・専従 1 名)  
利用者様等のリハビリテーションを行う。
- (4) 看護職員 2 名 (常勤・専従 1 名 非常勤・専従 1 名)  
利用者様等の心身の状況チェック及び入浴介助等の介助を行う。
- (5) 介護職員 9 名 (介護福祉士 6 名常勤・専従、介護福祉士 2 名非常勤・専従、介護職員 1 名常勤・専従)  
利用者様等の入浴介助及び身の回りの介助等を行う。
- (6) 管理栄養士 1 名 (常勤・兼務)  
利用者様等の栄養管理を行なう。

### 4. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金

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、

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>(1) 利用料金が介護保険から給付される場合</li><li>(2) 利用料金の全額を利用者様にご負担いただく場合</li></ol> |
|---|

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 割もしくは 8 割または 7 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  
送迎 (サービス提供区域内)

#### (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。

- ① 食事の提供 (おやつ代、行事食、セレクトメニュー等を含む)  
1 日につき 745 円
- ② リハビリテーションで必要なもの、行事等の参加に係る材料費等を個別に

いただく場合があります。

③通常区域外の送迎につきましては1回1,000円のご負担となります。

④複写物については実費にてご負担いただきます。

⑤その他、歯ブラシ等日常生活において必要とされるものは自己負担となります。

- 料金(デイケア利用料) \* 自己負担額は介護保険適用時の金額ですが、介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

(以下負担割合が1割の場合の自己負担金額を表示、2割の場合は2倍、3割の場合は3倍となる)

所要時間7時間以上8時間未満の場合

	1日あたりの 利用料金	1日あたりの 自己負担額
要介護1	7,620円	762円
要介護2	9,030円	903円
要介護3	10,460円	1,046円
要介護4	12,150円	1,215円
要介護5	13,790円	1,379円

所要時間6時間以上7時間未満の場合

	1日あたりの 利用料金	1日あたりの 自己負担額
要介護1	7,150円	715円
要介護2	8,500円	850円
要介護3	9,810円	981円
要介護4	11,370円	1,137円
要介護5	12,900円	1,290円

- その他の料金(介護保険適用時)

- ・短期集中個別リハビリテーション実施加算

利用者様が過去にリハビリテーションを必要とする疾患等で入院(所)され、退院(所)された後の期間により、次の料金が負担となります。

退院日又は認定日から起算して3ヶ月以内の期間に行われた場合

1日あたり1,100円 自己負担額 110円

- ・リハビリテーションマネジメント加算(イ)

(6ヶ月以内) 1ヶ月あたり5,600円 自己負担額 560円

(6ヶ月超) 1ヶ月あたり2,400円 自己負担額 240円

- ・リハビリテーションマネジメント加算(ロ)

(6ヶ月以内) 1ヶ月あたり5,930円 自己負担額 593円

(6ヶ月超) 1ヶ月あたり2,730円 自己負担額 273円

- ・医師が利用者またはその家族に説明した場合 2,700円 自己負担額 270円

- ・入浴介助加算(I) 1日あたり400円 自己負担額 40円

- ・入浴介助加算（Ⅱ） 1日あたり 600円 自己負担額 40円
- ・中重度者ケア体制加算 1日当たり 200円 自己負担額 20円
- ・栄養改善加算 月2回で 4,000円 自己負担額 400円
- ・口腔機能向上加算 月2回で 3,000円 自己負担額 300円
- ・サービス提供体制強化加算 1回あたり 220円 自己負担額 22円
- ・リハビリテーション提供体制加算 1回あたり 280円(利用時間7時間超)  
自己負担額 28円 (6時間超7時間未満) 24円
- ・重度療養管理加算 1日当たり 1,000円 自己負担額 100円
- ・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ 6ヶ月につき 200円 自己負担額 20円
- ・科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 1ヶ月につき 400円 自己負担額 40円
- ・退院時共同指導加算 1回に限り 6,000円 自己負担額 600円
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）1ヶ月の利用料金(単位数の総合計)の11.1%  
・送迎減算 片道につき 470円減額（47円減額） ※送迎を行わない場合

## 5. キャンセル規定

利用者様の都合でサービスを中止する場合、下記の割合でキャンセル料がかかります。

ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡をいただいた場合	無料
ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡をいただいた場合	利用料金の50%
ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合	利用料金の100%

## 6. 健康上の理由による中止

病気やケガ等でお体の調子の悪い場合には、適切なサービスの提供ができない場合があります。

その場合には、サービスの休止や受診などをお願いする事があります。

## 7. 非常災害対策

非常災害に備えて必要な整備を設け、防災、避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ないます。

＜事業所の防災設備＞

火災受信機／火災通報装置／非常用放送設備／非常ベル／誘導標識／  
誘導灯／屋内消火栓／消火器／スプリンクラー

## 8. 緊急時の対応について

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。

## 9. 事故発生時の対応について

- 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等に連絡します。また、必要な場合は、保険者（市町村）に連絡します。
- ② 事業所において、事業者の責任によりご利用者様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、ご利用者様に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況を考慮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	

## 10. 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、ご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を提供させていただきます。

- ②必要な個人情報、ご利用者様及び介護支援専門員、又はご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は訂正、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。

## 1 1. 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てます。
- ・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。
- ・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 デイケアセンターまつぞの責任者 駒井 利恵  
電話番号 019-661-0200
- ② 苦情解決責任者 デイケアセンターまつぞの管理者 河嶋 寛  
電話番号 019-661-0200

※苦情受付ボックスを玄関に設置しております。

### (3) 行政機関その他苦情受付機関

- 盛岡市 保健福祉部介護保険課事業所指定係  
電話番号 019-626-7562
- 滝沢市 高齢者福祉課  
電話番号 019-656-6522
- 岩手県国民健康保険団体連合会 介護保険課分室  
電話番号 019-604-6700

## 1 2. 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、設備等を壊したり、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、相当の代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。

### (2) 喫煙について

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

### ○ 決算に関する書類の閲覧について

医療法の改定により平成19年4月1日以降に始まる医療法人の会計年度から各都道府県で閲覧が可能になりました。

令和 年 月 日

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 岩手県盛岡市北松園四丁目36番75号  
事業所名 医療法人共生会 デイケアセンターまつぞの  
事業所番号 岩手県指定 第 03B0100050号

説明者名 \_\_\_\_\_ 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。

利用者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

代理人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

(利用者様との関係 \_\_\_\_\_)