

ケアセンターきすき  
通所リハビリテーション  
**重要事項説明書**

医療法人 同 仁 会

介護老人保健施設 ケアセンターきすき

T E L 0854-42-3660

F A X 0854-42-3670



# ケアセンターきすき 通所リハビリテーション重要事項説明書

## 1 事業の概要

### (1) 事業所の名称

|                                |                                          |
|--------------------------------|------------------------------------------|
| <b>事業所名</b>                    | <b>ケアセンターきすき 通所リハビリテーション</b>             |
| <b>事業所所在地</b>                  | <b>〒699-1312 島根県雲南市木次町山方1111</b>         |
| <b>連絡先</b>                     | <b>TEL 0854-42-3660 FAX 0854-42-3670</b> |
| <b>営業日</b>                     | <b>月～金曜日 ※祝日営業いたします</b>                  |
| <b>休業日</b>                     | <b>土・日曜日及び年末年始（12月30日～1月3日）</b>          |
| <b>営業時間</b><br><b>サービス提供時間</b> | <b>8:50～17:00</b><br><b>9:30～16:00</b>   |
| <b>利用定員</b>                    | <b>27 名</b>                              |
| <b>サービス提供地域</b>                | <b>雲南市(但し、木次町・大東町・加茂町・三刀屋町に限る)</b>       |

### (2) 事業の目的及び運営方針

- ・ 要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリ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維持回復を目指すことを目的とします。
- ・ 通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の回復維持を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行うものとします。
- ・ 通所リハビリテーション従業者は、通所リハビリテーションの提供に当たっては、親切丁寧に行うことを旨とし、利用者又は家族に対し、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又は、説明を行います。
- ・ 通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及び、その置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供します。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができるよう体制を整えます。

## 2 サービスの内容

- (1) 事業者定は次の日程により通所リハビリテーションサービスを提供します。  
(2) サービスは「通所リハビリテーション計画書」に沿って提供します。

|    | 曜 日 | 提 供 時 間 |
|----|-----|---------|
| 1) | 曜日  | : ~ :   |
| 2) | 曜日  | : ~ :   |
| 3) | 曜日  | : ~ :   |
| 4) | 曜日  | : ~ :   |

- (3) サービス提供時間及び送迎時間は当日の天候・交通状況によって変更になる場合があります。  
(4) 送迎は利用者宅と事業所までに限られています。  
※その他移動をご希望の場合は「旅客を運送する目的で運転できる」二種免許を取得されている事業者（タクシー）等へご相談下さい。

## 3 サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定められた「通所リハビリテーション連絡手帳」に必要事項を記入してサービス提供終了後に利用者の確認を受けます。  
(2) 事業者は一定期間ごとに「通所リハビリテーション計画書」の内容に沿ってサービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「通所リハビリテーションサービス記録書」等の書面を作成して利用者に説明するとともに介護支援事業者の説明します。  
(3) 事業者は前記「通所リハビリテーション記録」等の記録を作成完了2年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は、実費負担によりその写しを交付します。

## 4 サービス提供責任者等

- (1) サービス提供の責任者は次の通りです。  
(2) サービスについてのご相談やご不満のある場合には、どんなことでもお寄せください。

|          |                            |
|----------|----------------------------|
| 氏 名：堀江利光 | 連絡先（電話番号） 0854 - 42 - 3660 |
|----------|----------------------------|

## 5 職員体制

- |           |            |           |            |
|-----------|------------|-----------|------------|
| (1) 管理者   | 1 名        | (2) 医師    | 1 名以上 (兼務) |
| (3) 看護職員  | 1 名以上      | (4) 介護職員  | 2 名以上      |
| (5) 作業療法士 | 1 名以上      | (6) 管理栄養士 | 1 名以上 (兼務) |
| (7) 事務職員  | 1 名以上 (兼務) |           |            |

## 6 利用料金 ※契約日現在

- ・介護保険法に変更があった場合はそれに準じます
- ・介護保険負担割合証に基づき、  
1 割負担又は 2 割負担・3 割負担になります。
- ・自己負担割合が変更になった場合はそれに準じます。

(1) 利用者の方に負担して頂く金額は下記のとおりです。

金額は介護保険の法定利用料に基づくものです。

### ● 基本サービス費 6 時間以上 7 時間未満

| 要介護度  | 基本料金           | 利用者様自己負担金(1 割の場合) |
|-------|----------------|-------------------|
| 要介護 1 | 7, 1 5 0 円／日   | 7 1 5 円／日         |
| 要介護 2 | 8, 5 0 0 円／日   | 8 5 0 円／日         |
| 要介護 3 | 9, 8 1 0 円／日   | 9 8 1 円／日         |
| 要介護 4 | 1 1, 3 7 0 円／日 | 1, 1 3 7 円／日      |
| 要介護 5 | 1 2, 9 0 0 円／日 | 1, 2 9 0 円／日      |

### ● 基本サービス費 3 時間以上 4 時間未満

| 要介護度  | 基本料金         | 利用者様自己負担金(1 割の場合) |
|-------|--------------|-------------------|
| 要介護 1 | 4, 8 6 0 円／日 | 4 8 6 円／日         |
| 要介護 2 | 5, 6 5 0 円／日 | 5 6 5 円／日         |
| 要介護 3 | 6, 4 3 0 円／日 | 6 4 3 円／日         |
| 要介護 4 | 7, 4 3 0 円／日 | 7 4 3 円／日         |
| 要介護 5 | 8, 4 2 0 円／日 | 8 4 2 円／日         |

### ● 基本サービス費 2 時間以上 3 時間未満

| 要介護度 | 基本料金     | 利用者様自己負担金(1割の場合) |
|------|----------|------------------|
| 要介護1 | 3,830円/日 | 383円/日           |
| 要介護2 | 4,390円/日 | 439円/日           |
| 要介護3 | 4,980円/日 | 498円/日           |
| 要介護4 | 5,550円/日 | 555円/日           |
| 要介護5 | 6,120円/日 | 612円/日           |

● 加算

| 項目                                         | 基本料金      | 負担金 (一割の場合) |
|--------------------------------------------|-----------|-------------|
| 入浴介助加算 (I)                                 | 400円/日    | 40円/日       |
| リハビリテーション提供体制加算                            |           |             |
| (1) 3時間以上4時間未満の場合                          | 120円/回    | 12円/回       |
| (2) 4時間以上5時間未満の場合                          | 160円/回    | 16円/回       |
| (3) 5時間以上6時間未満の場合                          | 200円/回    | 20円/回       |
| (4) 6時間以上7時間未満の場合                          | 240円/回    | 24円/回       |
| リハビリテーションマネジメント加算                          |           |             |
| (イ)                                        |           |             |
| ※開始日から6カ月以内                                | 5,600円/月  | 560円/月      |
| ※開始日から6カ月超                                 | 2,400円/月  | 240円/月      |
| (ロ)                                        |           |             |
| ※開始日から6カ月以内                                | 5,930円/月  | 593円/月      |
| ※開始日から6カ月超                                 | 2,730円/月  | 273円/月      |
| (ハ)                                        |           |             |
| ※開始日から6カ月以内                                | 7,930円/月  | 793円/月      |
| ※開始日から6カ月超                                 | 4,730円/月  | 473円/月      |
| 事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合           | 2,700円    | 270円        |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算<br>退院日・退所日又は認定日から3ヶ月以内 | 1,100円/日  | 110円/日      |
| 認知症短期集中リハビリテーション<br>加算(I)                  | 2,400円/日  | 240円/日      |
| 認知症短期集中リハビリテーション<br>加算(II)                 | 19,200円/月 | 1,920円/月    |

|                                |             |            |
|--------------------------------|-------------|------------|
| 生活行為向上リハビリテーション実施<br>加算（６カ月以内） | １２，５００円／月   | １，２５０円／月   |
| 移行支援加算                         | １２０円／日      | １２円／日      |
| 栄養改善加算                         | ２，０００円／月２回  | ２００円／月２回   |
| 栄養アセスメント                       | ５００円／月      | ５０円／月      |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ）                    | １，５００円／月２回  | １５０円／月２回   |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）イ                   | １，５５０円／月２回  | １５５円／月２回   |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ                   | １，６００円／月２回  | １６０円／月２回   |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）              | ２００円／６ヶ月に１回 | ２０円／６ヶ月に１回 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）              | ５０円／６ヶ月に１回  | ５円／６ヶ月に１回  |
| 重度療養管理加算                       | １，０００円／日    | １００円／日     |
| 中重度者ケア体制加算                     | ２００円／日      | ２０円／日      |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）                | ２２０円／日      | ２２円／日      |
| 科学的介護推進体制加算                    | ４００円／月      | ４０円／月      |
| 退院時共同指導加算                      | ６，０００円／回    | ６００円／回     |
| 事業所が送迎を行わない場合所定単位数から片道につき４７円減算 |             |            |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰロ） 所定単位数×１１．１％／月   |             |            |

※上記加算が全て掛かるわけではありません。必要により各種加算が掛かります。

## （２）その他

- ①「昼食おやつ」を提供する場合、一食当たり **750円** をご負担いただきます。  
※「昼食おやつ」は保険外となります。請求書には【食費】と記載されます。
- ②「おやつ」のみ提供する場合、一食当たり **90円** をご負担いただきます。  
※「おやつ」は保険外となります。請求書には【食材料費】と記載されます。
- ③ご利用中に個人的に使用される趣味活動等で必要な材料費について自己負担となる場合があります。

## （３）お支払い方法

- ・毎月１０日頃に前月分の請求書を下記へ郵送いたします。お支払いいただきますと領収書を発行致します。
- ・お支払い方法はいずれかでお願いします。
- ① 現金でのお支払い（ケアセンターきすき事務窓口でご納金ください）
- ② 銀行振込（山陰合同銀行・島根県農業共同組合）
- ③ 口座引き落とし（山陰合同銀行・島根県農業共同組合）  
※引き落とし日は毎月２０日です。（土日祝日の場合その翌日）

**【請求書・明細書及び領収書の送付先】**

|         |  |
|---------|--|
| ふ り が な |  |
| 氏 名     |  |
| 住 所     |  |
| 電 話 番 号 |  |

**7 キャンセルの場合**

|               |                       |
|---------------|-----------------------|
| 連絡先：ケアセンターきすき | (電話) 0854 - 42 - 3660 |
|---------------|-----------------------|

※担当者以外で応答する場合がございます。  
通所リハビリご利用者様氏名をお伝えください。

- (1) 利用当日の場合、午前8時から8時半までにご連絡ください。緊急な場合はケアマネジャー・かかりつけ医院等にご相談ください。
- (2) 事前にキャンセルが決まっている場合などはご相談下さい。
- (3) 発熱・体調不良等が見られた際には無理に利用されず、速やかにかかりつけ医・総合病院等へ受診してください。

**8 緊急時の連絡先**

緊急の場合にはご記入頂いた先にご連絡します。  
ご連絡してもつながらない場合などは医師・救急隊等の判断に沿い対応いたします。

**【緊急時の連絡先】**

|                   |  |
|-------------------|--|
| ふ り が な           |  |
| 氏 名               |  |
| 住 所               |  |
| 電 話 番 号<br>(携帯番号) |  |

## 9 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用時間内の途中での受診・往診は出来ません（緊急の場合を除く）。
- (2) 施設内及び敷地内は禁煙です。
- (3) 火気の取り扱いは火気取り扱い責任者が、責任を持って管理します。
- (4) 設備・備品等の利用は副施設長に依頼し、指示に従ってください。
- (5) 金銭・貴重品の持ち込みは極力避けてください。持ち込みの場合は自己管理を原則とします。紛失された場合当施設は一切責任を負いません。
- (6) 他利用者への迷惑行為（政治・宗教活動等）は禁止します。
- (7) おやつ等の持込みは禁止となっています。

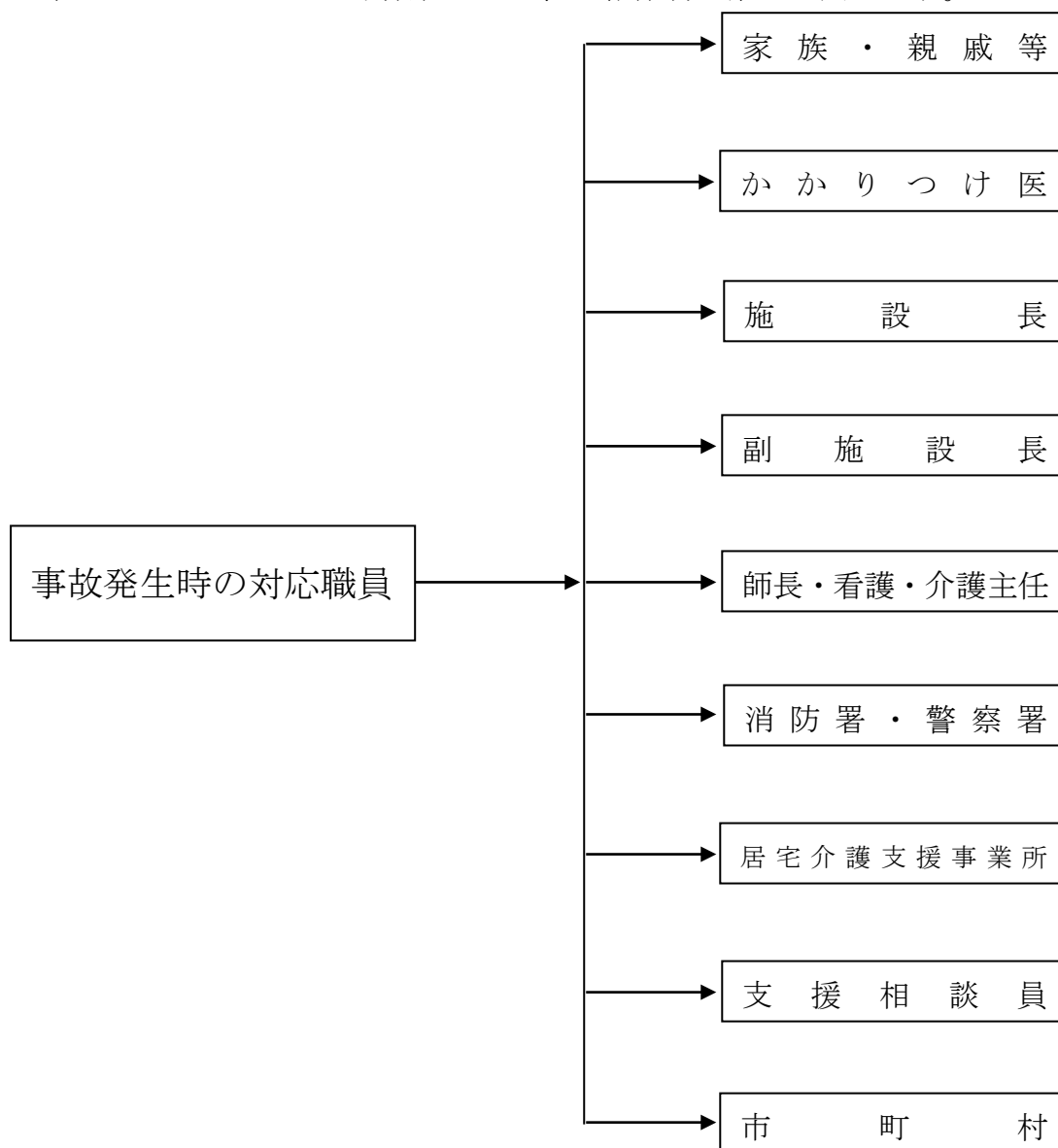
## 10 非常災害対策

- (1) 防火設備 ～ スプリンクラー、消火器、消火栓。
- (2) 防災訓練 ～ 年2回。

- 1 1 事故対応発生時の対応について、以下に沿い対応いたします。  
施設マニュアルが更新された際はそれに準じます。

## 事 故 発 生 時 の 対 応

第9条 に基づきサービス事業者として、通報体制の確立を図ります。



- 事故発生時の対応職員は、上記の通報体制に従い速やかに関係箇所に連絡し、指示を受け行動します。
- 連絡・通報体制を迅速にして、事故の様態、事故後の経緯、事故の原因等を整理分析し原因究明・再発防止等、リスクマネジメント委員会において協議を重ね、事故防止・再発防止に努めます。

- 12 苦情処理の体制について、以下に沿って対応いたします。  
施設マニュアルが更新された際はそれに準じます。

## 苦 情 処 理 の 体 制

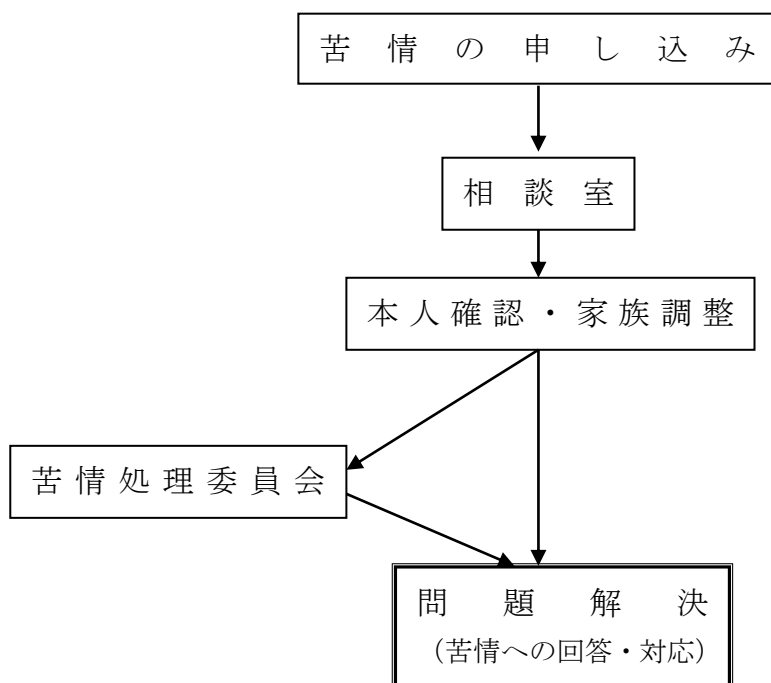
### 目 的

サービス利用者には、人権擁護・QOL等、介護サービスのもつ特殊性により苦情処理から評価、選択への転換、行政処分の対象から排除し、よりよいサービスを提供し、本人に不利益なサービスを排除する。また高齢者ケアの基本的なあり方について、苦情・相談を受けた場合は、速やかに関係箇所と協議し、調整・確認の上問題解決を図る。

- |            |                    |                       |
|------------|--------------------|-----------------------|
| 1. 苦情相談窓口  | ケアセンターきすき          |                       |
| 2. 受付曜日・時間 | 月曜日～金曜日            | 8:50～17:00            |
| 3. 受付職員    | 通所リハビリテーション        | 副施設長 山崎啓二<br>責任者 堀江利光 |
| 4. 電話番号    | 0854-42-3660       |                       |
|            | 雲南広域連合 介護保険課       | 電話0854-47-7342        |
|            | 国民健康保険団体連合会（苦情処理係） | 電話0852-21-2811        |

### 苦情処理委員会の設置

医師・副施設長・師長・看護師・介護職員・介護支援専門員・支援相談員・  
リハビリ課長・通所リハビリ責任者・その他関係職員。



本人に対して不利益なサービス

- |               |                |
|---------------|----------------|
| A 刑事訴訟レベルの不利益 | B 運営基準違反による不利益 |
| C 契約不履行による不利益 | D サービス中の事故     |

- 1 3 虐待防止について、以下に沿い対応いたします。  
施設マニュアルが更新された際はそれに準じます。

## 虐待防止について

1. 当施設では、高齢者虐待は人権侵害であり、犯罪行為という認識のもと、高齢者虐待防止法の理念に基づき、高齢者の尊厳の保持・人格の尊重を重視し、権利利益の擁護に資することを目的に、高齢者虐待の防止とともに高齢者虐待の早期発見・早期対応に努め、高齢者虐待に該当する次の行為のいずれも行いません。

- i 身体的虐待：高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
- ii 介護・世話の放棄・放任：高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
- iii 心理的虐待：高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- iv 性的虐待：高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者にわいせつな行為をさせること。
- v 経済的虐待：高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

2. 当施設では、虐待発生防止に努める観点から、「事故・虐待・拘束防止検討委員会」を組成します。

なお、本委員会の運営責任者は施設長又は副施設長とし、虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者（以下、担当者）を定めます。

- ・委員会は、必要な都度、担当者が招集します。
  - ・委員会の議題は、次のような内容について協議するものとします。
- ①虐待の防止のための指針の整備に関すること
  - ②虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
  - ③虐待等について、職員が相談・報告できる体制整備に関すること
  - ④職員が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
  - ⑤虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
  - ⑥再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

3. 虐待又はその疑い（以下、「虐待等」という。）が発生した場合の対応方法

- 虐待等が発生した場合には、速やかに市町村に報告するとともに、その要因の除去に努めます。客観的な事実確認の結果、虐待者が職員等であったことが判明した場合には、役職位の如何を問わず、厳正に対処します。
- また、緊急性の高い事案の場合には、市町村及び警察等の協力を仰ぎ、被虐待者の権利と生命の保全を優先します。

## 重 要 事 項 説 明 確 認 書

介護老人保健施設 ケアセンターきすき 介護予防通所リハビリテーションサービスの提供に当たり、重要事項説明書について説明しました。

令和 年 月 日

<事業者> 名 称 ケアセンターきすき介護予防通所リハビリテーション ⑩  
住 所 島根県雲南市木次町山方 1 1 1 1

<説明者> 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

私は、事業者から介護老人保健施設 ケアセンターきすき 介護予防通所リハビリテーションサービスについての重要事項説明書について説明を受けました。

令和 年 月 日

<利用者> 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

<家族> 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩