

# 重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション)

利用者 :

様

医療法人社団 創生会

花憩庵デイケアセンター

[令和6年6月1日 現在]

## 1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 (0197-42-5001) (月～金曜日 9:00～17:00)

責任者 \_\_\_\_\_

※ ご不明な点は、何でもおたずねください。

## 2. デイケアセンターの概要

### (1) 事業所の所在地及びサービス提供地域

|               |                              |
|---------------|------------------------------|
| 事業所名          | 花憩庵デイケアセンター                  |
| 所在地           | 岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根谷来浦46番地1         |
| 事業所の指定番号      | 通所リハビリテーション (岩手県 0312510522) |
| サービスを提供する実施地域 | 金ヶ崎町、奥州市、北上市                 |

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 職員体制

| 区分      | 資格                    | 人員数  | 職務内容                          |
|---------|-----------------------|------|-------------------------------|
| 管理者     | 医師                    | 1名   | 従業者及び業務の管理                    |
| 機能訓練指導員 | 作業療法士<br>理学療法士<br>看護師 | 1名以上 | リハビリテーション実施計画の作成とリハビリテーションの提供 |
| 介護職員    | 介護福祉士ほか               | 4名以上 | 介護及びその他のリハビリテーションの提供          |

### (3) 施設の概要

|          |                       |        |    |
|----------|-----------------------|--------|----|
| 定員       | 40名                   | 静養スペース | 2床 |
| 食堂兼機能訓練室 | 192.68 m <sup>2</sup> | 相談室    | 1室 |
| 浴室       | 一般浴槽と特殊浴槽             | 送迎車    | 7台 |

(4) 営業日：月曜日から土曜日までとする。ただし、12月30日から1月3日を除く。

(5) 営業時間：午前9時から午後5時までとする。

(6) サービス提供時間：午前9時30分から午後4時までとする。

## 3. 運営方針

- (1) 介護予防通所リハビリテーションの提供にあたっては、要支援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を営むことができるよう必要なリハビリテーションを行うことにより要支援者の心身の機能の維持回復に努めます。
- (2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 4. サービス内容

介護予防通所リハビリテーション計画に沿って、次のサービスを行います。

- (1) 機能訓練
- (2) 入浴サービス
- (3) 食事の提供

- (4) 健康チェック
- (5) 居宅と事業所間の送迎
- (6) リハビリマネジメント

## 5. 利用料金

### (1) 基本料金

| 要介護度 | ご利用者様負担額 |         |          | 算定単位  |
|------|----------|---------|----------|-------|
|      | 1割       | 2割      | 3割       |       |
| 要支援1 | 2, 268円  | 4, 536円 | 6, 804円  | 1月につき |
| 要支援2 | 4, 228円  | 8, 456円 | 12, 684円 | 1月につき |

- ① 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。
- ② 食費は日額700円（昼食代600円、おやつ100円）となります。

### (2) 加算等

| 加算名称             | ご利用者様負担 |             |          | 算定単位     |       |
|------------------|---------|-------------|----------|----------|-------|
|                  | 1割      | 2割          | 3割       |          |       |
| 同一建物減算           | 要支援1    | -376円       | -752円    | -1, 128円 | 1月につき |
|                  | 要支援2    | -752円       | -1, 504円 | -2, 256円 | 1月につき |
| 予防通所リハ<br>12月超減算 | 要支援1    | -120円       | -240円    | -360円    | 1月につき |
|                  | 要支援2    | -240円       | -480円    | -720円    | 1月につき |
| 退院時共同指導加算        |         | 600円        | 1, 200円  | 1, 800円  | 1回につき |
| 科学的介護推進体制加算      |         | 40円         | 80円      | 120円     | 1月につき |
| サービス提供<br>体制加算Ⅲ  | 要支援1    | 24円         | 48円      | 72円      | 1月につき |
|                  | 要支援2    | 48円         | 96円      | 144円     | 1月につき |
| 介護職員等<br>処遇改善加算Ⅱ |         | 介護報酬の8.3%加算 |          |          | 1月につき |

### (3) 交通費

サービスを提供する実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、送迎にかかる交通費を次のとおり請求いたします。

- ア) 事業所から、片道概ね15キロメートル未満 500円
- イ) 事業所から、片道概ね15キロメートル以上 700円

### (4) キャンセル料

サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に

応じて、下記によりキャンセル料を請求いたします。

①前日午後 5 時までご連絡の場合

キャンセル料はいただきません。

②前日午後 5 時までご連絡のない場合

1 提供当たりの料金（10割負担）を請求させていただきます。

ただし、ご利用者様の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

(5) その他

おむつ、リハビリパンツ等が必要な方は、持参して下さい。

## 6. 利用料、利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。

上記に係る請求書は、利用月の翌月 15 日までにご利用者様あてにお届けします。

(2) 支払方法

利用料等のお支払いは、原則、ご利用者様指定口座からの自動振替となります。

口座振替日は、毎月 27 日となります。（27 日が休日の場合は翌営業日）

※口座振込、現金でのお支払いについては事業所にご相談ください。

(3) その他

施設の利用料金は、介護保険負担割合証に記載されたご利用者様負担の割合に応じてご利用者様負担をお支払いいただきます（法定代理受領サービス）。

介護保険料の滞納等により、法定代理受領サービスが受けられない場合があります。その場合は、いつ たん介護報酬に定められた額の全額をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。この証明書を後日住居地の市町村の介護保険窓口に提出されると、払い戻しを受けることができます。

## 7. サービスの終了

(1) ご利用者様の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出ください。

(2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了 1 ヶ月までに文書で通知いたします。

(3) 自動終了

次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

①ご利用者様が介護保健施設に入所した場合

②ご利用者様が特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、又は認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合

③ご利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要介護と認定された場合 ※この場合、条件を変更して再度契約することができます

④ご利用者様が死亡した場合

#### (4) その他

ご利用者様又はご家族様が当事業所や当事業所のサービス従業者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合があります。

### 8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に、ご利用者様に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご利用者様が予め指定する連絡先にも連絡します。

### 9. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご家族様、居宅介護支援事業者等に連絡すると同時に、必要な措置を講じます。
- (2) サービス提供により、賠償すべき事故が生じた場合には、速やかに損害賠償を行います。

### 10. 衛生管理等

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- (2) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

### 11. 虐待の防止について

事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。  
虐待防止に関する担当者 所長
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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ご利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

### 12. 個人情報の保護

- (1) 事業者、サービス従業者および事業者の使用者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様およびそのご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、ご利用者様の有する問題や解決すべき課題に対応するサービス担当者会

議等において、情報を共有するために個人情報を用いることを、本契約をもって同意とみなします。

### 13. サービス内容に関する苦情

#### (1) 当事業所の窓口

当センターのサービスに関するご相談・苦情についてのご相談・苦情を承ります。  
前記の相談窓口までお申し出ください。

#### (2) その他の窓口

当事業所以外に県・国保連・市町村の介護保険担当課に苦情を伝えることができます。

##### 【県・国保連】

- ①岩手県保健福祉部 019-629-5435 (長寿社会課)
- ②岩手県国民健康保険団体連合会 019-604-6700 (介護保険課)

##### 【当事業所がサービスを提供する実施地域の市町村】

- ③金ヶ崎町 0197-44-4560 (保健福祉センター)
- ④奥州市 0197-24-2111 (代表)
- ⑤北上市 0197-64-2111 (代表)

### 14. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者様に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

### 15. 当法人の概要

法人種別・名称 医療法人社団 創生会  
所在地・電話 岩手県奥州市水沢佐倉河字慶徳27番地1  
理事長 上田 雅道 電話 0197-24-4148

- 事業内容
- ① 医療法人社団創生会おとめがわ病院
  - ② 水沢老人保健施設興生園
  - ③ 興生園介護サービスセンター
  - ④ 花憩庵クリニック
  - ⑤ 花憩庵デイケアセンター
  - ⑥ 花憩庵訪問看護ステーション
  - ⑦ 花憩庵訪問介護センター
  - ⑧ 花憩庵指定居宅介護支援事業所
  - ⑨ 住宅型有料老人ホーム花憩庵

※岩手県内の事業のみ表示

令和 年 月 日

介護予防通所リハビリテーションの提供開始にあたり、ご利用者様に対して本書面にもとづいて重要な事項を説明しました。

事業所 所在地 岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根谷来浦 4 6 番地 1

名 称 花憩庵デイケアセンター

説明者 氏 名 印

私は、本書面により事業者から介護予防通所リハビリテーションについての重要な事項の説明を受けました。

ご利用者様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印