

重要事項説明書

(通所リハビリテーション)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて、当事業者があなたに説明すべく事項は次のとおりです。

1. 事業者

法人の名称	医療法人 永好会 かがクリニック
法人所在地	愛知県愛西市大井町七川北56番地
法人種別	医療法人
代表者氏名	理事長 加賀 克宏
電話番号	0567-31-0036

2. ご利用事業所

事業所名称	すまいるデイケア
指定年月日	平成29年6月1日
事業所番号	2317200109
事業所在地	愛知県愛西市大井町七川北61番地
管理者氏名	加賀 克宏
電話番号	0567-33-1005
FAX番号	0567-31-3399
サービスを提供する通常の送迎地域	愛西市(旧佐屋町・旧立田村)、津島市、弥富市 海部郡蟹江町

3. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	愛知県知事 事業者指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
通所介護	令和2年8月1日	2377200791	28人
訪問介護	平成29年4月1日	2377200726	
住宅型有料老人ホーム	平成29年4月1日		14人

4. 事業の目的と運営の方針等

事業の目的	利用者に対し必要なリハビリテーションを提供し心身の機能の維持回復を図る。
運営の方針	要介護者の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及びリハビリテーションを行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

5. 事業所の概要

(1)敷地および建物

敷地	1,020.55 m ²
建物構造	鉄骨3階建て
延べ床面積	1,574.40 m ²
利用定員	① 1単位目 39名 ② 2単位目 9名

(2)主な設備(通所介護と一部共用)

設備の種類	室数	面積	1人あたりの面積	備考
食堂兼 機能訓練室	2室	250.33 m ²	4.24m ²	
一般浴室	1室	27.79 m ²		
機械浴室				
相談室	1室	6.72 m ²		

6. 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	人数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
医師	1	1				医師
理学療法士	4	4				理学療法士
作業療法士	1	1				作業療法士
看護職員	3			3		看護師・准看護師
介護職員	9	3		6		介護福祉士・初任者研修

7. 営業日および営業時間

営業日	月曜日～土曜日ただし12月30日～1月3日は除く
営業時間	8時15分～17時15分
サービス提供時間	① 9時00分～15時40分 ② 10時00分～13時10分

8. 利用者負担金

利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ① 介護報酬に係る利用者負担 (費用全体に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額)
- ② 運営基準「厚生労働省令」で定められた「その他の費用」 (全額、自己負担)
- ③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用 (全額、自己負担)

(1) 介護保険給付サービス

① 通所リハビリテーション費				
	実施時間	1日の単位数	実施時間	1日の単位数
要介護1	6～7時間	715 単位	3～4時間	486 単位
要介護2	6～7時間	850 単位	3～4時間	565 単位
要介護3	6～7時間	981 単位	3～4時間	643 単位
要介護4	6～7時間	1,137 単位	3～4時間	743 単位
要介護5	6～7時間	1,290 単位	3～4時間	842 単位

② 入浴介助加算 (I)	40 単位 1回	負担金算出方法 1) ①×利用日数=A 2) ②×回数=B 3) ③593×1=C 又は 273×1=C 4) ④×利用日数=D 5) ⑤×実施回数=E 6) ⑥40×1=F 7) ⑦×利用日数=G 8) (A+B+C+D+E+F+G)×8.6=⑧ 9) (A+B+C+D+E+F+⑧)×10.33 ×負担割合=1ヶ月の負担金
③ リハビリテーションマネジメント加算A(ロ) (該当者のみ)		
同意日の属する月から6月以内	593 単位 1月	
同意日の属する月から6月超	273 単位 1月	
④ リハビリテーション提供体制加算		
6～7時間	24 単位 1回	
3～4時間	12 単位 1回	
⑤ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 (実施者のみ)	110 単位 1日	
⑥ 科学的介護推進体制加算	40 単位 1月	
⑦ サービス提供体制強化加算 I	22 単位 1日	
⑧ 介護職員等処遇改善加算 I	所定単位数の8.6%加算	
⑨ 口腔栄養スクリーニング加算 I (該当月)	20 単位 1回	

※小数点以下は、8) 9) 10)は四捨五入、11)は切り捨て

(2) 介護保険給付外サービス

① 食費	1食あたり	760 円
② おむつ代		100 円
③ リハビリパンツ代		150 円
④ パット代		50 円
⑤ 通常の送迎サービス提供実施地域以外の送迎代	通常の事業の実施区域を越えた地点から、 おおむね1キロメートルごとに 100 円	
⑥ 日常生活品費	実費	

通所リハビリテーション 1日あたりの自己負担 見積額は	約	円
-----------------------------	---	---

※ 介護保険外のサービスとなる場合 (サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員からの説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)

9. 料金のお支払い方法

料金・費用は毎月10日までに前月分の利用料金等を請求しますので、20日までに下記の方法でお支払いください。

- ① 当事業所窓口へ直接お支払いいただく方法 (なるべく、おつりのないようをお願いいたします。)
- ② 当事業所口座へ振り込みによりお支払いいただく方法 (振込み手数料はご負担ください。)
(口座名は 医療法人 永好会)
大垣共立銀行 蟹江支店 (普通) 126737
- ③ 預金口座振替にて引落としにより、お支払いいただく方法 (預金口座振替依頼書にお申し込いただきます。振替日28日。但し休業日の場合は翌営業日。)

お支払いを確認いたしましたら、領収書をお渡しいたしますので必ず保管をお願いします。

10. 通所サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

サービスの種類	内 容
入 浴	必要な方は職員が介助いたします。 ご利用者の健康状態、日常生活レベルにより、シャワー 浴、機械による入浴、または清拭を行います。
排 泄 の 介 助	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
リハビリテーション	理学療法、作業療法、個別のリハビリテーションにより、利用者の状況に適した機能訓練を行います。また、体操、レクリエーション活動、行事を通じて身体機能の維持回復に努めます。
健 康 管 理	入浴前には看護職員が健康状態を確認いたします。 利用時間中、看護職員が状態を把握し異常があればご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。
相 談 及 び 援 助	ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。
送 迎	身体状況など一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方はリフト付送迎車などで送迎を行います。ご家族による送迎も可能です。

(2) 介護給付外サービス

サービスの種類	内 容
昼 食 の 提 供	栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバランスよくバラエティに富んだお食事を提供いたします。 栄養士による食材の検収により、新鮮で良質な食材を調理いたします。
レクリエーション行事	行事計画に基づき、各種レクリエーションを提供します。
オムツの提供	ご利用者の状況によっては、施設に用意したおむつを提供いたします。

11. サービス利用の中止

ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。
当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。

キャンセル料	食費相当額（当日9時以降のご連絡はキャンセル料を申し受けます）
--------	---------------------------------

12. 苦情 相談等の窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

① 当事業所相談室	事業責任者（主任「理学療法士」岡田 綾香）
	窓口担当者（鈴木はる香・徳重眞弓・岡田綾香）
	ご利用時間 毎日午前8時15分～午後5時15分
	ご利用方法 電 話 0567-33-1005
	F A X 0567-31-3399 直接ご面談などによる

公的機関においても、次の機関において苦情申立等ができます。

② 行政機関	愛西市役所 高齢福祉課	TEL 0567-55-7116
	弥富市役所 介護高齢課	TEL 0567-65-1111
	蟹江町役場 介護支援課	TEL 0567-95-1111
	津島市役所 健康福祉部高齢介護課	TEL 0567-24-1111
	愛知県国民健康保険団体連合会	TEL 052-971-4165

13. 第三者による評価の実施状況

①あり ②なし

<ありの場合>

実施日： 年 月 日

評価機関名称：

結果の開示： 1 あり 2 なし

14. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める『医療法人永好会 消防規程』にのっとり、対応いたします。
平常時の訓練等 防火設備	別途定める『医療法人永好会 消防規程』にのっとり、年1回以上サービス提供時を想定した避難訓練を行います。

15. 事故発生時の対応

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族、利用に係るサービス計画支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するものとします。

16. 損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲において利用者に対してその損害を賠償します。

当該事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保険の概要	対人・対物賠償責任

17. 秘密保持について

当事業所及び従業員は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

当事業所は、従業員が退職後在職中業務上知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業所は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができるものとします。

事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（磁気媒体情報及び伝送情報を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩を防止するものとします。

18. 通所リハビリテーション計画の作成について

居宅サービス計画の内容に沿ってご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、通所リハビリテーション計画を作成します。

通所リハビリテーション計画の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに通所リハビリテーション計画を交付いたします。

19. 当事業所をご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	施設内の設備・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、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	施設および敷地内での喫煙は安全管理上お断りしております。 飲酒は原則的にご遠慮願います。
迷惑行為等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品、現金等の管理	基本的に個人で管理していただきます。
宗教活動・政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮下さい。
その他	利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。 飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りさせていただきます。

20. 緊急時(事故発生時)の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。

ご家族	氏名
	連絡先
	勤務先/携帯電話
主治医	医療機関名
	主治医名
	連絡先

令和 年 月 日
指定通所リハビリテーション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。

指定通所リハビリテーション事業者

医療法人永好会 すまいるデイケア

説明者職名 _____ 氏名 _____

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、通所リハビリテーションの提供開始に同意しました。

ご利用者 住所 _____

氏名 _____

ご利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて、当事業者があなたに説明すべく事項は次のとおりです。

1. 事業者

法人の名称	医療法人 永好会 かがクリニック
法人所在地	愛知県愛西市大井町七川北56番地
法人種別	医療法人
代表者氏名	理事長 加賀 克宏
電話番号	0567-31-0036

2. ご利用事業所

事業所名称	すまいるデイケア
指定年月日	平成29年6月1日
事業所番号	2317200109
事業所在地	愛知県愛西市大井町七川北61番地
管理者氏名	加賀 克宏
電話番号	0567-33-1005
FAX番号	0567-31-3399
サービスを提供する通常の送迎地域	愛西市(旧佐屋町・旧立田村)、津島市、弥富市 海部郡蟹江町

3. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	愛知県知事 事業者指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
通所介護	令和2年8月1日	2377200791	28人
訪問介護	平成29年4月1日	2377200726	
住宅型有料老人ホーム	平成29年4月1日		14人

4. 事業の目的と運営の方針等

事業の目的	利用者に対し必要なリハビリテーションを提供し心身の機能の維持回復を図る。
運営の方針	要支援者の心身の特性を踏まえて、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、日常生活上の世話及びリハビリテーションを行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持回復並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

5. 事業所の概要

(1) 敷地および建物

敷地	1,020.55 m ²
建物構造	鉄骨3階建て
延べ床面積	1,574.40 m ²
利用定員	① 1単位目 39名 ② 2単位目 9名

(2) 主な設備(通所介護と一部共用)

設備の種類	室数	面積	1人あたりの面積	備考
食堂兼 機能訓練室	2室	250.33 m ²	4.24m ²	
一般浴室	1室	27.79 m ²		
機械浴室				
相談室	1室	6.72 m ²		

6. 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	人数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
医師	1		1			医師
理学療法士	4	4				理学療法士
作業療法士	1	1				作業療法士
看護職員	3			3		看護師・准看護師
介護職員	9	3		6		介護福祉士・初任者研修

7. 営業日および営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日ただし12月30日～1月3日は除く
営 業 時 間	8時15分～17時15分
サービス提供時間	10時00分～13時10分

8. 利用者負担金

利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ① 介護報酬に係る利用者負担 (費用全体に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額)
- ② 運営基準「厚生労働省令」で定められた「その他の費用」 (全額、自己負担)
- ③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用 (全額、自己負担)

(1) 介護保険給付サービス

① 介護予防通所リハビリテーション費

	実施時間	1ヶ月の単位数
要支援1	3～4時間	2,268単位 (利用開始日の属する月から12月超 -20単位)
要支援2	3～4時間	4,228単位 (利用開始日の属する月から12月超 -40単位)

② 科学的介護推進体制加算 1ヶ月 40単位 負担金算出方法

③ サービス提供体制強化加算Ⅰ 1ヶ月 要支援1 88単位 1) $(①+②+③) \times 8.6\% = ④$

1ヶ月 要支援2 176単位

④ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 所定単位数の8.6%加算

⑤ 口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ 1回(該当月) 20単位 $(①+②+③+④) \times 10.33 \times \text{負担割合} = 1\text{ヶ月の負担金}$

※小数点以下は、1) 2) 3)は四捨五入、4)は切り捨て

(2) 介護保険給付外サービス

- ① 食費 700 円
- ② おむつ代 100 円
- ③ リハビリパンツ代 150 円
- ④ パット代 50 円
- ⑤ 通常の送迎サービス提供実施地域以外の送迎代
通常の事業の実施区域を越えた地点から、 おおむね1キロメートルごとに 100 円
- ⑥ 日常生活品費 実費

介護予防通所リハビリテーション 1月あたりの自己負担 見積額は 約 円 です。

※ 介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員からの説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)

9. 料金のお支払い方法

料金・費用は毎月10日までに前月分の利用料金等を請求しますので、20日までに下記の方法でお支払いください。

- ① 当事業所窓口へ直接お支払いいただく方法 (なるべく、おつりのないようをお願いいたします。)
- ② 当事業所口座へ振り込みによりお支払いいただく方法 (振込み手数料はご負担ください。)
(口座名は 医療法人 永好会)
大垣共立銀行 蟹江支店 (普通) 126737
- ③ 預金口座振替にて引落しにより、お支払いいただく方法 (預金口座振替依頼書にお申込いただきます。振替日28日。但し休業日の場合は翌営業日。)

お支払いを確認いたしましたら、領収書をお渡しいたしますので必ず保管をお願いします。

10. 通所サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

サービスの種類	内 容
排 泄 の 介 助	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
リハビリテーション	理学療法、作業療法、個別のリハビリテーションにより、利用者の状況に適した機能訓練を行います。また、体操、レクリエーション活動、行事を通じて身体機能の維持回復に努めます。
健 康 管 理	リハビリテーション前には看護職員が健康状態を確認いたします。利用時間中、看護職員が状態を把握し異常があればご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。
相 談 及 び 援 助	ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。
送 迎	身体状況など一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方はリフト付送迎車などで送迎を行います。ご家族による送迎も可能です。

(2) 介護給付外サービス

サービスの種類	内 容
昼 食 の 提 供	栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバランスよくバラエティに富んだお食事を提供いたします。 栄養士による食材の検収により、新鮮で良質な食材を調理いたします。
レクリエーション行事	行事計画に基づき、各種レクリエーションを提供いたします。
オムツの提供	ご利用者の状況によっては、施設に用意したおむつを提供いたします。

11. サービス利用の中止

ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。

キャンセル料	食費相当額（当日9時以降のご連絡はキャンセル料を申し受けます）
--------	---------------------------------

12. 苦情 相談等の窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

① 当事業所相談室	事業責任者（主任「理学療法士」岡田 綾香）
	窓口担当者（鈴木はる香・徳重眞弓・岡田綾香）
	ご利用時間 毎日午前8時15分～午後5時15分
	ご利用方法 電 話 0567-33-1005
	F A X 0567-31-3399 直接ご面談などによる

公的機関においても、次の機関において苦情申立等ができます。

② 行政機関	愛西市役所 高齢福祉課	TEL 0567-55-7116
	弥富市役所 介護高齢課	TEL 0567-65-1111
	蟹江町役場 介護支援課	TEL 0567-95-1111
	津島市役所 健康福祉部高齢介護課	TEL 0567-24-1111
	愛知県国民健康保険団体連合会	TEL 052-971-4165

13. 第三者による評価の実施状況

①あり

②なし

<ありの場合>

実施日： 年 月 日

評価機関名称：

結果の開示： 1 あり 2 なし

14. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める『医療法人永好会 消防規程』にのっとり、対応いたします。
平常時の訓練等 防火設備	別途定める『医療法人永好会 消防規程』にのっとり、年1回以上サービス提供時を想定した避難訓練を行います。

15. 事故発生時の対応

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族、利用に係るサービス計画支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するものとします。

16. 損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき事由によりご

利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲において利用者に対してその損害を賠償します。

当該事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保険の概要	対人・対物賠償責任

17. 秘密保持について

当事業所及び従業員は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

当事業所は、従業員が退職後在職中業務上知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業所は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができるものとします。

事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報及び伝送情報を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩を防止するものとします。

18. 介護予防通所リハビリテーション計画の作成について

居宅サービス計画の内容に沿ってご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、介護予防通所リハビリテーション計画を作成します。

介護予防通所リハビリテーション計画の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに介護予防通所リハビリテーション計画を交付いたします。

19. 当事業所をご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	施設内の設備・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、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	施設および敷地内での喫煙は安全管理上お断りしております。 飲酒は原則的にご遠慮願います。
迷惑行為等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品、現金等の管理	基本的に個人で管理していただきます。
宗教活動・政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮下さい。
その他	利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。 飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りさせていただきます。

20. 緊急時(事故発生時)の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。

ご 家 族	氏 名
	連 絡 先
	勤務先/携帯電話
主 治 医	医療機関名
	主 治 医 名
	連 絡 先

令和 年 月 日

指定介護予防通所リハビリテーション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。

指定介護予防通所リハビリテーション事業者 医療法人永好会 すまいる デイケア

説明者職名 氏名 _____

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、通所リハビリテーションの提供開始に同意しました。

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____

ご利用者の家族等 住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____