

**重 要 事 項 説 明 書**  
通所(予防)リハビリテーション

1 ご利用施設

利用施設名称	水谷医院 小碓デイケアセンター
所在地	名古屋市港区土古町2丁目21番地の8
管理者	水谷 秀子
デイケア担当	角田 利彦
電話番号	052-381-0201
FAX番号	052-381-0220
事業所番号	2311101774
利用定員	30人(通所予防リハビリ含む)
営業日	月曜日から金曜日 (日.祝.年末年始休業)
営業時間	午前8時40分から午後4時30分まで
実施地域	港区

2 事業の目的と運営方針

施設運営の方針	<p>1 利用される方の心身の特性を踏まえ、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に、入浴、排泄、食事の介護、その他の日常生活全般にわたる援助及び理学療法、作業療法、言語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、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能維持向上を図る。</p> <p>2 心身の状況やその環境に応じて、利用される方の意向を尊重し、適切なサービスが効率的に提供されるよう配慮して行うとともに、名古屋市、居宅介護支援事業者及び、地域の保険・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る。</p>
---------	--

3. 職員体制(主たる職員)

令和 6年 6月現在

	人数	常 勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
医 師	名	1		\		内科、小児科、眼科
理学療法士	名	1	1	1		
作業療法士	名			1	1	
言語聴覚士	名					
看護職員	名		1			
介護職員	名	1			3	介護福祉士 4名

#### 4. 通所(予防)デイケアサービスの概要

サービス種別	内 容
通所介護(予防)リハビリテーション計画書の作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状態(心身の状況、希望及びその置かれている環境)に応じて、どのように援助するのかを記した計画書を作成します。</li> <li>・計画書には機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載します。</li> <li>・計画書は利用者及びその家族に説明します。</li> </ul>
下記のサービスは通所(予防)介護リハビリテーション計画書に基づいて行われます	
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状態に応じて、<b>原則、住宅環境に近い状況もしくは福祉道具等</b>を活用した入浴サービスを提供します。</li> </ul>
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士が献立を作成し、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を計画的に提供します。</li> <li>・食事時間は、原則として12:30~13:15です。</li> </ul>
送 迎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の希望により、自宅から当施設までリフト付きの専用車等で送迎を行います。</li> </ul>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
着替え・整容等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴の際など着替えの援助が必要な場合は、適切に援助を行います。</li> <li>・入浴後に、必要な場合は、髭そり、つめ切り等の整容を行います。</li> </ul>
リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等により、利用者の状況に適合した<b>機能回復ex等</b>を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。</li> <li>・生活リハビリの観点から、各種リクリエーションを通じて身体機能の低下を防止するよう努めます。</li> </ul>
健康管理と緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴前等に血圧、体温のチェックを行い、健康状態をチェックさせていただきます。</li> <li>・サービス提供中に、事故等が発生した場合には、速やかに利用者の家族等に連絡するとともに、応急手当、病院への搬送、救急車の手配等を行います。</li> </ul>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持ってこれに応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。</li> </ul>

## 5. 利用料

### (1) 法定給付内サービス

区分	利用料
法定代理受領の場合	通所(予防)リハビリテーションにかかる介護報酬額の総額から保険負担分を引いた金額(各種加算がある場合は、加算合計後の総額)
法定代理受領でない場合	通所(予防)リハビリテーションにかかる介護報酬額の総額(各種加算がある場合は、加算合計後の総額)

#### ① 通所リハビリテーション 基本サービス費

介護報酬単位数(1単位=10.83円)

※1割負担の場合

			単位数	円に換算	自己負担額/日	
基本単位	提供時間 9:15~16:30	要介護1	762	8,252円	825円	
		要介護2	903	9,779円	977円	
		要介護3	1,046	11,328円	1,132円	
		要介護4	1,215	13,158円	1,315円	
		要介護5	1,379	14,948円	1,494円	
	提供時間 ① 8:40~9:55 ② 10:00~11:15 ③ 13:10~14:25 ④ 14:30~15:45 ※①~④のいずれか	要介護1	369	3,964円	397円	
		要介護2	398	4,278円	428円	
		要介護3	429	4,614円	462円	
		要介護4	458	4,928円	493円	
		要介護5	491	5,275円	528円	

#### <通所リハビリテーション加算>

(1単位=10.83円)

※1割負担の場合

入浴介助加算(Ⅱ)	64円/回	浴室での動作及び浴室環境を評価し、福祉用具の導入等、環境整備に係る入浴計画を作成し、介助軽減に繋がるような入浴サービスを行う
短期集中リハビリテーション実施加算	120円/回	退院(所)認定より3ヵ月以内に個別にリハビリを行った場合
退院時共同指導加算	649円/回	退院後早期に連続的で質の高いリハビリを行うため、リハ職員が退院前カンファレンスに参加し医療機関と連携した場合。

科学的介護推進体制加算	43円/月	利用者に係るデータ (ADL・栄養・口腔・嚥下・認知等) を厚生労働省に提出し、戻ったデータの分析結果情報から、計画や対応の改善に役立てる加算です。
リハビリテーション提供体制加算 (1日利用)	31円/回	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が常勤で、2名以上配置することで、リハビリ体制が整備されている事業所が算定できる加算です。
理学療法士等体制強化加算 (短時間)	32円/回	〃
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	6円/6か月	利用開始時および利用中6ヵ月毎に口腔・栄養状態について確認を行い、利用者様の健康状態に係る情報 (医師、歯科医師、管理栄養士等への相談提言も含) を介護支援専門員に文書で情報提供し、病気の発症や再発等の予防に役立てる加算です。
栄養アセスメント加算	55円/月	利用者毎に、管理栄養士、リハビリ職員、介護職員等の職種が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者または家族に対し、その結果を説明し、相談などに応じて、対応していきます。
通所リハ処遇改善加算Ⅰ	1月の所定総単位数に8.6%をかけたもの	良質なサービスを提供するため職員の資質の向上、技術能力の向上にあてられます
サービス提供強化体制加算Ⅰ (Ⅰ)	24円	介護職員のうち一定以上、介護福祉士資格者がいる場合や勤務年数の長い介護福祉士の割合が高い場合
リハビリマネジメント加算21 (同意日の属する日から6か月以内)	642円/月	毎月1回、ご自宅でリハ会議を開催します。リハ計画書の説明と同意、見直しに加え、ご家族や関係サービススタッフと課題や取り組みについてカンファレンスを行います。
リハビリマネジメント加算22 (同意日の属する日から6か月超)	295円/月	3か月に1回、ご自宅でリハビリ会議を開催します。以下、リハビリマネジメント加算21と同内容。

〈通所リハビリテーション減算〉

同一建物に居住する利用者についての減算	-102円
ご自身での通所およびご家族送迎についての減算	-51円/片道

② 介護予防通所リハビリテーション基本サービス費

介護報酬単位数(1単位=10.83円)

※1割負担の場合

介護度	単位数	基本料金	自己負担額
要支援1	2,268 単位/月	24,562 円/月	2,456円/月
要支援2	4,228 単位/月	45,789 円/月	4,578円/月

〈介護予防通所リハビリテーション加算〉

(1単位=10.83円)

※1割負担の場合

栄養アセスメント加算	55円	利用者毎に、管理栄養士、リハビリ職員、介護職員等の職種が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者または家族に対し、その結果を説明し、相談などに応じて、対応していきます。
退院時共同指導加算	649円/回	退院後早期に連続的で質の高いリハビリを行うため、リハ職員が退院前カンファレンスに参加し医療機関と連携した場合。
科学的介護推進体制加算	43円	利用者に係るデータ(ADL・栄養・口腔・嚥下・認知等)を厚生労働省に提出し、戻ったデータの分析結果情報から、計画や対応の改善に役立てる加算です。
予防通所リハ処遇改善加算I	1月の所定総単位数に8.6%をかけたもの	良質なサービスを提供するため職員の資質の向上、技術能力の向上にあてられます
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6円/6か月	利用開始時および利用中6ヵ月毎に栄養状態について確認を行い、利用者様の栄養状態に係る情報(医師、歯科医師、管理栄養士等への相談提言も含)を介護支援専門員に文書で情報提供し、病気の発症や再発などの予防に役立てる加算です。
サービス提供体制加算I	要支援1: 96円 要支援2: 191円	介護職員のうち一定以上、介護福祉士資格者がいる場合や勤務年数の長い介護福祉士の割合が高い場合

※日割り計算を行う場合

1. 月途中で要介護（要支援）から要支援（要介護）に変更となった場合
2. 月途中で要支援区分が変更となった場合
3. 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
4. 同一月に介護予防特定施設入居生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護  
介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を利用した場合
5. 介護予防小規模多機能型居宅介護の利用において、月途中で登録開始、契約解除  
資格取得、喪失、転入、転出、認定有効期間の開始終了等した場合

※したがって、たとえばお客様の体調不良や状態の改善又は病院への数日間の入院等により計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合であっても、利用料を日割りとして割引することはありませんのでご注意ください。

〈介護予防通所リハビリテーション減算〉

同一建物に居住する利用者についての減算	要支援 1	-408円
	要支援 2	-815円
利用を開始した日の属する月から12か月を越えた場合	要支援 1	-129円
	要支援 2	-259円

(2) 法定給付外サービス

区分	
食事の提供	一食660円
オムツの提供	当施設で用意したものをご利用いただく場合 1枚150円 ※特別な銘柄をご指定の場合、施設では対応しかねますので、あらかじめご用意ください。
日常生活に要する費用	事前に利用者又はご家族に対して説明を行い、同意して頂いた場合は実費を負担して頂きます。

6. キャンセル料

※当日利用をキャンセルした場合は、食事代を頂く予定です。前日、正午までに欠席の連絡を頂いた場合、キャンセル対応が出来ます。欠席の連絡は、確実にお願いできたらと思います。

※無断欠席が1ヶ月以上続いた場合は、利用をお断りすることがあります。

7. 支払い方法

毎月の初回利用日に前月分の請求を致しますので、お支払いをお願いいたします。お支払い頂きますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、口座引き落でお願いいたします。(事務手数料は、事業者と利用者様の折半で99円頂きます。)

## 8. 苦情・相談窓口

相 談 窓 口	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 苦情受付担当者 角田 利彦</li> <li>・ ご利用時間 (平日)9:45~16:00</li> </ul> <p>担当者まで直接またはお電話でご相談ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 苦情解決責任者 管理者 水谷 秀子</li> <li>・ 第三者委員 野澤佐吉</li> </ul> <p>(静岡県浜松市北区引佐町白岩419番地 053-542-0413) 佐藤成俊(名古屋市千種区光が丘1-18-3 0568-88-1355)</p>
所在地	名古屋市港区土古町2丁目21番地の8
電話番号	052-381-0201
FAX番号	052-381-0220

### ※当施設以外の苦情申立先

- ・ 愛知県国民健康保険団体連合会 名古屋市東区泉一丁目6番5号 電話052-971-4165
- ・ 名古屋市健康福祉局介護保険課 電話052-972-3087

## 9. 当施設ご利用にあたっての留意事項

(1)喫煙	健康増進法により館内禁煙とさせていただきます。
(2)外出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一旦施設に来所いただいた場合、ご自分で外出されるのはご遠慮ください。</li> <li>・ 徘徊行動のある方の場合は、事前に施設にその旨をお知らせください。</li> </ul>
(3)所持品の管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご自分のものはご自分で管理お願いします。</li> <li>・ 現金、貴重品はお持ちにならないようお願いいたします。盗難等ありましても施設では責任を負いかねます。</li> <li>・ 所持品には必ずお名前を記載ください。</li> <li>・ ご自分で管理できない方は、その旨を施設にお知らせください。</li> </ul>
(4)リハビリ器具の使用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用にあたっては、施設の職員に声をかけるようにしてください。</li> <li>※まちがった使用方法では危険な場合もあります。</li> </ul>
(5)施設内共用施設の使用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多くの利用者の共用されるものですので、きれいに利用するよう心掛けてください。</li> <li>・ 不注意な使用により破損等が生じた場合には、損害を賠償して頂く場合もあります。</li> </ul>
(6)宗教あるいは政治活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設内での宗教あるいは政治活動は、絶対にご遠慮ください。ご利用をお断りすることがあります。</li> </ul>
(7)伝染性疾患等の情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者が他に感染の恐れのある病気に感染した疑いがある場合には、病院受診等して頂くと共にその旨を施設までご連絡をお願いします。</li> </ul>
(8)持ち込み品の制限	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 衛生管理のため、生物やお菓子等の持ち込みはご遠慮願います。</li> </ul>
(9)本人の通所および家族送迎による通所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2F施設内に入所から、サービス提供開始となりますので、来所時の事故、転倒などにはくれぐれもご注意下さい。</li> </ul>

## 10. 非常災害時対策

非常災害対策	別途定める「社会福祉法人昌明福祉会消防計画」により、日頃から防災教育、避難訓練等に取り組むとともに、災害発生時には防災管理者の指示の元、迅速かつ適切に対応を図ります。
近隣との協力関係	地元町内会と非常時の応援・援助を約束しています。
平常時の訓練等	別途定める「社会福祉法人昌明福祉会消防計画」により、年2回、利用者の方も参加して非難訓練を行います。 随時職員の防災教育を実施しています。

## 11. 個人情報取り扱い

社会福祉法人昌明福祉会「個人情報の利用目的」「個人情報に関する基本方針」に基づき、ご契約者様とご家族様の情報に対し、適切に管理いたします。

## 12. 虐待の防止のための措置に関する事項

利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、サービス提供中に、当事業所従業者、又は、利用者間、又は、養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

## 13. サービスの終了

### (1) ご利用者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される方は施設までお申し出ください。いつでもご自由に終了できます。

### (2) 施設側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ヶ月前までに文書で通知いたします。

### (3) 自動終了

以下の場合、双方の通知等がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所された場合
- ・要介護認定区分が、非該当(自立)と判定された場合

### (4) その他

- ・ご利用者が、利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず支払われない場合。
- ・正当な理由なく無断欠席を繰り返した場合。
- ・入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。
- ・ご利用者やそのご家族が施設や職員に対し背信行為を行った場合。

以上のような場合文書等で通知しサービスの利用を終了していただくことがございます。



私は、本書面により上記重要事項の説明を受けたことをここに確認します。

個人情報使用に関して、「個人情報の利用目的」「個人情報に関する基本方針」に基づき使用されることを同意します。

令和      年      月      日

ご利用者様 署名欄

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

ご家族様 署名欄

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_