

(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)

デイケアおきな

重 要 事 項 説 明 書

当事業所は利用者に対し、通所リハビリテーションサービス及び指定介護予防通所リハビリテーションを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 経営法人

- | | | |
|-----|-------|-----------------|
| (1) | 法人名 | 医療法人社団若葉会 |
| (2) | 法人所在地 | 富山県富山市元町二丁目3-20 |
| (3) | 電話番号 | 076-421-4363 |
| (4) | 代表者氏名 | 理事長 高尾 昌明 |

2. ご利用事業所

- | | | |
|------|-----------|---|
| (1) | 事業所の種類 | 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション |
| (2) | 事業所の目的 | 医療法人社団若葉会が開設する高重記念クリニックが行う通所リハビリテーション |
| (3) | 事業所の名称 | デイケアおきな |
| (4) | 事業所所在地 | 富山県富山市元町二丁目3-20 |
| (5) | 電話番号 | 076-461-4403 |
| (6) | 管理者名 | 高尾 昌明 |
| (7) | 当事業所の運営方針 | <ol style="list-style-type: none">1 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提供にあたって、事業所の従業員は、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、利用者の心身の機能の維持・回復を図ります。2 事業の実施にあたって、関係市町村、居宅介護支援事業者、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るものとします。 |
| (8) | 開設年月日 | 平成20年4月1日 |
| (9) | 利用定員 | 1単位 15名 |
| (10) | 事業の実施地域 | 富山市 |
| (11) | 営業日 | 月曜日から金曜日まで（ただし、国民の祝日、お盆・年末年始は除く） |
| (12) | 営業時間 | 8時30分～17時30分 |

３．職員の配置状況

＜職種＞	＜常勤換算＞
医師	1 名
理学療法士	2 名以上
介護職員	1 名以上

４．当施設が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供いたします。

- (１) 介護保険の給付の対象となるサービス
- (２) 介護保険の給付の対象とならないサービス

(１) 通所利用料

要介護度と利用時間により利用料が異なります。

介護度／利用時間	1 時間以上	2 時間以上	3 時間以上	4 時間以上	5 時間以上
	2 時間未満	3 時間未満	4 時間未満	5 時間未満	6 時間未満
要介護 1	3 6 9 単位	3 8 3 単位	4 8 6 単位	5 5 3 単位	6 2 2 単位
要介護 2	3 9 8 単位	4 3 9 単位	5 6 5 単位	6 4 2 単位	7 3 8 単位
要介護 3	4 2 9 単位	4 9 8 単位	6 4 3 単位	7 3 0 単位	8 5 2 単位
要介護 4	4 5 8 単位	5 5 5 単位	7 4 3 単位	8 4 4 単位	9 8 7 単位
要介護 5	4 9 1 単位	6 1 2 単位	8 4 2 単位	9 5 7 単位	1, 1 2 0 単位

要支援 1	2, 2 6 8 単位／月
要支援 2	4, 2 2 8 単位／月

※ 介護予防通所リハビリテーションは要介護認定において要支援 1 もしくは要支援 2 と認定された方にご利用していただきます。サービス内容は通所リハビリテーションと変更ありません。

※ 介護予防通所リハビリテーション利用開始から 1 2 か月経過後、所定単位数が減算となる場合があります。

要支援 1 : ▲ 1 2 0 単位／月 、要支援 2 : ▲ 2 4 0 単位／月

(２) その他の料金

リハビリテーションマネジメント加算 (イ)	(6 月以内) 5 6 0 単位／月 (6 月超) 2 4 0 単位／月
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	(6 月以内) 5 9 3 単位／月 (6 月超) 2 7 3 単位／月
リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)	(6 月以内) 7 9 3 単位／月 (6 月超) 4 7 3 単位／月

※医師が利用者または家族に通所リハビリテーション計画を説明した場合、 リハビリテーションマネジメント加算に 270 単位／月を加算する	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位／日
リハビリテーション提供体制加算	(3 時間以上 4 時間未満) 12 単位／日
退院時共同指導加算	600 単位／回
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	(要介護 1～5) 22 単位／日
	(要支援 1) 88 単位／月
	(要支援 2) 176 単位／月
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	(要介護 1～5) 18 単位／日
	(要支援 1) 72 単位／月
	(要支援 2) 144 単位／月
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	(要介護 1～5) 6 単位／日
	(要支援 1) 24 単位／月
	(要支援 2) 48 単位／月
科学的介護推進体制加算	40 単位／月
送迎を行わない場合	▲ 47 単位／片道
レクリエーション費 (外出を含む)	実費
排泄用品及び衛生用品	実費
セラバンド代金	530 円～610 円
飲料代金	50 円～220 円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ (ロ)	所定単位数の 10.8 %を加算

※ 単位数に 10.17 円を掛けた金額が利用者様の負担金額となります。(自己負担額は介護保険負担割合証に記載の割合額となります)。

※ 通常の事業の実施地域を越えて中山間地域等へ居住する者へのサービスを提供する場合は、所定単位数の 5 %を加算いたします。

※ 感染症の流行や災害等の非常時において、特例として厚生労働省が定める基準に基づき、上記の単位数や自己負担金額が変更となる場合があります。

※ キャンセルについて

利用者の都合によりサービスを中止する場合は次のキャンセル料をいただきます。

利用日の前日までに連絡があった場合	無料
利用日の当日に連絡がなく、送迎車が ご自宅へ伺った場合	基本報酬自己負担部分の 10 % (移動費相当額)

(3) 利用料金のお支払方法

前記 (1)、(2) の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、翌月 10 日までにご請求いたします。

翌月 26 日まで口座振替または、翌月末までに現金にてお支払いお願いいたします。

5. 施設利用の留意事項

施設・設備の使用上の注意

- ① 施設、設備、敷地はその本来の用途に従ってご利用ください。
- ② 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたのにも関わらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により現状に復していただくか、又は、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ 当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはご遠慮いただきます。

6. 非常災害対策

防災設備：自動火災報知設備、誘導灯設備、避難器具設備等

防災訓練：年2回

7. 事故発生時の対応について

利用者に対する指定(予防)通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定(予防)通所リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

8. 要望及び苦情等の相談

(1) 当事業所における要望・苦情等の受付

当事業所における要望や苦情、ご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（担当者）： 久保 壮平
- 苦情解決責任者： 高尾 昌明
- 受付時間： 月曜日～金曜日（8：30～17：30）
- 電話番号： 076-461-4403

(2) 行政機関その他苦情受付期間

富山市介護保険課	所在地：富山市新桜町7-38 電話番号：076-443-2041 受付時間：8時30分～17時
富山県国民健康保険団体連合会	所在地：富山市下野字豆田995-3 電話番号：076-431-9833 受付時間：8時30分～17時
富山県福祉サービス運営適正化委員会	所在地：富山市安住町5-21

	電話番号：０７６－４３２－３２８０ 受付時間：９時～１６時
--	----------------------------------

(３) 相談・苦情対応手順

- ① 相談・苦情の発生
- ② 相談・苦情受付担当者への連絡、内容についての確認・報告
- ③ 相談・苦情解決責任者への報告
- ④ 関係職員との調整・改善策検討
- ⑤ 相談・苦情解決責任者への報告
- ⑥ 相談者への報告
- ⑦ 改善策の実施・点検

９．その他

(１) 確認

当施設ご利用にあたり毎月１回、介護保険者証等の確認をさせていただきます。

(２) サービス計画

- ① 利用者に係わる居宅サービス計画(ケアプラン)が作成されている場合には、それに沿って契約者の通所リハビリ計画を作成するものとします。また、利用者に係わる居宅サービス計画が作成されていない場合でも、通所リハビリ計画の作成を行います。その場合に、事業者は、利用者に対して、居宅介護支援事業者を紹介する等居宅サービス計画作成のために必要な支援を行うものとします。
- ② 事業者は、通所リハビリ計画について、利用者及びその家族に対して説明し、同意を得た上で決定するものとします。
- ③ 利用者に係わる居宅サービス計画が変更された場合、もしくは利用者及びその家族等の要請に応じて、通所リハビリ計画について変更の必要があるかどうかを調査し、その結果、通所リハビリ計画の変更の必要があると認められた場合には、利用者及びその家族等と協議して、通所リハビリ計画を変更するものとします。通所リハビリ計画を変更した場合には、利用者に対して書面を交付し、その内容を確認するものとします。

１０．提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施	無
外部評価の実施	無
評価結果の開示状況	-
掲載日	-

この重要事項説明書は、平成20年4月1日から施行する。

平成23年4月1日改定

平成24年4月1日改定

平成26年3月20日一部改定

平成26年4月1日一部改定

平成27年4月1日一部改定

平成27年10月1日一部改定

平成28年2月1日一部改定

令和3年4月1日一部改定

令和4年4月1日一部改定

令和4年10月1日一部改定

令和5年6月1日一部改定

令和5年11月1日一部改定

令和6年6月1日一部改定

令和7年3月21日一部改定

令和7年4月1日一部改定

令和8年6月1日一部改定

令和 年 月 日

介護サービスの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	富山県富山市元町2丁目3番20号				
	名称	若葉会 通所リハビリテーション デイケアおきな 管理者 高尾 昌明 印				

説明者	職種
〇〇〇〇	〇〇〇〇

氏名 _____ 印 _____

私は、本書面により事業者から重要な事項の説明を受けました。

利用者 住所

氏名 _____ 印 _____

代理者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

(利用者との関係:)