

静岡徳洲苑

介護予防通所リハビリテーション事業所

通所リハビリテーション事業所

重要事項説明書

(事業所の名称等)

事業を行う事業所の名称および所在地は、次のとおりとします。

名 称 静岡徳洲苑（介護予防）通所リハビリテーション
所在地 静岡市葵区牧ヶ谷 8 1 1 - 1 5
事業所番号 2254280213

(従業者の職種、員数及び職務の内容) 令和 6 年 6 月 1 日現在

事業所に勤務する職種、員数および職務内容は次のとおりとします。

管理者 1 名（常勤兼務）

管理者は、事業所の従業員の管理または業務の管理を一元的に行います。

従業者

・ 医師 1 名（常勤兼務）

医学管理全般、適正なサービス計画の作成、指導を行います。

・ 理学療法士、作業療法士 1 名以上（常勤兼務）

リハビリテーションを計画的に実施します。

・ 看護職員または介護職員

2 名以上（常勤専従）

サービス計画に基づき計画的にサービスを提供します。

・ 事務職員 1 名（常勤兼務）

必要な事務を行います。

・ 管理栄養士 1 名（常勤兼務）

食事の提供および栄養管理を行います。

(利用料、その他の費用の額)

通所リハビリテーションの費用（6時間以上7時間未満）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	715 単位	850 単位	981 単位	1,137 単位	1,290 単位
自己負担目安	739 円	878 円	1,013 円	1,175 円	1,333 円

通所リハビリテーションの費用（3時間以上4時間未満）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	486 単位	565 単位	643 単位	743 単位	842 単位
自己負担目安	502 円	584 円	664 円	768 円	870 円

各種加算

介護保険 自己負担 目安	リハビリテーション提供体制加算 1	12 円/回※1	
	リハビリテーション提供体制加算 4	25 円/回※1	
	リハマネジメント加算 A	613/月※2	282 円/月※3
	短期集中個別リハ加算 1	114 円/回※4	
	科学的介護推進体制加算	41 円/月※5	
	サービス提供体制強化加算 I	23 円/日※6	
	入浴介助加算	41 円/日※7	62 円/日※8
	重度療養管理加算	103 円/日※9	
	若年性認知症利用者受入加算	62 円/日※10	
	栄養アセスメント加算	52 円/月※11	
	口腔機能向上加算	155 円/回※12	165 円/回※13
	認知症短期集中リハビリ加算	248 円/日※14	
	生活行為向上リハビリ実施加算	1,291 円/月※15	
	移行支援加算	12 円/日※16	
	中重度者ケア体制加算	21 円/日※17	
	介護職員処遇改善加算	所定単位数の 1000/86※18	
実費	食費	700 円/1 食※19	

※介護報酬改定により変更となる場合がございます。

*単位数に 10.33 円を乗じた金額の負担割合証に記載された割合（1割、2割、3割）が自己負担となります。

※上記料金は、1割負担の場合となります。2割・3割負担の場合は、別途「利用料金表」をご参照ください。

※1 理学療法士が適切に配置されリハビリマネジメントに基づくリハビリを提供していることへの加算となります。

※2 医師・理学療法士・作業療法士等が共同して、利用者様ごとのリハビリ実施計画を作成し定期的に評価を行い、リハビリ会議を開催するなどご家族や介護支援専門員と情報を共有、さらにリハビリ計画書の情報を厚生労働省へ提出し、リハビリの提供にあたって有効な情報を活用している場合に加算いたします。

- ※3 ※2に加え、6月を超えた期間に加算いたします。
- ※4 退院（所）日又は認定日から起算して1月を超え3月以内の期間に1週に概ね2回以上、1回あたり20分以上の個別リハビリを行った場合に加算します。
- ※5 厚生労働省へ計画書などデータを提出してフィードバックを活用したサービスを提供、科学的介護の取組を推進したことへの評価の加算となります。
- ※6 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であることの加算となります。
- ※7 入浴介助を行った場合に加算いたします。
- ※8 個別の入浴計画を作成した場合に加算いたします。
- ※9 要介護3以上であり、別に厚生労働省が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合
- ※10 若年性認知症利用者に対して通所リハビリテーションを行った場合に加算します。
- ※11 管理栄養士が介護職員等と連携して栄養アセスメントを行った場合に加算いたします。
- ※12 口腔機能が低下している利用者に対して口腔指導・訓練を行った場合に加算いたします。
- ※13 ※14に加えて、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出をし、有効な情報を活用している場合に加算いたします。
- ※14 認知症の利用者に対して退院（所）日又は認定日から起算して1月を超え3月以内の期間に生活機能を改善するためのリハビリを1週間に2回行った場合に加算いたします。
- ※15 生活行為（排泄、入浴、調理、買物、趣味活動など）の内容の充実を図るための目標を踏まえたリハビリを提供した場合に加算いたします。
- ※16 通所介護事業所への移行を支援した場合に加算いたします。
- ※17 介護度3以上の中重度者を受け入れる体制を構築した事業所への加算となります。
- ※18 介護職員処遇改善加算は介護報酬において、事業所における処遇改善を評価し、確実に処遇改善を担保するために必要な対応を講ずることのための加算です。
- ※19 実費となります。おやつも含まれます

介護予防通所リハビリテーションの費用（1月につき）

要介護度	要支援 1	要支援 2
単位	2,268 単位	4,228 単位
自己負担目安	2,343 円	4,368 円

各種加算

	サービス提供体制強化加算 I	91 円/月※2	182 円/月※2
	科学的介護推進体制加算	41 円/月※3	
	栄養アセスメント加算	52 円/月※4	
	口腔機能向上加算	155 円/回※5	165 円/回※6
	生活行為向上リハビリ加算	577 円/月※7	
	若年性認知症利用者受入加算	248 円/月※8	
	一体型サービス提供加算	496 円/月※9	
	介護職員処遇改善加算	所定単位数の 1000/86※10	
実費	食費	700 円/1 食※11	

※介護報酬改定により変更する場合がございます。

*単位数に 10.33 円を乗じた金額の負担割合証に記載された割合（1割、2割、3割）が自己負担となります。

※上記料金は、1割負担の場合となります。2割・3割負担の場合は、別途「利用料金表」をご参照ください。

※1 医師・理学療法士・作業療法士等が共同して、運動機能の向上を目的としてリハビリを行い、利用者様ごとのリハビリ実施計画を作成し定期的に評価を行います

※2 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上であることの加算となります。

※3 厚生労働省へ計画書などデータを提出してフィードバックを活用したサービスを提供、科学的介護の取組を推進したことへの評価の加算となります。

※4 管理栄養士が介護職員等と連携して栄養アセスメントを行った場合に加算いたします。

※5 口腔機能が低下している利用者に対して口腔指導・訓練を行った場合に加算いたします。

※6 ※4 に加えて、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出をし、有効な情報を活用している場合に加算いたします。

※7 生活行為（排泄、入浴、調理、買物、趣味活動など）の内容の充実を図るための目標を踏まえたリハビリを提供した場合に加算いたします。

※8 若年性認知症利用者に対して通所リハビリテーションを行った場合に加算します。

※9 口腔ケア・栄養指導・リハビリを一体的に実施した場合に加算いたします。

※10 介護職員処遇改善加算は介護報酬において、事業所における処遇改善を評価し、確実に処遇改善を担保するために必要な対応を講ずることのための加算です。

※11 実費となります。おやつも含まれます

(通常の事業の実施地域)

通常の事業の実施地域は、静岡市葵区・駿河区とします。

(通所リハビリテーション・予防介護通所リハビリテーションの利用定員)

通所リハビリテーションの利用定員は、介護予防通所リハビリテーションの利用者と合算して1単位18名とします。

(営業日及び営業時間・サービス提供時間、延長の有無)

事業所の営業日および営業時間は、次のとおりとします。

1. 営業日 月曜日から土曜日
2. 営業時間 8時30分から17時00分
3. サービス提供時間 8時30分から17時00分
4. 延長の有無 有

(通所リハビリテーション・予防介護通所リハビリテーションの内容)

通所リハビリテーションは、医学管理のもとで要介護者に対する心身の機能回復のため、医師等の従業者が共同で作成したリハビリテーション計画に基づき、下記(1)を目的とし(2)の訓練等を行います。

(1) 目的

- ①ADL低下防止
- ②QOLの維持、向上
- ③寝たきりの防止
- ④社会性の維持、向上
- ⑤精神状態の改善
- ⑥その他、利用者の状態改善

(2)訓練等

- ①パワーリハビリテーション
- ②運動療法
- ③物理療法
- ④ADL訓練
- ⑤自助具適用、使用訓練

(サービス利用に当たっての留意事項)

1. 服 装：リハビリテーション等に支障のないように動きやすい服装であること。
2. 履 物：運動靴またはリハビリシューズで極力参加すること。
3. 連絡帳：ご家族と当事業所が、お互いに連絡をとるために必要です。特に状態の変化があった場合や利用日の変更の場合にご記入ください。
4. 利用日の変更：
あらかじめ、わかっている場合には、連絡帳または前日の午後6時までに電話連絡をお願いします。(突発の際は当日の午前8時半まで)
なお、当日キャンセルの場合は、食事代金700円をいただきます。

(利用料)

1. 利用者および身元引受人等は、事業者からサービスを受けた場合、事業者に対して、「重要事項説明書」および「利用料金表」に記載された内容に従って作成された請求書および明細書に対して、連帯して利用料の自己負担分を支払う義務があります。
2. 利用者または身元引受人等から利用料の支払いを受けた場合は、事業者は領収書を発行します。
3. 当事業所は静岡市（6級地）にありますので、地域加算として単位数に10.33円を乗じた金額の負担割合証に記載された割合（1割、2割、3割）が自己負担となります。「重要事項説明書」に記載の料金は1割負担の記載となりますので、2割または3割負担の場合は、別途「利用料金表」をご参照ください。
4. 事業者が、利用者または身元引受人のいずれか一方に対し履行の請求をした場合は、他の者に対しても履行の請求をしたものとみなします。

(保証)

1. 連帯保証人は、利用者および身元引受人と連帯して、この契約から生じる利用者および身元引受人の債務を負担するものとします。この契約が更新された後も同様とします。
2. 前号の連帯保証人の負担は、署名押印欄に記載する極度額を限度とします。
3. 連帯保証人が負担する債務の元本は、次のいずれかに該当するときに、確定するものとします。
 - ① 利用者または連帯保証人が死亡したとき。
 - ② 連帯保証人が破産手続きの決定を受けたとき
4. 前号に規定する場合または連帯保証人が資力を失った場合は、利用者または身元引受人は、ただちにその旨を事業者へ通知するとともに、事業者の承諾する新たな連帯保証人に保証委託するものとします。

5. 前号の場合において新たに事業者との間で連帯保証契約を締結した連帯保証人は、第1号に定める義務を負うものとします。
6. 事業者は、連帯保証人の請求があったときは、遅滞なく、利用者及び身元引受人の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者及び身元引受人の事業者に対する全ての債務の額等に関する情報を提供します。

(秘密保持・個人情報の保護)

1. 事業者およびその職員は、業務上知り得た利用者、その家族等の秘密および個人情報または身元引受人の秘密を漏らしません。
2. 事業者は、従業員が退職後、在職中に知り得た利用者、その家族または身元引受人の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。
3. 事業者は、居宅介護支援事業者等必要な機関に対し、利用者、その家族または身元引受人に関する情報を提供する場合には、事前に文書により各関連する者の同意を得ることとします。
4. 利用者の生命、身体または財産を損なう恐れのある緊急の場合には、必要とする情報に限り事前に文書による同意を得ずに他の機関に情報を提供できるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

(苦情処理・相談対応)

利用者、またはそのご家族からの苦情・相談には全職員が内容を把握し適正かつ迅速に対応することとする。また、苦情処理簿作成し内容を記載・保管する事とする。

苦情相談窓口：事務受付

苦情対応責任者：小野寺智久（事務長）

連絡先電話番号：054-277-3300

<次の公的機関においても、苦情申出等ができます。>

静岡市介護保険課：054-221-1088

国保連介護保険課：054-253-5590

(非常災害対策)

事業所は、事業所管理者を防災担当及び火元責任者とし、別途定める「徳洲苑消防計画」により非常災害時の対応をおこないます。

1. 事業所は上記「徳洲苑消防計画」に基づき年2回、防災訓練を行います。
2. 台風等自然災害が発生または発生が予測される場合の営業については、送迎時の車の走行の安全を確保できるか否かを判断し、サービスの提供を中止とする場合があります。具体的には、大雨・洪水・強風などの警報が3つ以上発令されている場合に、事業所から利用者に連絡を入れます。降雪等により送迎が困難な場合についても同様の対応といたします。

(事故発生時の対応)

1. 利用者に対する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、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
2. 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
3. 利用者に対する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。

(緊急時の対応方法について)

サービス提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡する等の必要な措置を講じるとともに、管理者に報告する。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとします。

(虐待防止に関する事項)

1. 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のための次の措置を講ずるものとします
 - ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - ③ その他虐待防止のために必要な措置
2. 事業所はサービス提供中に、当該事業所の従業者または養護者（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、これを市町村に通報するものとします。

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組			あり
第三者による評価の実施状況	なし	結果の公表	なし

(その他運営に関する重要事項)

この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、静岡徳洲苑、通所リハビリテーション事業所・介護予防通所リハビリテーション事業所が定めるものとします。

令和3年10月1日版

令和4年6月1日改訂

令和4年10月1日改訂

令和6年6月1日改訂

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記の内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第8条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業所	所在地	静岡県静岡市葵区牧ヶ谷 811-15
	法人名	医療法人 徳洲会
	代表者名	後藤 晴香
	事業所名	静岡徳洲苑（介護予防）通所リハビリテーション
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受け同意しました。

利用者	住所	〒
	氏名	Ⓜ

代理人／ 身元引受人 (自筆)	住所	〒
	氏名	Ⓜ

(介護予防) 通所リハビリテーション契約書

- 1) 事業所の名称
- 2) 従業者の職種、員数及び職務の内容
- 3) (介護予防) 通所リハビリテーションの利用定員数
- 4) 営業日及び営業時間、サービス提供時間、延長の有無
- 5) (介護予防) 通所リハビリテーションの内容及び利用料、その他の費用の額
- 6) 通常の事業の実施地域
- 7) サービス利用に当たっての留意事項
- 8) 秘密保持、個人情報の保護
- 9) 苦情処理、相談対応
- 10) 非常災害対策
- 11) 事故発生時の対応
- 12) 緊急時の対応方法
- 13) 虐待防止に関する事項

上記内容等を重要事項説明書により確認、同意いたしました。

この契約の成立を証するため、本書2通作成し、甲及び乙は、記名捺印の上、各自その1通を保有することとします。

(介護予防) 通所リハビリテーション利用料支払同意書

静岡徳洲苑（介護予防）通所リハビリテーション 静岡徳洲苑契約内容および重要事項についての説明を受け、自己負担金等の内容を十分理解した上で利用料の支払いについて同意します。

(介護予防) 通所リハビリ利用契約における個人情報使用同意書

私またはその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、通所リハビリ等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合

2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、前項に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

3 個人情報の内容(例示)

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護を行うために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ・認定調査票（85項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知票）
- ・その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人または家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得るものをいいます。

4 使用する期間 登録申し込み日～退所するまで

(介護予防) 通所リハビリテーション登録申込書

管理者 後藤 晴香 殿

- 契約書・重要事項同意書
- 利用料支払同意書
- 個人情報使用同意書

上記内容の説明を事業者から確かに受け内容を十分理解した上で同意し、登録を申し込みます。

年 月 日

契 約 期 間	年 月 日 より ※契約は利用者、身元引受人から申出がないかぎり、同一の内容で継続します。
利 用 者 氏 名	印
利 用 者 住 所 / 連 絡 先	〒 通常連絡先Tel - - 緊急連絡先Tel - -
代理人/身元引受人 氏 名 (自筆)	印 (利用者との関係:)
代理人/身元引受人 住 所 / 連 絡 先 (自筆)	〒 通常連絡先Tel - - 急連絡先Tel - -

連帯保証人として利用者、身元引受人と連帯しその義務を履行します。

連 帯 保 証 人 氏 名 (自筆)	印 (利用者との関係:)	極度額 100,000 円
連 帯 保 証 人 住 所 / 連 絡 先 (自筆)	〒 通常連絡先Tel - - 緊急連絡先Tel - -	

住 所 静岡県静岡市葵区牧ヶ谷 811-15
事業者 医療法人 徳洲会
事業所名 静岡徳洲苑 (介護予防) 通所リハビリテーション
管理者 後藤 晴香 印