

重要事項説明書

あなたに対する通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第114条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 三幸福社会
主たる事務所の所在地	〒674-0051 兵庫県明石市大久保町大窪3104-1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 池田ひとみ
電話番号	(078) 934-0800

2. ご利用施設

施設の名称	通所リハビリテーション デイケアサービス 清華苑すいすい
施設の所在地	〒674-0051 兵庫県明石市大久保町大窪3107-5
都道府県知事許可番号	2852080072
施設長の氏名	井本しおん
電話番号	(078) 934-0616
ファクシミリ番号	(078) 934-0316

3. 事業の目的と運営の方針

(1) 事業の目的

通所リハビリテーションの事業は、要介護状態等となった場合においても、その利

利用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、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものです。その効果は、利用者の社会的孤立感や閉じこもりを防止し、社会の一員としての意欲を維持します。

また、介護老人保健施設の入所者が在宅復帰した後にも、入所時と同じリハビリテーションを受けることができるという点で、在宅支援サービスの一角を担うものでもあり、介護を行う家族の負担を軽減する目的も備えています

（2）運営の方針

- ・地域の利用者の方々との出会いを大切に、「ここに来れば安心だ」と思ってもらえるような施設を目指しています。
- ・私達の提供するものは、「生きていてよかった」とほんの一瞬でも頬を緩めていただけるようなサービスです。
- ・そのサービスは、「ごく当たり前のことを当たり前」に提供することです。決して、「いんぎんな」ものでも「ぞんざいな」ものでも、「なれなれしい」ものでもありません。一人ひとりの職員の心暖かい気持ちを表現するものです。
- ・利用者が困っておられるときには素速く対応し、利用者が希望されないことは押しつけません。その方にとっての「普通の生活」を実現しようと努力し、地域の信頼と安心をお届けするのが私達のサービスです。

4. 営業日および営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土曜日（除：祝日・12月30日～1月3日）
営業時間	9時50分～16時15分（土曜日 9時50分～15：30分）

5. 通常の実施地域

- ・明石市全区域、神戸市西区竜が岡・岩岡町・平野町、加古郡播磨町（左記以外の地域でもご相談に応じます。）

6. 設備の概要

デイルーム	100.33㎡
浴室	一般浴槽（1）・特殊浴槽（1） 75.82㎡
歩行訓練用プール	32.38㎡
送迎車	専用車8台
利用定員	33名（2単位） （第1：18名、第2：15名）

7. 職員の体制

従業員の職種	員数	職務の内容	保有資格
管理者（施設長）	1名	従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行います。また法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	医師
医師（管理者兼務）	1名以上	利用者の健康管理や療養上の指導を行います。	医師
薬剤師	1名以上	医師の指示に基づき、調剤、薬剤管理及び服薬指導を行います。	薬剤師
支援相談員	基準の 人員以上	利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導や介護に関する相談及び援助等を行います。	社会福祉士又は社会福祉主事

介護職員	基準の 人員以上	介護計画に基づき、利用者の心身に応じた日常生活上の世話を適切に行います。	介護福祉士 など
看護職員	基準の 人員以上	利用者の心身の状況等の把握及び利用者の健康管理や静養のための必要な措置を行います。	看護師又は准 看護師
管理栄養士	1名以上	適切な栄養管理及び栄養改善サービスの提供を行います。	管理栄養士
理学療法士・ 作業療法士・ 言語聴覚士	基準の 人員以上	運動機能検査、作業能力検査等を基に、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、必要な理学療法、作業療法、その他のリハビリテーションを行います。	理学療法士・ 作業療法士・ 言語聴覚士
事務員	1名以上	介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	
調理員	基準の 人員以上	利用者に提供する食事の調理を行います。	調理師など

8. サービスの内容

サービスの種別	内 容
送迎	・リフト付特殊送迎車などで、ご利用者のご自宅から施設まで、送迎をします。
食事	◎食事時間： ・昼食 12時～ ・おやつ 15時30分～

	<p>◎<u>その他</u>：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提供する食事は、管理栄養士の管理のもと、ご利用者の嗜好および栄養を考慮し、当事業所内の調理室において職員が調理した上、温冷配膳車にて提供します。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・一般浴槽と特殊浴槽の設備があり、ご利用者の身体状態にあわせて、いずれの設備も利用可能です。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法・作業療法・言語療法・水治療等。
健康チェック管理	<ul style="list-style-type: none"> ・問診（一般状態の観察）、バイタルサインチェック、体重測定、健康相談、医療機関との連携。
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者とそのご家族からの生活相談に応じます。何なりとご相談ください。

9. 利用料金

（1）介護保険の給付対象となる利用料金

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として介護負担割合証に記載の割合となります。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

また、あなたがまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただき、要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻される償還払いになる場合がございます。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も同様（償還払い）となります。償還払いとなる場合、あなたが保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

①通所リハビリテーション基本料金（所要時間6時間以上7時間未満）（月～金）

区分	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
<input type="checkbox"/> 要介護1	739円	1,477円	2,216円
<input type="checkbox"/> 要介護2	878円	1,756円	2,634円
<input type="checkbox"/> 要介護3	1,014円	2,027円	3,040円
<input type="checkbox"/> 要介護4	1,169円	2,337円	3,505円
<input type="checkbox"/> 要介護5	1,333円	2,665円	3,998円

②通所リハビリテーション基本料金（所要時間5時間以上6時間未満）（土）

区分	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
<input type="checkbox"/> 要介護1	643円	1,285円	1,928円
<input type="checkbox"/> 要介護2	763円	1,525円	2,287円
<input type="checkbox"/> 要介護3	881円	1,761円	2,641円
<input type="checkbox"/> 要介護4	1,020円	2,039円	3,059円
<input type="checkbox"/> 要介護5	1,157円	2,314円	3,471円

③介護予防通所リハビリテーション基本料金

区分	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
<input type="checkbox"/> 要支援1	2,343円	4,686円	7,029円
<input type="checkbox"/> 要支援2	4,368円	8,735円	13,103円

④入浴、リハビリマネジメント、口腔機能向上加算等（要介護）

	自己負担額 （1割）	自己負担額 （2割）	自己負担額 （3割）

リハビリテーション提供体制加算 4 (6 時間以上 7 時間未満)	2 5 円	5 0 円	7 5 円
入浴介助加算 (I)	4 2 円	8 3 円	1 2 4 円
入浴介助加算 (II)	6 2 円	1 2 4 円	1 8 6 円
リハマネ加算(イ) 開始日から 6 月以内	5 7 9 円	1, 1 5 7 円	1, 7 3 6 円
リハマネ加算(イ) 開始日から 6 月超	2 4 8 円	4 9 6 円	7 4 4 円
リハマネ加算(ロ) 開始日から 6 月以内	6 1 3 円	1, 2 2 5 円	1, 8 3 8 円
リハマネ加算(ロ) 開始日から 6 月超	2 8 2 円	5 6 4 円	8 4 6 円
リハマネ加算(ハ) 開始日から 6 月以内	8 2 0 円	1, 6 3 9 円	2, 4 5 8 円
リハマネ加算(ハ) 開始日から 6 月超	4 8 9 円	9 7 8 円	1, 4 6 6 円
施設医師がご利用者に説明し、同意を得た場合	2 7 9 円	5 5 8 円	8 3 7 円
短期集中リハビリテーション実施加算	1 1 4 円	2 2 8 円	3 4 1 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)	2 4 8 円	4 9 6 円	7 4 4 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)	1, 9 8 4 円	3, 9 6 7 円	5, 9 5 0 円
若年性認知症利用者受入加算	6 2 円	1 2 4 円	1 8 6 円

生活行為向上リハビリテーションマネジメント加算(開始日から6か月以内)	1,292円	2,583円	3,874円
栄養アセスメント加算	52円	104円	155円
栄養改善加算(月2回程度)	207円	414円	620円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回程度)	21円	42円	62円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回程度)	6円	11円	16円
口腔機能向上加算(Ⅰ) (月2回を限度)	155円	310円	465円
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ (月2回を限度)	161円	321円	481円
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ (月2回を限度)	166円	331円	496円
重症療養加算(1日につき)	104円	207円	310円
中重度ケア体制加算(1日につき)	21円	42円	62円
科学的介護推進体制加算(1月につき)	42円	83円	124円
事務所が送迎を行わない場合 (片道につき)	-49円	-97円	-146円
退院時共同指導加算	620円	1,240円	1,860円
移行支援加算	13円	25円	37円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	23円	46円	69円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	19円	37円	56円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	7円	13円	19円

⑤運動器機能向上サービス、口腔機能向上加算等（要支援）

	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
生活行為向上リハビリテーション 実施加算	581円	1,161円	1,742円
若年性認知症利用者受入加算	248円	496円	744円
利用を開始した日の属する月から 起算して12月を超えた期間に利用 した場合	<input type="checkbox"/> 支援1 -124円 <input type="checkbox"/> 支援2 -248円	<input type="checkbox"/> 支援1 -248円 <input type="checkbox"/> 支援2 -496円	<input type="checkbox"/> 支援1 -372円 <input type="checkbox"/> 支援2 -744円
一体的サービス提供体制加算	496円	992円	1,488円
退院時共同指導加算	620円	1,240円	1,860円
栄養アセスメント加算（1月につ き）	52円	104円	155円
栄養改善加算（1月につき）	207円	414円	620円
口腔・栄養スクリーニング加算 （I） （6月に1回限度）	21円	42円	62円
口腔・栄養スクリーニング加算 （II） （6月に1回限度）	6円	11円	16円
科学的介護推進加算（1月につき）	42円	83円	124円
口腔機能向上加算（I） （月2回を限度）	155円	310円	465円

口腔機能向上加算（Ⅱ） （月2回を限度）	166円	331円	496円
サービス提供体制加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/> 支援1 91円 <input type="checkbox"/> 支援2 182円	<input type="checkbox"/> 支援1 182円 <input type="checkbox"/> 支援2 364円	<input type="checkbox"/> 支援1 273円 <input type="checkbox"/> 支援2 546円
サービス提供体制加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/> 支援1 75円 <input type="checkbox"/> 支援2 149円	<input type="checkbox"/> 支援1 149円 <input type="checkbox"/> 支援2 298円	<input type="checkbox"/> 支援1 223円 <input type="checkbox"/> 支援2 447円
サービス提供体制加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/> 支援1 25円 <input type="checkbox"/> 支援2 50円	<input type="checkbox"/> 支援1 50円 <input type="checkbox"/> 支援2 99円	<input type="checkbox"/> 支援1 75円 <input type="checkbox"/> 支援2 149円

※介護職員の処遇改善と更なる資質向上の取り組み、雇用管理の改善や労働環境の改善を進める事業所に対して、1月に総単位数（所定単位数）の8.6%が介護職員等処遇改善加算として算定されます。

（2）介護保険の給付対象とならない利用料金

①昼食の食費 1日あたり、700円（含：おやつ代100円）

②日用品費 1日あたり、100円（含：タオルリース料 飲料代）

②その他

- ・事業所が定めた日用品費または教養娯楽費以外に個別要望にて購入された物品および外出費用等は実費負担となります。

（3）利用者負担金の支払い

- ・当施設は、ご利用者が指定する送付先に対し、当該月の料金の合計額の請求書及び明細書を、その翌月の15日までに送付します。ご利用者は、当施設に対し、当該月の料金の合計額をその翌月27日までにお支払いください。
- ・なお、支払い方法は、双方が合意した方法によります。

10. キャンセル料

- ・ご利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をいただきます。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではありません。

ご利用日の前営業日の午後5時までにご連絡をいただいた場合	無料
ご利用日の前営業日の午後5時までにご連絡をいただかなかった場合	食費の100% (700円)

11. 身体的拘束等の禁止

- ・事業所はサービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等その他利用者の行動を制限する行為は行いません。また身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

12. 虐待防止に関する事項

- ・事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、

その結果について、従業者に周知徹底を図る。

(2) 虐待の防止のための指針を整備する。

(3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。

(4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

- ・事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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、これを市町村に通報します。

1 3. 業務継続計画の策定等

- ・事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- ・事業所は、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実施します。
- ・事業所は、定期的業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 4. 認知症への対応力向上に向けた取り組み

- ・事業所は、全ての介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

15. 苦情等申立窓口

- ・当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、営業時間内に当施設ご利用相談室（窓口担当者の支援相談員：電話078-934-0616）までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

◎介護保険制度・居宅支援事業・サービス提供に関する相談窓口一覧

(1) デイケアサービス清華苑すいすいの相談窓口

デイケアサービス 清華苑すいすい	苦情受付責任者 井本 しおん（施設長） 苦情受付担当者 竹本 葉名（支援相談員）
所在地	〒674-0051 明石市大久保町大窪3107-5
連絡先電話番号	電話 078（934）0616 FAX 078（934）0316

(2) 介護保険制度全般に関する相談窓口

兵庫県国民健康 保険団体連合会	〒650-0021 神戸市中央区三宮町1丁目9番1 -1801号	電話 078（332）5617
--------------------	--	--------------------

(3) 福祉サービスに関する苦情相談窓口

兵庫県福祉サー ビス運営適正化 委員会	〒651-0062 神戸市中央区坂口通2丁目1-18 兵庫県福祉センター内	電話 078（242）6868
---------------------------	---	--------------------

(4) 明石市在住の利用者の方の介護保険相談窓口

明石市福祉局 高齢者総合支援 室（介護保険）	〒673-8686 明石市中崎1丁目5番1号	電話 078（918）5091
------------------------------	---------------------------	--------------------

明石市福祉局 福祉施設安全課	〒673-8686 明石市中崎1丁目5番1号	電話 078（918）5279
-------------------	---------------------------	--------------------

(5) その他の市区町村の方

※お住まいの地域の市町村役所の介護保険窓口で相談が出来ます。

16. 緊急時の対応方法

- ・サービスの提供中に、ご利用者の体調の急変等があった場合は、ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。または、必要に応じて、速やかに主治の医師に連絡を取る（事前に主治の医師の申し出がある場合）か、当施設の協力医療機関と連絡をとり、救急治療あるいは救急入院等必要な措置が受けられるようにします。

私は、本書面に基づいて、貴施設の職員（支援相談員）から、上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

(利用者 甲)

住 所
氏 名

(署名代行者)

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ上記署名を代行しました。

住 所
氏 名
署名を代行した理由

(利用者の家族等)

住 所
氏 名
続 柄

令和6年6月1日改定