

# 通所リハビリテーション及び介護予防リハビリテーション重要事項説明書

## 1. 事業者の概要

名称・法人種別	社会医療法人 孝仁会
主たる所在地	釧路市芦野1丁目27番1号
法人種別	医療法人 孝仁会
代表者名	理事長 齋藤 孝次
電話番号	0154-37-5512

## 2. 事業所の概要

### (1) ご利用事業所

事業所の名称	釧路脳神経外科デイケアセンター
指定番号	0114113079
所在地	釧路市芦野1丁目27番1号
電話番号	0154-37-8898
FAX 番号	0154-37-8806

### (2) 事業の目的と運営方針

事業の目的	通所リハビリは介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように生活機能の維持又は向上を目指し、サービスを提供します。
運営方針	釧路脳神経外科デイケアセンターは利用者の皆様が安心して通所でき、またご家族が安心して預けられる事業所を目指してまいります。

### (3) 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	人数	区分				常勤換算後の人員	保有資格
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者（医師）	1		1			1	
介護福祉士	7	7				7	介護福祉士 7名
管理栄養士	1			1		0.1	管理栄養士 1名
理学療法士	3	3				3	理学療法士 3名
作業療法士	1	1				1	作業療法士 1名
言語聴覚士	1	1				1	言語聴覚士 1名
看護師	1		1			0.1	看護師 1名
准看護師	1	1				1	准看護師 1名

### (4) 事業の実施地域

事業の実施地域	釧路市（旧阿寒町、旧音別町除く）・釧路町せり太圏域
---------	---------------------------

(5) 営業日

営業日	・月曜日～土曜日 (ただし、お盆[8/13～8/16 の内 2 日間]、年末年始[12/30～1/3]、開院記念日[12/4]、事業所の都合により休業とする日を除く)
営業時間	8:30～17:30

3. サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付サービス

ア サービス内容

種類	内 容
食事の介助	食事時間 12:00 ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・食事サービスの利用は任意です。
排せつの介助	・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。
入浴の介助	・入浴または清拭を行います。
レクリエーション、 趣味活動等	・利用者の生活面での指導、援助を行います。 ・各種レクリエーションを実施します。
機能訓練	・リハビリスタッフによる通所者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。 ・各種運動療法など身体的・精神的に充実したサービスを提供します。
相談及び援助	利用者とその家族からの相談に応じます。

イ 費用

介護保険の適用のある場合は、介護保険負担割合証の割合額となります。

【介護予防リハビリテーション】

- ・ 利用を開始した日に属する月から起算して 12 ヶ月まで
- ・ あるいは、12 ヶ月を超えても、3 ヶ月に一度以上リハビリテーション会議を開催し、厚生労働省に情報を提供・活用している場合 1 月あたり

区分	利用料	利用料 (自己負担分) 1 割	利用料 (自己負担分) 2 割
要支援 1	22,680 円	2,268 円	4,536 円
要支援 2	42,280 円	4,228 円	8,456 円

- ・ 利用を開始した日に属する月から起算して 12 ヶ月を超えた場合 1 月あたり

区分	利用料	利用料 (自己負担分) 1 割	利用料 (自己負担分) 2 割
要支援 1	21,480 円	2,148 円	4,296 円
要支援 2	39,880 円	3,988 円	7,976 円

【通所リハビリテーション】

- ①所定時間 1 時間以上 2 時間未満 (8:30～17:30) 1 日あたり

区分	利用料	利用料 (自己負担分) 1 割	利用料 (自己負担分) 2 割
----	-----	-----------------	-----------------

要介護1	3,690円	369円	738円
要介護2	3,980円	398円	796円
要介護3	4,290円	429円	858円
要介護4	4,580円	458円	916円
要介護5	4,910円	491円	982円

②所定時間 2 時間以上 3 時間未満 (8:30~17:30) 1 日あたり

区分	利用料	利用料 (自己負担分) 1 割	利用料 (自己負担分) 2 割
要介護1	3,830円	383円	766円
要介護2	4,390円	439円	878円
要介護3	4,980円	498円	996円
要介護4	5,550円	555円	1,110円
要介護5	6,120円	612円	1,224円

③所定時間 3 時間以上 4 時間未満 (8:30~17:30) 1 日あたり

区分	利用料	利用料 (自己負担分) 1 割	利用料 (自己負担分) 2 割
要介護1	4,860円	486円	972円
要介護2	5,650円	565円	1,130円
要介護3	6,430円	643円	1,286円
要介護4	7,430円	743円	1,486円
要介護5	8,420円	842円	1,684円

④所定時間 4 時間以上 5 時間未満 (8:30~17:30) 1 日あたり

区分	利用料	利用料 (自己負担分) 1 割	利用料 (自己負担分) 2 割
要介護1	5,530円	553円	1,106円
要介護2	6,420円	642円	1,284円
要介護3	7,300円	730円	1,460円
要介護4	8,440円	844円	1,688円
要介護5	9,570円	957円	1,914円

⑤所定時間 5 時間以上 6 時間未満 (8:30~17:30) 1 日あたり

区分	利用料	利用料 (自己負担分) 1 割	利用料 (自己負担分) 2 割
要介護1	6,220円	622円	1,244円
要介護2	7,380円	738円	1,476円
要介護3	8,520円	852円	1,704円
要介護4	9,870円	987円	1,974円
要介護5	11,200円	1,120円	2,240円

⑥所定時間 6 時間以上 7 時間未満 (8:30~17:30) 1 日あたり

区分	利用料	利用料 (自己負担分) 1 割	利用料 (自己負担分) 2 割
要介護1	7,150円	715円	1,430円
要介護2	8,500円	850円	1,700円
要介護3	9,810円	981円	1,962円
要介護4	11,370円	1,137円	2,274円
要介護5	12,900円	1,290円	2,580円

## ⑦所定時間 7 時間以上 8 時間未満 (8:30~17:30)

1 日あたり

区分	利用料	利用料 (自己負担分) 1 割	利用料 (自己負担分) 2 割
要介護 1	7,620 円	762 円	1,524 円
要介護 2	9,030 円	903 円	1,806 円
要介護 3	10,460 円	1,046 円	2,092 円
要介護 4	12,150 円	1,215 円	2,430 円
要介護 5	13,790 円	1,379 円	2,758 円

## ⑧介護予防通所リハビリテーション加算 (1 月につき)

種 類		利用料	利用料の 1 割 (自己負担分)	利用料の 2 割 (自己負担分)	
科学的介護推進体制加算		400 円	40 円	80 円	
一体的サービス提供加算		4,800 円	480 円	960 円	
介護職員等処遇改善加算 (I)		算定した自己負担額に 8.6%を加算した金額			
サービス提供体制強化加算	要支援 1	I	880 円	88 円	176 円
		II	720 円	72 円	144 円
		III	240 円	24 円	48 円
	要支援 2	I	1,760 円	176 円	352 円
		II	1,440 円	144 円	288 円
		III	480 円	48 円	96 円

## ⑨通所リハビリテーション加算 (1 月につき)

リハビリテーション マネジメント加算 (ハ)	同意月から 6 ヶ月以内	7,930 円	793 円	1,586 円
	同意月から 6 ヶ月超	4,730 円	473 円	946 円
科学的介護推進体制加算		400 円	40 円	80 円

## ⑩通所リハビリテーション加算 (1 回につき)

種 類		利用料	利用料の 1 割 (自己負担分)	利用料の 2 割 (自己負担分)
入浴介助加算	(I)	400 円	40 円	80 円
サービス提供体制強化加算	(I)	220 円	22 円	44 円
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	120 円	12 円	24 円
	4 時間以上 5 時間未満	160 円	16 円	32 円
	5 時間以上 6 時間未満	200 円	20 円	40 円
	6 時間以上 7 時間未満	240 円	24 円	48 円
	7 時間以上	280 円	28 円	56 円
中重度者ケア体制加算		200 円	20 円	40 円
介護職員等処遇改善加算 (I)		算定した自己負担額に 8.6%を加算した金額		

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 3割負担の方につきましては上記 1割の 3倍の料金となります。

(2) 介護保険給付外サービス  
 利用料の全額を負担していただきます。

①食費 (1回あたり)

自己負担額
670 円

キャンセルは利用日当日の AM8 時 55 分までに連絡がない場合、実費を負担して頂きます。

②日用品費 (1日あたり)

項 目	金 額	内 訳	備 考
日 用 品 費	10 円	おしぼり	入浴用品として 90 円  1 日当り
	30 円	フェイスタオル	
	40 円	バスタオル	
	10 円	ボディソープ	
	10 円	シャンプー	
総 合 計	100 円	※入浴日以外は、おしぼり代のみとなります。	

③教養娯楽費 (1回あたり)

項 目	金 額	内 訳	備 考
教養娯楽費	100 円	(実費材料費)	参加した場合に使用する材料です。

④おむつ代

おむつを使用された方は、おむつ代の実費が必要となります。

⑤その他の費用

通所リハサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活において通常必要とするものに係る費用であって、ご利用者様に負担させることが適当と認められる費用は、利用者様の負担となります。

(3) 利用料等のお支払い方法

毎月 1 回、10 日以降に前月分の請求をいたしますので、事業所指定銀行での自動払込又は事業所指定銀行への振込又は直接当事業所へお支払い下さい。

(4) お支払い後、領収書を発行します。

4. サービス内容に関する苦情等に関するお問い合わせ

当事業所担当窓口 苦情受付責任者: センター長 西村 遵  
 苦情受付担当者: 介 護 員 嶋倉 里穂 五十嵐 友菜  
 ※ (緊急、夜間等の場合はこの限りではありません。)  
 電話番号 0154-37-8898  
 釧路市役所 担当窓口 介護保険担当  
 電話番号 0154-23-5151

①苦情等の申し立て方法

苦情等の申し立ては、書面、来設されての口頭申し立て、電話いづれでも受付いたします。  
 1 階公衆電話横にご意見箱を設置しております。

## ②受付時間

8:30~17:30（平日） ※（緊急、夜間等の場合はこの限りではありません。）

## ③苦情等への対応の流れ

- 苦情等受付担当者が受付（他の職員が受けた場合、所属長及び受付担当者に報告）
- 受付担当者は解決責任者に内容を報告、関係部署職員と共に直接申し立て者に会うか又は電話等により内容の詳細を伺い、事実確認をします。
- 事実確認後すみやかに内容を検討し、翌日もしくは近日中には具体的な対応策を講じ申し立て者に直接回答します。又匿名によるご質問等には掲示板による回答を示します。（内容の検討については必要に応じ苦情処理委員会を開催し、又は緊急性のあるものについては直接管理者との協議により処理します。）

※相談担当者は苦情等に関する対応後、改善状況を点検、確認すると共に一連の経過を記載し、関係部署職員に顛末を周知し今後の再発防止のために記録として保管します。

## ④苦情等の秘密厳守

お寄せいただいた苦情等に関する事は他にもらす事はありません。又、掲示板等で回答させていただく場合には内容、固有名詞等には十分に配慮するものとします。

## ⑤委員会の設置

当事業所では担当委員を配置し、定期的に委員会を開催し、自ら改善案等を検討し、より良い事業所作りに努めます。

## 5. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「釧路脳神経外科 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	芦野町内会と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「釧路脳神経外科 消防計画」にのっとり、年2回、昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	3個所
	避難階段	4個所	補助散水栓	20個所
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	36個所	消火器	4個所
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日:令和8年4月1日 防火管理者:前田 考央			

## 6. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により、事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等、当該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、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 前項の事故状況及び事故に際して採った処置について記録するものとします。
- (3) 利用者に対するサービスの提供により、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うものとします。

7. 当事業所が加入している損害賠償責任保険

総合補償制度加入 保険会社 東京海上火災保険株式会社
-------------------------------

8. 虐待の防止について

ア 事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止のため次の措置を講ずるものとします。

(1) 虐待の防止に関する責任者の選定をしています。

虐待防止に関する責任者	センター長 西村 遵
-------------	------------

(2) 従業者に対して、虐待防止を普及・啓発するための研修を実施しています。

(3) 利用者及びその家族からの苦情処理体制を整備しています。

(4) その他虐待防止のために必要な措置を講じます。

イ サービスの提供中に、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、速やかに市町村に通報するものとします。

9. サービス利用に当たっての留意事項

○ サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

○ 事業所内の設備や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、弁償していただく場合があります。

○ 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

○ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○ 所持金品は、自己の責任で管理してください。

○ 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

○ 報道機関からの取材対応として、当施設が実施する各種行事、事業等について新聞・テレビ等の取材を受けることがあります。当施設の取り組みについて広く地域の皆様にご理解いただくために、取材に応じてまいりたいと考えております。利用者様への取材や写真撮影をご依頼することがありますのでご承諾のお願い申し上げます。

尚、写真撮影等取材をご辞退される方はお申し出下さい。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、通所リハのサービス内容及び重要事項を説明しました。

年 月 日

釧路市芦野 1 丁目 27 番 1 号  
社会医療法人孝仁会  
釧路脳神経外科デイケアセンター  
理事長 齋藤 孝次  
TEL 0154-37-8898

説明者

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受け、サービスの利用に同意します。

利用者又は家族  
住所

氏名

## 個人情報提供に関する同意書

事業所のサービス担当者会議等において、必要がある場合には、私の個人情報並びに家族の個人情報を用いることに同意します。

### 当事業所における個人情報の利用目的

- リハビリテーションの提供
  - ◆当事業所での介護サービスの提供
  - ◆他の居宅サービス事業者、居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - ◆その他の業務委託
  - ◆ご家族等への心身の状況説明
  - ◆その他、利用者様への介護提供に関する利用
- 介護報酬請求のための事務
  - ◆当事業所での介護保険に関する事務およびその委託
  - ◆審査支払機関へのレセプトの提出
  - ◆審査支払機関又は保険者からの照会への回答
  - ◆その他介護保険に関する介護報酬請求のための利用
- 当事業所の管理運営業務
  - ◆会計・経理
  - ◆事故等の報告
  - ◆当該利用者様の介護サービスの向上
  - ◆その他、当施設の管理運営業務に関する利用
- 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- リハビリテーションサービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 当事業所において行われる実習への協力

年 月 日

社会医療法人孝仁会  
釧路脳神経外科デイケアセンター  
理事長 齋藤 孝次 様

本人名

家族名