

重要事項説明書

1 事業者（法人）の概要

事業者の名称	医療法人 沖縄徳洲会
事業所の所在地	沖縄県島尻郡八重瀬町字外間80番地
代表者の氏名	理事長 安富祖 久明
事業所の連絡先	098-998-3222
事業の概要	病院、診療所、訪問看護ステーション、訪問介護、 居宅介護支援事業所 介護老人保健施設、通所リハビリテーション（予防含む）

2 ご利用の施設

事業所名	介護老人保健施設 ゆめが丘 通所リハビリテーション
所在地・連絡先	横浜市泉区和泉町1202 <電話>045-800-1717
事業所番号	1453680063号
管理者氏名	田中 景子
責任者	看護介護責任者
担当者	支援相談員・介護福祉士リーダー

3 施設の概要

(1) 構造等

敷 地		5 4 3 9 . 6 9 m ²
建 物	構造	3階建て 鉄骨造
	延べ床面積	3 9 1 6 . 7 1 m ² (入所等すべて含む)
	利用定員	入所 1 0 0名 (うち認知症専門棟 4 6名) 通所 5 0名 (1単位)

(2) 事業所の職員体制等

職 種	人 員 (実配置数)	職務の内容
管理者 (医師)	1名	①利用者の健康状態の把握 ②個別に応じたリハビリテーションが実施されているかの確認。
理学療法士 作業療法士	2.0名以上	リハビリテーション全般 個別に応じたリハビリテーション
看護師	1.0名	看護介護全般、
介護職	5.0名	介護全般及びレクリエーション 集団活動、 送迎車の運転・介助

(3) サービス提供地域 (通常の送迎地域)

横浜市泉区 (一部を除く) 及び戸塚区一部 (深谷・俣野地域等)、
藤沢市の北部地域及びその一部周辺
(事業所より半径約4kmを基準とします。)

(4) 営業日・営業時間

	平日・土曜日・祝祭日	サービス提供時間
通所リハビリテーション (予防通所リハ含む)	8:30~17:00	9:00~16:15

(注) 年末年始 (12/31~翌年1/3) と日曜日はお休みとなります。

4 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

①サービス内容

種類	内容
食事	(食事時間) 12:00~13:00 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できるかぎり配慮した食事を提供します。ただし、療養食の対応はありません。
排泄	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。
機能訓練	個別のリハビリ訓練により、利用者の状況に適した機能訓練を行い身体機能の維持回復に努めます。集団体操の提供もあります。
レクリエーション	状況に応じ提供を行います。(脳トレ等)
健康チェック	体温・脈拍・血圧の測定を行い、体調などをお聞きし全身状態の把握を致します。
相談援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎サービスの利用は任意です。 (ご利用が無い場合には、減算いたします。)

②費用

通所・予防通所リハビリテーション 別紙参照

①介護保険負担割合証に応じた割合が、利用者の負担額となります。

②介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用料金(食費等)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。

(2) 介護保険給付対象外サービス

○食事の提供に要する費用

○キャンセル料金

※具体的な金額は別紙参照

(3) 利用料金の支払い方法

月末締めで、毎月10日以降に前月利用分の請求書および明細書を送付いたします。

①自己負担金は、自動口座引き落としのお支払です。

(ご指定の金融機関の口座から月1回、毎月27日に引き落とします。)

ただし、引き落としの口座開設に時間を要する場合があります。その際には、現金のお支払またはお振り込みを選択することができます。

- ②上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合です。
居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、
いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して
保険給付分を請求することになります。

5 当事業所のサービスの理念等

生命を安心して預けられる施設
健康と生活を守る施設
利用者様を笑顔にする施設

6 当事業所における事業の目的等

(1)事業の目的

通所リハビリテーションが、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション計画を立案し、計画に沿って援助を行い利用者の心身機能の維持および回復を図ることを目的とします。

(2)運営方針

1. 通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法
その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図り、
利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努めます。
2. 通所リハビリテーションの計画の作成については、利用者の身体状況の
聞きとりや、検査データ・薬事情報なども検討し、居宅に訪問し、状況把握に
努め、より深い個別支援につなげるために、ゆめが丘通所リハビリテーションの
サービスを利用してから立案させていただきます。
3. 居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と
良好な連携を図り、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることが
できるよう努めます。
4. 明るく家庭的な雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で、「個性を大切に」に
過ごすことができるように努めます。
5. サービス提供にあたり、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項に
ついて、理解しやすいように説明及びアドバイスをしない、同意を得て実施
致します。

7 サービス利用の中止

1. 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。
2. 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。（ただし、利用者の体調の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、当日の連絡でも構いません）
3. 当日の利用中止のご連絡の場合、食事代の自己負担が発生いたします。
4. サービス提供中に、利用者の体調が安定しない・あるいは急変した場合は、ご家族へ連絡後、ご帰宅をお願いします。また、受診等を勧めさせていただく場合もあります。
5. 体調の急変等においてサービスの利用が中止となった際は、その1日のサービス計画上の全ての単位数を算定いたします。

8 高齢者の虐待に関する事項

擁護者及び要介護者施設従事者等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、これを市区町村に通報します。

9 損害賠償

利用者に対する通所リハビリ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ないます。ただし、事業者の故意または過失によらない時は、この限りではありません。

10 個人情報の保護

- (1) 事業者は利用者の個人情報について「個人情報保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めます。
- (2) 事業所が得た利用者の個人情報については事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に使用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了承を得ます

11 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急医療機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

医療機関等	主治医のいる病院の名前と連絡先 病 院 名： 連 絡 先： かかりつけ医： 連 絡 先：
緊急連絡先	①氏 名： 連 絡 先： ②氏 名： 連 絡 先：

1 2 非常災害対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設ゆめが丘消防計画」に従い、対応を行います。
正常時の訓練	別途定める「介護老人保健施設ゆめが丘消防計画」に従い、消火、通報及び避難訓練を年2回行います。
防災設備	自動火災報知設備、誘導灯、防火設備、非常警報、避難器具（滑り台）、火災通報、消火器具、スプリンクラー、非常電源（非常発電、蓄電池設備）
消防計画等	防火管理者：阿部 卓

1 3 サービス提供にあたっての暴力団関係者の支配を受けません。

1 4 相談窓口、苦情対応

(1) 当事業所のサービスに関する相談や苦情については、下記で対応いたします。

相談窓口 苦情対応	電話番号	045-800-1717
	FAX番号	045-800-1716
	責任者 担当者	看護介護責任者、事務長 通所リハビリテーション
	対応時間	月曜日～土曜日 9:00～17:00

相談・苦情については、担当者、責任者が対応します。不在の場合でも対応した者が、必ず「苦情相談記録表」を作成し、担当者、責任者及び担当者に引き継ぎます。

(2) その他、お住まいの区役所及び神奈川県国民健康保険団体連合会においても、苦情申出等ができます。

泉区役所 戸塚区役所 藤沢市役所	高齢・障害支援課 電話番号 045-800-2436 高齢・障害支援課 電話番号 045-866-8452 市役所代表 電話番号 0466-25-1111
神奈川県国民健康保険 団体連合会（国保連） 介護保険課 介護苦情相談係	〒220-0003 横浜市西区楠木町27番地1 電話番号 045-329-3447 0570-022-110（ナビダイヤル） 受付時間：8:30～17:15（土日祝・年末年始を除く）

1 5 確認事項

(1) サービスの利用時間の判断について

- ①利用当日までに連絡がなく、ご利用者都合により遅刻等される場合には、送迎減算並びにサービス提供時間は減算致しません。
- ②事前に連絡を頂き、遅刻・早退、あるいは急変時における早退等される場合は、サービスの利用時間分を請求させていただきます。
- ③当日朝8時までにご連絡がなく、お迎えに上がった際にキャンセルが発覚した際は、お食事代を徴収致します。

(2) 短時間のご利用について

- ①要介護認定の方は、短時間と長時間のご利用ができます。
- ②短時間のご利用は、要支援1の方は週1回程度、要支援2以上の方は週2回を目安といたします。
集中的なりハビリが必要と専門職が判断した場合は、この限りではありません。
尚、その場合は期間を決め、判断させていただきます。
- ③振り替えのご利用は承りますが早めにご相談ください。
(送迎の都合によりお断りさせていただく場合があります。)

(3) 送迎に関する事項

- ①事前にお迎え時間をお知らせ致しますので、準備がすべてできた状態で玄関にて、待機をお願い致します。交通事情や他利用者事情によりお迎えの時間がずれる場合があります。15分以上のずれがある場合には連絡いたします。
- ②集合住宅にお住いの方は、ご相談の上、送迎方法を決めさせていただきます。
又、身体状況や駐車スペース等を勘案し、ご家族にご協力を求めることがあります。マンション等の集合住宅の方は、あらかじめ送迎車の駐車スペースの確保をお願いします。(近隣の方より苦情が出る場合があります。)
- ③緊急時や短時間利用、その他状況によりドライバー1名での送迎になりますので、ご了承ください。

(4) ご利用中についての注意事項

- ①施設内の設備や器具は、専門職の指示に従って、ご利用をお願いします。
- ②契約後、他のサービスの追加や変更が望ましいと判断した場合には、ご提案します。漫然とした通所リハビリのご利用ではなく、「卒業」を目的とした利用の提案をしていきます。
- ③リハビリ施設となりますので、個別や集団のリハビリには活動の参加をお願いします。
- ④携帯電話の使用につきましては、極力控えて頂きますようにお願いします。必要時はスタッフへお声掛けください。
- ⑤ご利用中にご利用者様同士の金品・贈答品の交換はトラブルの元になる可能性がありますのでお控えください。
- ⑥職員への金品・贈答品の授受等一切できませんのでお控えください。
- ⑦悪天候時（大雨・降雪・台風等）は、利用者の安全の確保の為、営業を中止することがあります。その場合は事前に電話でご連絡致します。また、状況に応じて送迎時間が変更になることがありますので、緊急時の対応をご家族でご相談をお願いします。
- ⑧緊急時等、ご家族へ連絡が取れない場合があり、事業所の対応に苦慮することが多くなっています。必ず連絡は取れるようにお願い致します。
- ⑨貴重品は、紛失するなどトラブルになる恐れがあります。お持ちにならないようお願い致します。
- ⑩感染症と思われる症状（発熱・下痢・嘔吐・咳等）がある場合や体調が思わしくない場合は、公衆衛生上、蔓延致しますのでご利用を控えて頂きますよう、お願い致します。サービス利用中に疑わしい症状が見られた場合には、速やかにご家族にご連絡いたしますので、対応をお願いします。
- ⑪介護度の変更や法律の改正等により、契約時の料金はその都度変更になりますことを予めご了承ください。
- ⑫内服薬・外用薬・点眼薬の管理は、ご本人が管理して頂くことを基本としていますが、ご本人が管理できない場合は対応致しますので申し付け下さい。
- ⑬職員の教育や業務の改善のため、録音や録画をさせて頂く場合がありますので、ご理解のほどよろしくお願い致します。学会や施設内での研修に画像を使用する場合は別途承諾書を頂きます。
- ⑭1か月以上の欠席の場合、契約を終了させていただく場合がありますことを予めご了承ください。
- ⑮集団での生活になりますので、他の利用者様の迷惑になるような行動は控えて頂きます。また、個別の要望に対してはお答え出来かねる場合があります。
- ⑯職員に対して暴言・暴力があった場合はご利用を中止若しくは契約を解除させていただきます。
- ⑰重要事項説明書及び契約書の内容を熟読し、十分にご理解されたうえで契約されますようお願い致します。基本的に、ご家族様にもご契約書と重要事項説明書の立会人のサインを頂いております。また、判断能力の乏しい方についてはご家族や成年後見人の立ち合いをお願い致します。

【別紙】

料金表

1 要介護1～5と認定された方

(1) 基本額

① サービス提供時間 (2時間以上3時間未満)

通所リハビリ サービス費 ※	1回 (1割)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		413円	474円	537円	599円	661円
	1回 (2割)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		827円	949円	1,075円	1,199円	1,323円
	1回 (3割)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		1,240円	1,423円	1,612円	1,798円	1,984円

② 長時間サービス (6時間以上7時間未満)

通所リハビリ サービス費 ※	1回 (1割)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		772円	918円	1,060円	1,228円	1,394円
	1回 (2割)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		1,545円	1,837円	2,119円	2,457円	2,787円
	1回 (3割)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		2,317円	2,755円	3,179円	3,685円	4,181円

(2) 加算

リハビリテーション 提供体制加算4 (6時間以上 ～7時間のみ) ※	リハビリテーションマネジメントI～IVのいずれかを算定しており、常時事業所に配慮されているリハビリ職員の合計数が、利用者数が25又はその端数ごとに1以上の場合。 24単位/日 (1割26円・2割52円・3割78円)
サービス提供体制 強化加算I ※	直接サービスを提供する職員の総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上をしめている場合 22単位/回 (1割22円・2割44円・3割65円)
中重度者ケア 体制加算 ※	中重度の要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に向けサービスを提供するため、介護職員、看護職を手厚く配置する場合。20単位/日 (1割22円・2割44円・3割65円)
送迎減算 (片道につき)	送迎を実施しなかった場合サービス費より減算となります。 -47単位/片道につき (1割-51円・2割-102円・3割-153円)

短期集中個別 リハビリテーション 実施加算 I	通所リハビリを 1 か月に 4 回以上ご利用されている方で、病院の退院もしくは施設の退所から 1 か月以内の方に算定します。110 単位/回 (1 割 120 円・2 割 239 円・3 割 359 円)
入浴介助加算 ※	見守りを含む入浴介助。 40 単位/日 (1 割 43 円・2 割 87 円・3 割 130 円)
移行支援加算※	指定通所リハビリテーション事業所が、リハビリを行い、利用者の社会参加等を支援した場合は、評価対象期間に (別に厚生労働大臣が定める期間) 一定の人数割合を超える利用者を支援した実績がある場合に加算。 12 単位/回 (1 割・13 円・2 割・26 円・3 割 39 円)
重度療養管理加算	要介護度 3・4・5 の方で、手厚い医療が必要で厚生労働大臣が定める状態である方に算定します。 100 単位/日 (1 割 109 円・2 割 218 円・3 割 326 円)
口腔機能向上加算	口腔機能が低下している方またはそのおそれのあるかたを対象に 3 月以内の期間に限り 1 月 2 回限度に算定します。 150 単位/回 (1 割 163 円・2 割 326 円・3 割 490 円)
(新) 科学的介護推進体制加算	入所者・利用者ごとの ADL 値・栄養状態・口腔機能・認知症の状況その他の入所者の身体の状態等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合に算定します。 40 単位/月 (1 割 43 円・2 割 87 円・3 割 130 円)
(新) 新型コロナウイルス感染対応	所定単位数の 1/1000 に相当する単位を算定 (令和 3 年 9 月まで)
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数×加算率 (4.7%) ×地域単価 (10.88) ×自己負担 (10%) ※所定単位数：基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数
介護職員等特定処遇改善加算 I	所定単位数×加算率 (2.0%) ×地域単価 (10.88) ×自己負担 (10%) ※所定単位数：基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数

(3) その他費用

食費・おやつ代	食材料費、水道光熱費、人件費で算定します。 長時間利用者：780 円/日 午後短時間利用者：おやつ代 30 円/日
キャンセル代	当日キャンセルの場合のみ。 食費の代金 780 円を算定する。

(4) 諸経費合計金額

1日あたりの基本料金 ※印表示のみ計算		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	長時間利用	1,676円	1,822円	1,964円	2,132円	2,298円
	短時間利用	468円	529円	592円	654円	716円
2割負担	長時間利用	2,573円	2,865円	3,147円	3,485円	3,815円
	短時間利用	936円	1,058円	1,184円	1,308円	1,432円
3割負担	長時間利用	3,468円	3,906円	4,330円	4,836円	5,332円
	短時間利用	1,403円	1,586円	1,775円	1,961円	2,147円

※上記合計金額は基本的費用を算出したものです。利用者様の身体状況や加算の状況により、金額は変化します。

2 要支援1～2と認定された方

(1) 基本額（月単位の算定）

介護予防通所リハビリ テーション費 ※		要支援1	要支援2
	1割	2,234円	4,351円
	2割	4,467円	8,702円
	3割	6,701円	13,053円

(2) 加算

サービス提供体制強化加算（I1）（I2） ※	直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続3年以上の者が30%以上占める場合に算定します。 【要支援1】 88単位/月（1割96円・2割191円・3割287円） 【要支援2】 176単位/月（1割191円・2割383円・3割574円）
運動器機能向上加算 ※	利用者の運動器機能向上を目的として個別的に実施されるリハビリテーションであって、利用者の状態の維持又は向上に資すると認められたものに対して算定します。 225単位/月（1割245円・2割490円・3割734円）
口腔機能向上加算	口腔機能が低下している方またはそのおそれのあるかたを 対象に3月以内の期間に限り1月2回限度に算定します。 150単位/回（1割163円・2割326円・3割490円）

事業所評価加算	選択サービスを行う、介護予防通所サービス事業所について効果的な観点から、評価対象とする機関において利用者の要介護状態の維持・改善の割合が一定になった場合に算定します。 120 単位/月 (1 割 131 円・2 割 261 円・3 割 392 円)
(新) 科学的介護推進体制加算	入所者・利用者ごとの ADL 値・栄養状態・口腔機能・認知症の状況その他の入所者の身体の状態等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合に算定します。 40 単位/月 (1 割 43 円・2 割 87 円・3 割 130 円)
(新) 新型コロナウイルス感染対応	所定単位数の 1/1000 に相当する単位を算定 (令和 3 年 9 月まで)
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数×加算率 (4.7%) ×地域単価 (10.88) ×自己負担 (10%) ※所定単位数：基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数
介護職員等特定処遇改善加算 I	所定単位数×加算率 (2.0%) ×地域単価 (10.88) ×自己負担 (10%) ※所定単位数：基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数

(3) その他費用

食費・おやつ代	食材料費、水道光熱費、人件費で算定します。 午後短時間利用者：おやつ代 30 円/日
キャンセル代	当日キャンセルの場合のみ。 食費の代金 780 円を算定します。

(4) 諸経費合計金額

1 か月あたりの基本料金 ※印表示のみ計算		要支援 1	要支援 2
1 割負担	短時間利用	2,575 円	4,787 円
2 割負担	短時間利用	5,148 円	9,575 円
3 割負担	短時間利用	7,722 円	14,361 円

※上記合計金額は基本的費用を算出したものです。利用者様の身体状況や加算の状況により、金額は変化します。

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）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

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業者の範囲（居宅サービス計画に定められた事業者）

指定介護サービス事業者及び介護保険外サービス事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びに介護支援に協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの医療機関（団体）の担当者（利用者の介護支援に協力が必要な関係者に限る）

3 使用する期間

年 月 日から契約終了まで

4 条 件

(1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

(2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

以上

令和 年 月 日

介護老人保健施設 ゆめが丘 殿

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

(利用者の家族) 住所 _____

氏名 _____ 印

(同) 住所 _____

氏名 _____ 印

通所・予防通所リハビリ 重要事項説明並びに別紙 同意書

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所 所在地 横浜市泉区和泉町1202
名称 医療法人 沖縄徳洲会
介護老人保健施設ゆめが丘
説明者 印

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記事項の説明を受け同意します。

利用者 住所
氏名 印
(代理人を選任した場合)
上記代理人 住所
氏名 印
利用者との続柄
立会人 住所
氏名 印
利用者との続柄

通所・予防通所リハビリ 別紙 同意書

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所	所在地	横浜市泉区和泉町1202
	名称	医療法人 沖縄徳洲会
		介護老人保健施設ゆめが丘
	説明者	印

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記事項の説明を受け同意します。

利用者	住所	
	氏名	印
(代理人を選任した場合) 上記代理人	住所	
	氏名	印
	利用者との続柄	
立会人	住所	
	氏名	印
	利用者との続柄	