

通所リハビリテーション重要事項説明書
介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書
 <令和7年8月1日現在>

1 当事業所のサービスの特徴等

(1) 事業の目的

(介護予防)通所リハビリテーションは、要支援または要介護状態と認定された利用者であって、心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、その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ことを目的とする。

(2) 運営の方針

- ①当事業所では、(介護予防)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、その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の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る。
- ②当事業所では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れのある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
- ③当事業所では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、地域包括支援センターをはじめとする介護予防支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービスを受けることができるよう、できる限り努める。
- ④当事業所では、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努める。
- ⑤当事業所では、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、担当職員に対し、研修を実施するなど必要な措置を講じる。

2 南東北春日リハビリテーション・ケアセンター

(介護予防)通所リハビリテーションの概要

| | |
|----------|--|
| 事業所の名称 | 南東北春日リハビリテーション・ケアセンター通所 |
| 所在地 | 福島県須賀川市南上町123番地の1 |
| 介護保険指定番号 | 福島県0750780017号 |
| 通常の実施地域 | 須賀川市（一部除く）、当事業所から隣接している鏡石町、玉川村等で事業所が送迎可能と判断した地域。 |

- ① 定員 午前40名/午後40名 計80名
- ② 設置主体 医療法人社団 三成会
- ③ 通所デイルーム 125.06㎡
- ④ 職員の職種、員数、及び職務内容
 - 一 管理者（医師） 1名（常勤で専任の医師）

管理者は、施設の職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行い、職員に必要な指揮命令を行う。また、専ら施設の職務に従事する常勤の者とするが、施設の管理上の支障ない場合は、他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

- 二 医 師 1名以上 (非常勤で兼務の医師)
医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
- 三 理学療法士、作業療法士 2名以上 (常勤及び非常勤で専従及び兼務の職員を含む)
理学療法士・作業療法士は、医師や看護師等と共同して(介護予防)リハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションを行う。
- 四 看護職員 1名以上 (常勤で専従及び兼務の職員を含む)
看護職員は、医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の(介護予防)通所リハビリテーション計画に基づく看護・介護を行う。
- 五 介護職員 3名以上 (常勤専従の職員)
介護職員は、利用者の(介護予防)通所リハビリテーション計画に基づく介護を行う。
- 六 事務職員 1名以上 (常勤及び非常勤で専従及び兼務の職員を含む)
介護保険報酬の請求及び施設管理、その他必要な事務を行う。

3 営業日

月・火・水・木・金・土曜日とする。

但し、祝祭日及び年末年始(12月31日から1月3日)を除く。

4 営業時間

午前8時30分から午後5時まで

5 サービス提供時間

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| I 月・火・水・木・金・土曜日 | 午前9時30分から午後12時35分までとする。 |
| II 月・水・金曜日 | 午後1時00分から午後4時05分までとする。 |
| III 火・木・土曜日 | 午後1時30分から午後3時35分までとする。 |

6 サービス内容

- ① (介護予防)通所リハビリテーション計画の作成
- ② 送迎
送迎車によって、利用者の自宅から事業所までの送迎を行います。
- ③ 医学的管理・看護
当事業所の医師・看護職員が対応致します。
- ④ 介護
当事業所の介護・看護職員が対応致します。
- ⑤ リハビリテーション
理学療法士・作業療法士等が利用者の心身の機能状態に合わせて機能訓練や作業療法、日常生活動作訓練等を実施します。
- ⑥ 相談援助サービス
事業所での利用や自宅での生活状況のことなど、ご相談をお受けします。
- ⑦ その他
これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

7 利用料金

以下、金額は1割負担額であり、2～3割なら負担割合に応じた金額となります。

(1) 基本料金(保険給付の自己負担額)

- ①利用料(介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によっ

て利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です。)

| | | |
|-------|-------------|--------------|
| ・要介護1 | 383円(2～3時間) | 486円(3～4時間) |
| ・要介護2 | 439円(2～3時間) | 565円(3～4時間) |
| ・要介護3 | 498円(2～3時間) | 643円(3～4時間) |
| ・要介護4 | 555円(2～3時間) | 743円(3～4時間) |
| ・要介護5 | 612円(2～3時間) | 842円(3～4時間) |
| ・要支援1 | 2,268円 | ・要支援2 4,228円 |

* サービス提供体制強化加算(1)

介護職員のうち介護福祉士を70%以上配置している場合、または勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の配置している場合1日につき22円加算されます。要支援は、(要支援1)88円、(要支援2)176円加算されます。

* 介護職員等処遇改善加算(令和6年6月1日以降)

介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化されました。

当事業所の場合(I)として、所定単数に8.6%加算されます。

* 業務継続計画未実施減算(令和7年3月31日まで経過措置あり)

感染症や非常災害の発生時において、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、基本報酬(所定単位数の100分の1に相当する単位数)を減算します。

* 高齢者虐待防止措置未実施減算

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置(虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること)が講じられていない場合に、基本報酬(所定単位数の100分の1に相当する単位数)を減算します。

* 指定介護予防通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所と同一建物から当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、1月につき次の単位数を所定単位数から減算します。但し、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではありません。

(要支援1)376単位、(要支援2)752単位

* 利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防通所リハビリテーションを行う場合は、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算します。

(要支援1)120単位、(要支援2)240単位

* リハビリテーション提供体制加算(要介護)

リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供した場合に加算されます。

| | | |
|-------------|-------|-----|
| ・3時間以上4時間未満 | 1回につき | 12円 |
| ・4時間以上5時間未満 | 1回につき | 16円 |
| ・5時間以上6時間未満 | 1回につき | 20円 |

| | | |
|-----------------|--------|-------|
| ・ 6 時間以上 7 時間未満 | 1 回につき | 2 4 円 |
| ・ 7 時間以上 | 1 回につき | 2 8 円 |

* リハビリテーションマネジメント加算（要介護）

自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取り組みを促す観点から、利用者ごとに定期的なリハビリテーション会議を行い、リハビリテーション計画書を作成し、計画の進捗状況を定期的に評価、見直しを行った場合に加算されます。

この内容に加え、利用者の状況等に関する情報を会議の構成員である医師（テレビ電話等による出席を認める）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、居宅介護支援専門員、居宅サービス計画に位置づけられた指定居宅サービス等の担当者、その他関係者と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録し、通所リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た内容を医師へ報告した場合にリハビリテーションマネジメント加算（イ）として下記の金額が加算されます。

| | | |
|--------------|--------|---------|
| ・ 開始から 6 月以内 | 1 月につき | 5 6 0 円 |
| ・ 開始から 6 月超 | 1 月につき | 2 4 0 円 |

リハビリテーションマネジメント加算（イ）の要件を満たし、進捗状況を定期的に評価し、リハビリテーション計画を厚生労働省へ提出し、フィードバックをしている場合は、リハビリテーションマネジメント加算（ロ）として下記の金額が加算されます。

| | | |
|--------------|--------|---------|
| ・ 開始から 6 月以内 | 1 月につき | 5 9 3 円 |
| ・ 開始から 6 月超 | 1 月につき | 2 7 3 円 |

次の要件に適合する場合において、リハビリテーションマネジメント加算（ハ）として下記の金額が加算されます。

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）の要件を満たしていること。

事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を 1 名以上配置していること。

利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っていること。

利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。

利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること。

| | | |
|--------------|--------|---------|
| ・ 開始から 6 月以内 | 1 月につき | 7 9 3 円 |
| ・ 開始から 6 月超 | 1 月につき | 4 7 3 円 |

リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、1 月につき 2 7 0 円が加算されます。

* 短期集中個別リハビリテーション実施加算（要介護）

退院（所）後間もない者に対する身体機能の回復を目的とした短期集中リハビリテーション実施加算と身体機能の回復を目的とした個別リハビリテーション実施加算を統合し、退院（所）日又は認定日から起算して 3 月以内に、1 日あたり 1 1 0 円加算されます。

* 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）（要介護）

リハビリによって認知症の改善が見込まれる場合、3 月以内の期間に集中的なリハビリを行った場合、1 週に 2 日を限度として 1 日につき 2 4 0 円加算されます。

* 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）（要介護）

1月に4回以上リハビリテーションを実施し、リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施した場合、退院（所）日の翌日の属する月又は開始月から起算して3月以内に、月あたり1,920円加算されます。

* 生活行為向上リハビリテーション実施加算（要介護）

事業所が生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、通所リハビリテーションの利用者の有する能力の向上を支援した場合、次のとおり加算されます。

・開始月から起算して6月以内の期間に行われた場合 月あたり1,250円

* 生活行為向上リハビリテーション実施加算（要支援）

生活行為の内容の充実を図る為の専門的な知識もしくは経験を有する作業療法士、理学療法士又は言語聴覚士が利用者の目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供し、提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの達成状況を報告した場合に加算されます。

開始から6月以内、1月につき562円

* 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は、若年性認知症利用者受入加算として、要介護の場合1日につき60円、要支援の場合1月につき240円加算されます。

* 口腔・栄養スクリーング加算（Ⅰ）

介護サービス事業所の従業員が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合に加算されます。

20円（6月に1回）

* 口腔・栄養スクリーング加算（Ⅱ）

利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していて（栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定していて、上記の口腔、栄養スクリーング加算（Ⅰ）が算定出来ない）場合に加算されます。

5円（6月に1回）

* 口腔機能向上加算（Ⅰ）

利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に口腔清掃の指導若しくは実施又は、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施した場合に加算されます。

150円（原則3月以内、月2回を限度）

* 口腔機能向上加算（Ⅱ）イ

上記（Ⅰ）の取組みに加え、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し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用し、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を一体的に共有している場合は、加算されます。

155円（原則3月以内、月2回を限度）

* 口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ

上記（Ⅰ）の取組みに加え、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し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は、加算されます。

160円（原則3月以内、月2回を限度）

* 事業所が送迎を行わない場合（片道につき）（要介護）

送迎を実施していない場合は、片道につき47円減算の対象となります。

* 介護予防通所リハビリテーション実施にあたり、送迎を行った場合の料金は、基本料金に含まれます。

* 移行支援加算（要介護）

通所リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなど、社会参加に資する取組を実施する者の割合が100分の3を超え、リハビリの利用回転率が12月/平均利用延べ人数 \geq 27%（社会参加への移行状況評価）基準を満たし、対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した者に対して、その居宅を訪問することにより、指定通所介護、指定認知症通所介護、通所事業その他社会参加に資する取組の実施状況が居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認し、記録をしている場合に加算されます。 1日につき12円

* 中重度者ケア体制加算（要介護）

中重度要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供するため、看護・介護職員を指定基準よりも常勤換算方法で1以上加配している場合に加算されます。 1日あたり20円

* 重度療養管理加算（要介護）

所要時間1時間以上2時間未満の利用者以外の方で、要介護3から5であって、厚生労働大臣が定める状態である方に対し、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に加算されます。 1日につき100円

* 利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受ける日に、以下の要件を全て満たす場合、一体的サービス提供加算として算定します。（要支援）

- ・栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。
- ・利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること。
- ・栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定しないこと。 1月につき480円

* 退院時共同指導加算

病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファンスに参加し、退院時共同指導（病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での（介護予防）通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。）を行った後に、当該者に対する初回の指定（介護予防）通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り600円を加算します。

* 科学的介護推進体制加算

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、心身の状況等に係る基本的な情報（疾病の状況や服薬情報等の情報）を厚生労働省に提出している場また必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に加算されます。 1月につき40円

但し、利用者負担の割合は、介護報酬告知上の額の利用者負担割合証に記載された負担割合に応じた額となります。

延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3か月間、基本報酬の3%加算されます。（要介護）

(2) 支払方法

- ・ 毎月中旬までに、前月分の請求書を発送しますので、原則その月の末日までに民間金融機関もしくは郵便局の指定した口座へ振込して下さい。その際の振込手数料は、利用者様負担とさせていただきます。また、振込の控えが領収書となります。大切に保管して下さい。
 - ・ 現金による支払いの場合、請求の合計額をその月の末日までに施設事務室窓口でお支払い下さい。その際領収書を発行致します。但し、日祝日は除きます。
 - ・ 口座引落の場合、引落日は27日になりますので、それまでにご入金下さい。（金融機関が休業日の場合は、翌営業日になります。）ご入金を確認されましたら、翌月に領収書を発送致します。
- 尚、利用料の口座引落開始までにお申込頂いてから2ヵ月ほどお時間を頂戴しております。その間は請求書と振込用紙をご郵送致しますので、お近くの民間金融機関か郵便局にてお振込頂きますようお願い致します。

(3) その他

- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦1日あたりの利用料金（10割分）を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日各市町村の窓口に提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

8 サービスの利用方法

(1) 内容及び手続きの説明及び同意

（介護予防）通所リハビリテーションの提供の開始に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいよう説明を行います。また、運営規程の概要、（介護予防）通所リハビリテーション計画、その他サービスの選択に必要な重要事項を記載した文書を交付して説明を行い、同意を得ます。

(2) （介護予防）通所リハビリテーション計画の作成

- ・ 医師及び理学療法士、作業療法士その他専従する職員は、利用者の心身の状況及び希望並びにその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した（介護予防）通所リハビリテーション計画を作成します。
- ・ 医師等の職員は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る（介護予防）通所リハビリテーション計画を作成するに当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握するものとします。
- ・ 職員は、それぞれの利用者に応じた（介護予防）通所リハビリテーション計画を作成し、利用者又は家族に対し、その内容等について説明し、同意を得た上で、交付します。
- ・ （介護予防）通所リハビリテーション計画の策定にあたっては、居宅サービス計画書または介護予防サービス計画書の内容に沿って作成します。
- ・ 利用者が居宅サービス計画または介護予防サービス計画書の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者または介護予防支援事業者への連絡その他の必要な援助を行います。

(3) サービス利用契約の終了

- ①利用者のご都合でサービス利用を終了する場合、サービス終了を希望する一週間前までに事業所までご連絡ください。
- ②事業者の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヵ月前までに文書で通知いたします。

③悪質な迷惑行為等（カスタマーハラスメント）を受けた場合

事業者は、利用者やその家族から、職員等がカスタマーハラスメントを受け、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなくサービス利用契約の目的を達することが著しく困難となったときは、この契約を解除・終了することができます。

【カスタマーハラスメントの対象となる行為】

事業者の職員等に対する次のような言動や行為を、カスタマーハラスメントと定義します。なお以下はあくまで一例であり、記載されたものに限られません。

i) 身体的暴力…身体的な力を使って危害を及ぼす行為。

例) ものを投げつける、たたく、引っ搔く、蹴る、唾を吐く等

ii) 精神的暴力…個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

例) 侮辱的な発言や脅迫的言動。

威圧的な態度で長時間にわたり苦情や叱責を言い続ける。

理不尽なサービス、提供不可能なサービスを要求する（過大な要求）。

職員の説明や提案を受け付けず、自分の主張を一方的に押し付ける。

細かい誤りやミスに拘泥し、執拗に職員をなじる。

その他上記と類似する行為。

iii) セクシャルハラスメント…意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

例) 必要もなく手や腕をさわる、抱きしめる、卑猥な言動を繰り返す、プライベートを詮索する等

iv) その他の行為

- ・SNSやインターネット上での誹謗中傷
- ・合理的理由のない事業所以外の場所への呼び出し、長時間の拘束
- ・職員に対するその他各種のハラスメント

④自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・利用者が介護保健施設、介護福祉施設に入所した場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けている利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が最後の利用から3ヵ月利用がない場合

※この場合に限り、契約条件を変更して再度契約することができます。

(4) その他

- ・利用者が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族などが当事業所や当事業所の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。
- ・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やそのご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、やむを得ない事情により当事業所を閉鎖または縮小する場合は、利用者が文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

(5) 事業所利用に当たっての留意事項

- ・事業所利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事を摂取いただくこととなっています。
- ・飲酒及び酒類、食べ物の持ち込みは原則として禁止します。

- ・ 喫煙は、敷地内全館禁煙となっています。
- ・ 火気の取扱いは、原則として利用中は禁止します。
- ・ 設備・備品の利用は、職員の指示に従うものとします。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みは、必要な物に限ります。
- ・ 金銭・貴重品の管理は、原則として利用者が行うこととします。万が一、紛失などした場合は、当施設では一切責任を負いかねますのでご了承ください。
- ・ 施設内へのご仏壇等の持ち込みを禁止します。
- ・ ペットの持ち込みは、原則禁止します。但し、管理者の許可が得た場合は除く。
- ・ 他の利用者および職員の迷惑となるような、宗教活動、特定の政治活動、営利行為を行うことは禁止します。
- ・ 送迎時間は、道路状況、その他の要因により変更になる場合があるが、その際には、予め該当利用者に連絡を入れることとします。
- ・ 利用者の体調確認は、職員が実施することとします。
- ・ 体調不良等によるサービスの中止変更は、利用日の当日 8 時 30 までに連絡をいただくこととします。

9 衛生管理等

- ①利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。
- ②感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備します。
 - ・ 当事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等活用して行うことができる。）をおおむね 3 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図ります。
 - ・ 当事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
 - ・ 当事業所において、担当職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。
- ③管理栄養士、調理師等厨房勤務者は、毎月 1 回以上、検便を行います。
- ④定期的に、鼠族、昆虫の駆除を行います。

10 業務継続計画の策定等

- ①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）通所リハビリテーションサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）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。
- ②担当職員に対し、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。
- ③定期的に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うものとします。

11 緊急時の対応方法

- ①事業所の職員は、指定（介護予防）通所リハビリテーションサービスの実施中に、利用者の病状の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行い、利用者の家族に連絡するとともに、必要に応じ主治医、居宅介護支援事業者または介護予防支援事業者に連絡し、適切な処置を行います。
- ②事業所の職員は、前項について、しかるべき処置をした場合は、管理者に報告いたします。

12 事故発生時の対応

- ①利用者に対する指定（介護予防）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、速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者または介護予防支援事業者、市町村等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。
- ②利用者に対する指定（介護予防）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、損害賠償を行います。但し、事業所の責にすべからざる事由による場合は、この限りではありません。

1 3 非常災害対策

- ・防災設備 非常口、避難階段、スプリンクラー、消火器、消火栓、防火戸、非常通報装置、等
- ・防災訓練 年2回

1 4 サービス内容に関する相談・苦情

①事業所には支援相談等の専門員として下記の者が勤務しておりますので、サービス内容に関してお気軽にご相談下さい。

担当職種 理学療法士
責任者 兼田 航

〈電話 0248-63-7327 FAX 0248-63-7255〉

〈対応時間：原則的に平日の8：30～17：00〉

また、要望や苦情などは、施設スタッフにお寄せいただければ対応いたします。そのほか、施設内に備え付けられた「ご意見箱」をご利用ください。

②その他当事業所以外に、下記の機関でも相談・苦情等を受け付けています。

＜1＞各市町村の介護保険担当窓口

（須賀川市の場合）須賀川市健康福祉部長寿福祉課

住所：須賀川市八幡町135 電話：0248（88）8116 代

（鏡石町の場合）鏡石町役場 福祉子供課 福祉グループ

住所：岩瀬郡鏡石町中央 電話：0248（62）2210

（矢吹町の場合）矢吹町役場保健福祉課

住所：西白河郡矢吹町一本木101 電話：0248（44）2300

（玉川村の場合）玉川村役場健康福祉課

住所：石川郡玉川村大字小高字中畷9 電話：0247（57）4623

＜2＞福島県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

住所：福島市中町3-7 電話：024（528）0040

＜3＞社会福祉法人 福島県社会福祉協議会 内 福島県運営適正化委員会

住所：福島市渡利字七社宮111 電話：024（523）2943

1 5 虐待の防止の為の措置

事業所は、虐待防止の適正化を図るため、次の措置を実施します。

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会を（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、全職員に周知徹底を図ります。
- ②虐待防止のための指針を整備します。
- ③全職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④虐待等が発生した場合に対し、責任者を選任し相談・報告体制を整えます。
- ⑤必要に応じ、生年後見制度利用などの支援を行います。
- ⑥①～⑤に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

1 6 身体拘束等の適正化推進のための措置

①事業所は、（介護予防）通所リハビリテーション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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下（身体拘束等）という。）を行いません。

②前項の身体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。

尚、当事業所は第三者による評価を実施しておりません。

◆重要事項説明日 令和 年 月 日

◆重要事項説明者 (所属) _____ (職種) _____

(氏名) _____

◆説明を受けた方の署名

利用申込者 _____ 代筆者 _____

(代筆理由: _____)

身元引受人 _____ 関 係 _____