

別紙①

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

介護老人保健施設ケアコートもりおか

重要事項説明書

医療法人 青樹会

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
介護老人保健施設ケアコートもりおか
重要事項説明書

医療法人 青樹会

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
【盛岡市指定 介護保険事業者番号】
0350180105

当事業所は、利用者に対して通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーションを提供いたします。

当事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたい事等を、次の通り説明いたします。

＊当事業所の通所リハビリテーションは、
原則として要介護認定の結果、
「要介護」「要支援」と認定された方が対象となります。

1. 事業所の概要

(1) 事業者（事業所設置法人）

法人名	医療法人青樹会
所在地	〒020-0815 岩手県盛岡市小杉山 15 番 3 号
電話番号	019-601-2723
FAX番号	019-624-7712
代表者名	理事長 田中 由紀子
設立年月	平成 9 年 4 月 9 日

(2) 施設名称等

施設名	介護老人保健施設ケアコートもりおか
施設所在地	〒020-0133 岩手県盛岡市青山一丁目 25 番 25 号
電話番号	019-613-2303
FAX番号	019-613-2505
開設年月日	平成 30 年 5 月 31 日

(3) 通所定員

定員 1日 55名

(4) 営業日、サービス提供時間及び実施地域

- ①営業日 月曜日～土曜日（日・年末年始は休業）
②営業時間 午前8時30分から午後5時30分
（サービス提供時間 午前9時30分から午後4時30分）
③実施地域 盛岡市、滝沢市、雫石町

(5) 従業者の職種、員数

事業所では、下記の通りの人員基準を満たしております。なお、人員配置については常勤換算法での配置となっています。

職 種	員 数	運 営 基 準
医師	1人	介護保険施設サービス及び医師兼務
看護職員	1人以上	
介護職員	3人以上	
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1人以上	介護保険施設サービス及び医師兼務
その他	適当数	

(6) 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力頂いております。

協力医療機関

名称 独立行政法人国立病院機構 盛岡医療センター
住所 岩手県盛岡市青山1丁目25-1
電話 019-647-2195

名称 医療法人青樹会 内丸病院
住所 岩手県盛岡市本町通1丁目12-7
電話 019-654-5331

協力歯科医療機関

名称 守口歯科クリニック
住所 盛岡市西松園3丁目23-10
電話 019-663-1717

2. 事業所の目的と基本理念

*目的

当事業は、要介護者及び要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、事業所をご利用いただき、理学療法、作業療法、言語療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能回復を図ることを目的としています。

*基本理念

- ①利用者個人の人生観・価値観を尊重し、利用者個人のその人らしさを大切に介護を行います。
- ②明るく家庭的な雰囲気づくりに心掛け、地域や家庭との結びつきを重視いたします。
- ③常に健全な精神を持って職員同士一致と協力でサービスの質の向上を目指します。
- ④利用者の生き甲斐を高め、自立への意欲を支援していきます。

3. サービス内容

- ①食 事 : 管理栄養士による高齢者の趣向と健康にあわせた献立。
- ②入 浴 : 一般浴槽及び入浴介助を要する方には特別浴槽で対応します。
- ③送 迎 : 車椅子や寝たきりの方の送迎も可能です。
- ④健康状態の確認 : 血圧・体温等をチェックし、異常の早期発見に努めます。
- ⑤集団リハビリ : ゲーム性のあるものを取り入れ行います。
- ⑥個別リハビリ : 個人ごとの訓練計画に基づいた訓練を行います。
- ⑦栄 養 改 善 : 管理栄養士が個人ごとに栄養食事相談等の栄養管理を行います。
- ⑧口腔機能向上 : 口腔清掃や摂食等の指導等を行います。
- ⑨運動器機能向上 : 運動器の向上を目的としたリハビリを行います。

その他

※これらのサービスの中には、基本料金とは別に利用者の方から利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談下さい。

4. 利用の際に準備していただくもの

- ・ 上靴（履き慣れたもの） ・ 爪きり ・ くし（ブラシ）
- ・ お薬（昼食時に服用されている分）
- ・ 着替え（入浴後、交換する衣類・下着）
- ・ タオル類（バスタオル、フェイスタオル、あかすり）
- ・ 排泄用品（オムツ、リハビリパンツ、パットなど常時使用されているもの）
- ・ 常に使用されている杖、車椅子など（必要に応じて準備してください）

*尚、持ち物には記名をしていただきますようお願いいたします

5. 利用料金及び支払方法について

- (1) 利用料金については、別紙②の料金表を参照して下さい。
- (2) 但し、介護保険給付の支給限度額を超えたサービスを利用される場合は、限度額を超えた分をお支払いいただきます。
- (3) 利用料金については、精算を月末締めとし、翌月15日までに請求書を送付いたしますので、その月末までにお支払い下さい。お支払いの確認が済み次第領収書を発行いたします。お支払いについては、窓口での支払いまたは、指定口座への振込み、もしくは預金口座振替の方法があります。
- (4) 前号(1)(2)(3)で請求しました利用料が、3ヶ月分以上お支払いがなく、その

支払いを督促したにもかかわらず、特別な事情のある場合を除き、督促状を発行した日から30日以内にお支払いがない場合、利用契約を解除・終了（退居）させていただきます。

6. 事業所利用にあたっての留意事項

- (1) 飲食物の持ち込みは、医学管理上及び衛生管理上、問題となる場合がありますのでご遠慮いただきます。
- (2) 飲酒は禁止させていただきます。但し、事業所行事に伴って提供される場合は、この限りではありません。
- (3) 喫煙は禁止させていただきます。
- (4) 設備・備品の利用にあたっては、損傷や汚染等に十分にご注意願います。なお、寝具備品等を著しく破損または汚染した場合には、修理代又は、クリーニング代の実費を申し受ける場合があります。
- (5) 貴重品の事業所内への持ち込みは、原則としてお断りいたします。
- (6) 金銭の持ち込みについては必要最低限、お小遣い程度にとどめてください。但し、この場合、盗難や紛失が発生した場合において当事業所ではその責任を一切負いません。
- (7) 当事業所では、多くの方に安心してサービスを受けていただくために、事業所内（送迎車両内も含む）での利用者の営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動及び、他の利用者への迷惑となる行為は、禁止させていただきます。

7. 緊急時の対応について

- (1) 事業所は、利用者に対し事業所医師の医学的判断により病院受診が必要と認める場合には、協力医療機関又は、協力歯科医療機関での診療を依頼する事があります。
- (2) 事業所は、利用者に対し事業所における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介致します。

8. 高齢者虐待防止について

事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止の発生または防止ため次の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する責任者：管理者
虐待防止に関する担当者：相談員
- (5) サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します

9. 身体の拘束等

事業所は、サービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者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。

事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載することとします。

また、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し5年間保管します。また、事業所として身体拘束をなくしていく為の取組を積極的に行います。

10. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 感染症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、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- (3) 事業従事者に対し、感染症予防及びまん延の防止の為の研修及び訓練を定期的実施します。

11. ハラスメント対策

事業所において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

12. 業務継続計画の策定等について

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（地域密着型）通所介護等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業務継続計画を策定し、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 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。
- (2) 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います。

13. 非常災害対策

- (防災設備) 屋内消火栓、自動火災報知器、非常放送装置、非常電源設備、消火器、
消防署への火災通報装置、非常誘導灯
- (防災訓練) 年2回

14. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 事業所の苦情相談窓口

- ①担当者 : 下総 佳奈 松尾 友子
- ②電話番号 : 019 - 613 - 2303
- ③FAX番号 : 019 - 613 - 2505
- ④受付時間 : 月曜日～土曜日 8:30～17:30

(2) 事業所以外の相談・苦情窓口

事業所以外に、下記の苦情相談窓口等にも苦情を伝えることができます。

(行政機関その他苦情受付機関)

行政機関名	所在地	電話番号	ファックス番号
盛岡市役所 保健福祉部 介護保険課	盛岡市内丸 12 番 2 号	019-626-7581	019 - 651 - 1181
岩手県保健福祉部 長寿社会課	岩手県盛岡市内丸 10 - 1	019 - 629 - 5441	019 - 629 - 5444
国民健康保険団体連合会 介護保険課分室	岩手県盛岡市大沢川原 三丁目 7 番 30 号	019 - 604 - 6700	019 - 604 - 6701

15. その他

(1) 事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求下さい。

(2) ご要望やご質問がございましたら、何なりと事業所の管理者や支援相談員、またはスタッフにお声がけください。

重要事項説明書の内容に関する説明は、下記の者が担当いたしました。

令和 年 月 日

所 属 通所リハビリテーション

氏 名 _____

重要事項説明書の内容に関する説明を、上記の担当者より受け、サービスの提供に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____

代理署名者 _____

利用者との関係 ()

介護老人保健施設 ケアコートもりおか

通所リハビリテーション利用料金表

令和6年6月1日現在

1. 通所リハビリテーション基本利用料(1日当たり) 大規模型事業所(※通常規模型と同様の単位数を算定) (単位:円/日)

項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満(1割負担)	369円	398円	429円	458円	491円
1時間以上2時間未満(2割負担)	738円	796円	858円	916円	982円
1時間以上2時間未満(3割負担)	1,107円	1,194円	1,287円	1,374円	1,473円
2時間以上3時間未満(1割負担)	383円	439円	498円	555円	612円
2時間以上3時間未満(2割負担)	766円	878円	996円	1,110円	1,224円
2時間以上3時間未満(3割負担)	1,149円	1,317円	1,494円	1,665円	1,836円
3時間以上4時間未満(1割負担)	486円	565円	643円	743円	842円
3時間以上4時間未満(2割負担)	972円	1,130円	1,286円	1,486円	1,684円
3時間以上4時間未満(3割負担)	1,458円	1,695円	1,929円	2,229円	2,526円
4時間以上5時間未満(1割負担)	553円	642円	730円	844円	957円
4時間以上5時間未満(2割負担)	1,106円	1,284円	1,460円	1,688円	1,914円
4時間以上5時間未満(3割負担)	1,659円	1,926円	2,190円	2,532円	2,871円
5時間以上6時間未満(1割負担)	622円	738円	852円	987円	1,120円
5時間以上6時間未満(2割負担)	1,244円	1,476円	1,704円	1,974円	2,240円
5時間以上6時間未満(3割負担)	1,866円	2,214円	2,556円	2,961円	3,360円
6時間以上7時間未満(1割負担)	715円	850円	981円	1,137円	1,290円
6時間以上7時間未満(2割負担)	1,430円	1,700円	1,962円	2,274円	2,580円
6時間以上7時間未満(3割負担)	2,145円	2,550円	2,943円	3,411円	3,870円
7時間以上8時間未満(1割負担)	762円	903円	1,046円	1,215円	1,379円
7時間以上8時間未満(2割負担)	1,524円	1,806円	2,092円	2,430円	2,758円
7時間以上8時間未満(3割負担)	2,286円	2,709円	3,138円	3,645円	4,137円

2. 介護予防通所リハビリテーション基本利用料 (1ヶ月当たり) (単位:円/月)

項目	料 金		
	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,268円	4,536円	6,804円
要支援2	4,228円	8,456円	12,684円

3. 加算料金

項 目	通所リハビリテーション			介護予防通所 リハビリテーション		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
感染症及び災害により、臨時的に利用者数が一定減少している場合	一月につき所定単位数合計 ×3% ×3%×2 ×3%×3					
入浴介助加算(Ⅰ)	40円/日	80円/日	120円/日			
入浴介助加算(Ⅱ)	60円/日	120円/日	180円/日			
リハビリテーションマネジメント加算イ	560円/月 (6ヶ月以内)	1,120円/月 (6ヶ月以内)	1,680円/月 (6ヶ月以内)			
	240円/月 (6ヶ月超)	480円/月 (6ヶ月超)	720円/月 (6ヶ月超)			
リハビリテーションマネジメント加算ロ	593円/月 (6ヶ月以内)	1,186円/月 (6ヶ月以内)	1,779円/月 (6ヶ月以内)			
	273円/月 (6ヶ月超)	546円/月 (6ヶ月超)	819円/月 (6ヶ月超)			
リハビリテーションマネジメント加算ハ	793円/月 (6ヶ月以内)	1,586円/月 (6ヶ月以内)	2,379円/月 (6ヶ月以内)			
	473円/月 (6ヶ月超)	946円/月 (6ヶ月超)	1,419円/月 (6ヶ月超)			
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	270円/月	540円/日	810円/日			
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円/日	220円/日	330円/日			
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	240円/日 (週2日を限度)	480円/日 (週2日を限度)	720円/日 (週2日を限度)			
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1,920円/月	3,840円/月	5,760円/月			
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250円/月 (開始日の属する月から6ヶ月以内)	2,500円/月 (開始日の属する月から6ヶ月以内)	3,750円/月 (開始日の属する月から6ヶ月以内)	562円/月	1,124円/月	1,686円/月 (開始日の属する月から6ヶ月以内)
重度療養管理加算	100円/日	200円/日	300円/日			
若年性認知症利用者受入加算	60円/日	120円/日	180円/日	240円/月	480円/月	720円/月
栄養アセスメント加算	50円/回 (月1回を限度)	100円/回 (月1回を限度)	150円/回 (月1回を限度)	50円/月	100円/月	150円/月
栄養改善加算	200円/回 (月2回を限度)	400円/回 (月2回を限度)	600円/回 (月2回を限度)	200円/月	400円/月	600円/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20円/回 (6ヶ月に1回を限度)	40円/回 (6ヶ月に1回を限度)	60円/回 (6ヶ月に1回を限度)	20円/回	40円/回	60円/回 (6ヶ月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5円/回 (6ヶ月に1回を限度)	10円/回 (6ヶ月に1回を限度)	15円/回 (6ヶ月に1回を限度)	5円/回	10円/回	15円/回 (6ヶ月に1回を限度)
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150円/回 (月2回を限度)	300円/回 (月2回を限度)	450円/回 (月2回を限度)	150円/回 (月2回を限度)	300円/回 (月2回を限度)	450円/回 (月2回を限度)
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	155円/回 (月2回を限度)	310円/回 (月2回を限度)	465円/回 (月2回を限度)			
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	160円/回 (月2回を限度)	320円/回 (月2回を限度)	480円/回 (月2回を限度)	160円/回 (月2回を限度)	320円/回 (月2回を限度)	480円/回 (月2回を限度)

項 目	通所リハビリテーション			介護予防通所 リハビリテーション		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
中重度ケア体制加算	600円/回	1,200円/回	1,800円/回			
事業所が送迎を行わない場合	片道-47円	片道-94円	片道-141円			
退院時共同指導加算	600円/日	1,200円/日	1,800円/日	600円/日	1,200円/日	1,800円/日
移行支援加算	12円/日	24円/日	36円/日			
一体的サービス提供加算						
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	22円/回	44円/回	66円/回	(要支援1)	(要支援1)	(要支援1)
				88円/月	176円/月	264円/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18円/回	36円/回	54円/回	(要支援2)	(要支援2)	(要支援2)
				176円/月	352円/月	528円/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6円/回	12円/回	18円/回	(要支援1)	(要支援1)	(要支援1)
				72円/月	144円/月	216円/月
				(要支援2)	(要支援2)	(要支援2)
				144円/月	288円/月	432円/月
				(要支援1)	(要支援1)	(要支援1)
				24円/月	48円/月	72円/月
				(要支援2)	(要支援2)	(要支援2)
				48円/月	96円/月	144円/月
リハビリ テーション 提供体制 加算	3時間以上4時間未満の場合	12円/回	24円/回	36円/回		
	4時間以上5時間未満の場合	16円/回	32円/回	48円/回		
	5時間以上6時間未満の場合	20円/回	40円/回	60円/回		
	6時間以上7時間未満の場合	24円/回	48円/回	72円/回		
	7時間以上の場合	28円/回	56円/回	84円/回		
科学的介護推進体制加算	40円/月	80円/月	120円/月	40円/月	80円/月	120円/月
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	一月につき所定単位数合計 ×8.6%			一月につき所定単位数合計 ×8.6%		
		×8.6%×2	×8.6%×3	×8.6%×2	×8.6%×3	

4. 実費負担分

項 目	内 容	料 金
食費	昼食(おやつ代含む)	790円/食
クラブ活動等の材料費		実費相当額