

美山病院デイ・ケアセンター

重要事項説明書 1

(居宅サービスの説明)

(令和7年12月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・事業所名 美山病院デイ・ケアセンター
- ・事業者指定年月日 平成12年4月1日
- ・事業者番号 0370400293号
- ・事業開始年月日 平成12年4月1日

(2) 事業の目的

- ①通所リハビリテーションサービスは、要介護状態の認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう、利用者の心身の機能の回復を図ることを目的とする。

(3) 運営の方針

- ①通所リハビリテーションサービスの提供に当たっては、通所リハビリテーション計画に基づいて、日常生活上の世話・リハビリテーション・栄養指導・口腔ケア指導等を行い、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当施設では、利用者の意思及び人格を尊重すると共に、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。

- ③当施設では、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提供を受けることができるよう努める。

- ④サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、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指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。

- ⑤利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。

(4) 施設の職員体制

	常 勤	常勤兼務	非常勤	業務内容
・管理者		1		事業運営並びに職員の統括管理
・医 師		1		医学的管理・診療行為
・看護職員			2	保健衛生並びに看護
・介護職員	6			日常生活全般の介護
・リハビリ職員	2	1		理学療法・作業療法
・理療士	1			理療
・栄養士		1		栄養相談

(5) 営業日及び営業時間

通所リハビリテーションの営業日及び営業時間を以下のとおりとする。

- ① 年末年始及び日曜日、祝祭日を除く、毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日とする。
- ② 営業時間は午前9時から午後5時までを営業時間とする。
- ③ サービス提供時間は午前9時30分～午後3時35分までとする。

(6) 通所定員 40名

2. サービス内容

(1) はじめに

※ご利用のお申込みは、介護保険証、負担割合証、減免額認定書と一緒に担当者にお出し下さい。尚、正式にサービスの提供が開始された時点で、必要となる証書等を再度確認させていただきます。

(2) 通所リハビリテーションサービスの内容

このサービスは、要介護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（ケアプラン）に基づき、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や介護を行い、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、通所リハビリテーション計画に基づいて、医学的管理、看護、介護、リハビリテーション、その他日常生活上のお世話、栄養相談等の介護サービスを提供します。

(3) 食事時間

昼食 11時30分～12時30分

(4) 入浴

身体の状態に合わせて介助を行い、入浴サービスを提供します。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。

(5) 送迎

ご自宅から事業所までの送迎を行います。戸口送迎が原則ですので途中下車や自宅以外の送迎は対応できません。ご自宅内での介助が必要な場合は居宅サービス計画などへの位置づけが必要となります。

(6) 営業及び送迎の実施区域

通所リハビリテーションの通常の営業及び送迎の実施区域は以下のとおりです。

奥州市水沢羽田町

(7) その他

①利用者が選定する特別な食事の提供②行政手続代行③相談援助サービス④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頂くものもありますので、具体的にご相談ください。

3. 協力医療機関等

当事業所では、美山病院の他、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変し、当施設での対応が困難な場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・協力医療機関
 - ・名 称 社団医療法人啓愛会 美希病院
 - ・住 所 岩手県奥州市前沢字丑沢上野 1 0 0 番地
- ・協力歯科医療機関
 - ・名 称 医療法人百成人 ちば歯科医院
 - ・住 所 岩手県奥州市水沢字桜屋敷 4 2 0

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事をお召し上がりいただきます。事業所は利用者の栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食中毒の防止の観点からも、食事の持込はご遠慮いただきます。
- ・金銭及び貴重品の施設内への持ち込みは、原則としてお断り致します。但し、やむを得ない事由による場合は、所定の手続きを経た上で事務室にお預け下さい。
- ・万一、金銭等（小銭も含む）を利用者ご自身でお持ちになる場合は、盗難や紛失に十分にお気を付け願います。尚、この場合、盗難や紛失が発生した場合でも当施設ではその責任を一切負いません。

5. 非常防災対策

当施設では、次の様な防災設備の設置と、防災訓練等を実施しています。

- ・ 防災設備 屋内消火栓、スプリンクラー、自動火災報知器、非常通報装置、漏電火災警報機、避難救助袋、緩降機、非常電源設備、消化器、消防署への火災自動通報装置他。
- ・ 防災訓練 年 2 回

6. 緊急時及び事故発生時の対応方法

- (1) 事業の実施中に緊急に対処が必要となる事例や事故が発生した時は、直ちに被害等の拡大防止の措置を講ずると共に、必要機関へ連絡し対処します。
- (2) 緊急の場合には、ご記入いただいた連絡先に連絡します。
- (3) 緊急対応窓口は病院総務課とし、病院側の管理者や事務部長の指示を受けて対応します。
- (4) 送迎中に交通事故が発生した場合は、速やかに保険会社に連絡すると共に、必要に応じ負傷者の病院受診の手配を行います。
- (5) 利用者の状態が急変した場合は、速やかに病院外来で診察し必要な医療処置を行います。

7. 身体拘束について

当施設は原則として利用者に対し身体拘束をおこないません。ただし、利用者または他の利用者等の生命又は身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合は、利用者に対して説明し同意を得たうえで、最小限で行う場合があります。その場合は身体拘束を行った日時理由及び様態について記録を行います。

8. 虐待の防止について

当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げるとおりの必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (2) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (4) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者 所長代行 佐藤慶子

9. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し通所リハビリテーション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って必要な措置を講じます。
- (2) 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に行います。
- (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います。

10. 衛生管理について

- (1) 利用者等が使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に務め、又は衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。
- (2) 事業所において感染症が発生し又はまんないように次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延病死のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 食中毒及び伝染病(感染症)の発生を防止するとともに蔓延することがないように、水廻り設備、厨房設備等の衛生的な管理を行っています。
- (4) 栄養士、調理師等厨房勤務者に対し、毎月1回、検便を行なっています。
- (5) 定期的に、鼠族、昆虫の駆除を行っています。

1 1. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、他の利用者への迷惑行為や利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

1 2. 要望及び苦情等の相談

当デイ・ケアセンターには相談苦情の担当者を配置していますので、お気軽にご相談ください。要望や苦情などは、相談苦情担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、玄関ホールに備えつけられた「ふれあいポスト」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

① 当デイ・ケアセンターの苦情受付

電話番号 0197-24-2141（内線250）

FAX番号 0197-24-2155

受付担当者 デイ・ケアセンター 所長代行 佐藤 慶子

苦情解決責任者	病 院 長	吉崎 陽
	事 務 長	佐々木 辰一
	総看護師長	佐藤 智恵美

② 奥州市

水沢総合支所内 長寿社会課介護保険係	電話	0197-24-2111
江刺総合支所内 長寿社会課介護保険係	電話	0197-35-2111
胆沢健康増進プラザ悠悠館	電話	0197-46-2977
前沢健康管理センター	電話	0197-41-3501
金ヶ崎町 健康福祉課	電話	0197-44-4560
一関市大東支所内 福祉課	電話	0191-71-2111
岩手県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口	電話	019-604-6700

損害賠償等

- (1) 当事業所では万一の事故に備え、損害賠償保険に加入しています
- (2) 損害賠償は、法人本部及び損害保険会社の判断によらせていただきます。

1 3. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

美山病院デイ・ケアセンター

重要事項説明書 2

(利用者負担金説明書)

(令和7年6月1日現在)

1. 利用者負担金の概要

介護サービスの利用者負担金は、次のように2本立てになっています。

①保険給付の自己負担分（介護保険で支払われる費用合計の1割または2割）

○保険給付の対象項目……基本サービス費、各種サービス加算、特定診療費

②保険給付外の利用料（介護保険の支給対象外とされる費用の合計）

○保険給付の対象外項目……居住費、食費、利用者の選択に基づく各種費用

※1. 食事代を含む、介護保険給付の対象外となる費用（料金）は、各施設が独自に定めることになっています。利用者負担金については、利用者又はご家族に説明し承諾を得ることになっています。

2. 利用料

(1) 介護予防通所リハビリテーション利用料 (1ヶ月当たり)

介護度	料金（1割負担）	料金（2割負担）	料金（3割負担）
要支援1	2, 268	4, 536	6, 804
要支援2	4, 228	8, 456	12, 684

(2) 加算料金

項 目	要支援1 (1割)	要支援2 (1割)	要支援1 (2割)	要支援2 (2割)	要支援1 (3割)	要支援2 (3割)
サービス提供体制強化加算（I）	88	176	176	352	264	528
口腔機能向上加算（I） （月1回）	150	150	300	300	450	450
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（6ヵ月1回）	20	20	40	40	60	60
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ（6ヵ月1回）	5	5	10	10	15	15
科学的介護推進加算	40	40	80	80	120	120
退院時共同指導加算	600	600	1200	1200	1800	1800
介護職員等処遇改善加算（所定の単位数の8.6%を加算）						
中山間地域に居住する利用者へのサービス提供加算（所定単位数の5%を加算）						

(3) その他の料金

内 容	料金
食費（1食）	740
リハビリパンツ（1枚）	224
紙パット	170
紙オムツ	179
マスク	50

(4) キャンセル料金

利用日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただきます。

利用前日までに利用中止の申し出があった場合	無料
利用前日までに利用中止の申し出がなかった場合	食事代 740 円

※事業者の都合で利用中止となる場合はキャンセル料金が発生しません。

- ※1 食事代（1食 740 円）は利用日数（回数）に応じてお支払い頂きます。
- ※2 口腔機能向上加算は、口腔機能が低下又はその恐れのある利用者に対して、個別的に口腔清掃の指導や実施、摂食・嚥下機能の訓練や指導を行っている場合に加算されます。
- ※3 口腔・栄養スクリーニング加算は利用開始時及び利用中の6月毎に利用者の口腔の健康状態または栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定されます。
- ※4 科学的介護推進加算は利用者の ADL・認知症の状況等に係る基本的な情報のデータ提出とフィードバックを活用した場合算定されます。
- ※5 退院時共同指導加算は病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション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、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に初回のサービス提供を行った場合に算定されます。
- ※6 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）を加算されます。
- ※7 水沢羽田町以外の区域に居住する利用者様に対して厚生大臣が定める中山間地域であることから所定単位数に5%を加算されます。

3. 利用者が選定するその他の費用

- ① 申請代行費……………1回：100 円
要支援認定、介護保険負担限度額認定等の各種の申請代行にかかる、切手や電話等の通信費その他にかかる手数料です。
- ② コピー代……………用紙の大きさを問わず、1枚：11 円
- ③ その他……………以下のものは実費相当額をお支払い頂きます。
 - a) 個人用の日用品や作業療法に使用する材料

4. 支払い方法

毎月15日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護予防通所リハビリテーションをご利用にあたり、利用者に対して契約書
および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 美山病院デイ・ケアセンター
説明者
氏 名 _____ (印)

私は、契約書および本書面により、事業者から通所リハビリテーションについ
て重要事項の説明を受け、サービス提供の開始について同意します。

利用者
住 所 _____
氏 名 _____ (印)

願 い 人
住 所 _____
氏 名 _____ (印)