

医療法人 済 寿 会
 介護老人保健施設「あしたばの里・黒石」
 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9月1日改正)

1 介護予防通所リハビリテーションの概要

(1) 所在地及び実施地域等

所 在 地	青森県黒石市末広6番地1 (〒036-0521)
電 話 番 号	0172-53-1213
F A X 番 号	0172-53-1214
事 業 所 番 号	指定事業所番号 0250480001
サ ー ビ ス 実 施 地 域	黒石市 青森市 弘前市 平川市 藤崎町 田舎館村 (上記地域以外にお住いの方でも、御希望の方は御相談ください。)

(2) 職員体制

職 名	資 格	人 数	主 な 業 務 内 容
医 師	医 師	1 名	業務管理及び利用者の医学的管理
看護・介護職員	看 護 師	1 名	医師の補助及び利用者の看護業務並びに保健衛生の管理及び日常生活の援助
	介 護 福 祉 士 介 護 職 員	11 名	利用者の介護業務及び日常生活の援助
リハビリテーション職員	理 学 療 法 士	2 名	利用者ごとのリハビリテーション計画に基づく 各リハビリテーションの実施
	作 業 療 法 士	2 名	
	言 語 聴 覚 士	2 名	利用者の口腔機能向上サービスの実施
管 理 栄 養 士	管 理 栄 養 士	2 名	利用者の給食の管理及び栄養改善サービスの実施
支 援 相 談 員	社 会 福 祉 士 等	5 名	利用者及びその家族の相談・援助・助言

(3) 定員

通所リハビリテーションの定員 60人に含む

(4) 設備の概要

浴室	一般浴室 特殊浴槽	車椅子用スロープ付き 機械式特殊浴槽 1台	66.94 m ² (一般浴室に設置)
デイルーム	2室		197.38 m ²
食堂	1ヶ所		103.48 m ²
機能訓練場	1ヶ所		144.67 m ²
相談室	1室		7.42 m ²
送迎車	6台	ワゴン車 4台 (リフト付き) ワゴン車 1台 (スロープ付き) 軽ワゴン車 1台 (スロープ付き)	

(5) サービスの提供時間帯及び営業日

営業日	営業時間等
毎日(下記を除く)	午前9時30分から午後3時30分まで
休業日	毎週日曜日及び8月13日 並びに12月31日から1月2日まで

2 当介護予防通所リハビリテーションの特徴等

(1) 運営方針

- ① 当事業所は、利用者が可能な限り居宅に於いて、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、利用者のリハビリテーション計画に基づいた理学療法、作業療法、言語聴覚療法等必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持、回復を図ります。
- ② 当事業所は、利用者の状態に応じた目標を設定し、サービス利用の効果等を定期的に評価し改善を図ります。
- ③ 当事業所は、サービスの提供に当たり、利用者又はその家族に対し、リハビリテーション計画及び重要な事項について、理解しやすいよう説明を行います。
- ④ 当施設は、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従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとします。
- ⑤ 当事業所は、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、身体的拘束、その他利用者の行動を制限する行為は一切行いません。やむを得ず行う場合は、利用者又はその家族に説明のうえ、医師の指示の下に行うとともに、その状態、経過、心身の状況及び拘束の理由を記録します。
- ⑥ 当事業所は、感染症又は食中毒の予防及びまん延防止並びに事故及び褥瘡の発生防止のため、対策及び改善策を検討する委員会を設置し、その結果を介護職員、その他の職員に周知徹底を図ります。

⑦ 当事業所は、個人情報の保護に積極的に取り組んでおり、職員は業務上知り得た利用者又は家族の秘密を他に漏らすことはありません。また、職員で無くなった後もこれらの秘密を漏らすことが無いよう、職員雇用時に予め、当該事項の厳守について誓約書を提出させています。但し、介護保険サービス利用のため、医療機関又は市町村等関係機関への情報提供及びサービスの質の向上のため、学会・研究会での事例研究発表等に必要場合は、予め利用者・家族から同意を得たうえで行います。

⑧ 当事業所は、介護従事者に専門性の高い介護福祉士資格保有者を一定割合以上雇用するよう努めています。

(2) サービスの利用に当たっての留意事項

送迎時間の連絡	送迎は毎回定時に行いますが、送迎時間に変更等がある場合は、できるだけ前日までに連絡します。
体調確認	毎朝、常勤の医師及び看護師(准看護師)が利用者の体調確認を行います。
体調不良等によるサービスの中止等	医師により体調不良と診断された場合は、入浴やリハビリ等サービスの一部を中止又は変更することがあります。
設備・器具の利用	施設の備品・リハビリ機器は、担当職員の指示の下、使用していただきます。

3 サービス内容

サービス	内 容
送 迎	自宅～事業所～自宅間を専用の車両で安全に送迎します。
リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置し、利用者のリハビリテーション計画に基づいたリハビリテーションを行います。
入 浴	一般入浴介助及び特別入浴介助を行います。 車椅子使用の方のため、スロープ付きの浴槽も有ります。
食 事	適切な栄養及び内容で、管理栄養士の管理による昼食を提供します。 また、個別に栄養改善サービスも実施します。 昼食時間 12時00分からです。
レクリエーション	誕生会・納涼祭・クリスマス会のほか、カラオケ・舞踊・昔話・幼稚園児の慰問等もあります。また、手工芸・喫茶会・習字・園芸等は、好きな物を選んで参加できます。
生活等の相談	サービス利用に関することのほか、日常生活に関することも支援相談員に相談できます。

4 利用料金

(1) 予防給付対象利用料

区 分	介護保険適用時の自己負担額（1割負担の場合）		
介護 予防 通所 リハ ビリ テー ション 費	共 通 的 サ ー ビ ス	要 支 援 1	月 額 2,268 円
		(利用から12ヶ月を超えた場合)	2,148 円
	加 算	要 介 護 2	月 額 4,228 円
		(利用から12ヶ月を超えた場合)	3,988 円
		サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援1 月額 88 円 要支援2 月額 176 円
該 当 時 (実施時) に 加 算	科学的介護推進体制加算	1 月につき 40 円	
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護保険料合計の8.6%の額	
	口腔機能向上加算（Ⅰ）	月 額 150 円	
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	月 額 160 円	
	退院時共同指導加算	退院時1回 600 円	

加 算 項 目	単 位	金 額	算 定 要 件
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1 月	要支援1 88円 要支援2 176円	介護職員の70%以上が介護福祉士であること、または勤続年数10年以上の介護福祉士が25%のいずれかに該当する場合に算定します。
科学的介護推進体制加算	1 月	40円	介護サービスの質の評価・向上を図る取り組みとして、利用者ごとの日常生活動作や栄養状態等の心身の状況に係る情報を厚生労働省へ提出し必要な情報を活用している場合に算定します。
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1 月	150円	口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対して、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成の上、個別的に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施等の口腔機能向上サービスを実施した場合に算定します。
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1 月	160円	口腔機能向上加算（Ⅰ）の要件を満たし、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合に算定します。
退院時共同指導加算	1 回 (退院時)	600円	病院や診療所を退院する利用者に対し、通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士また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、初回の通所リハビリテーションを行った場合、当該退院につき1回限り算定します。
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 8.6%の額		介護職員等の処遇改善のための加算 基本サービス費に各加算・減算を加えた総単位数に加算率(8.6%)をかけて算出します。

(2) 予防給付対象外の利用料

区 分	利 用 料		
食 費	食材費及び調理費	1 日	550 円
サービス実施地域以外からの場合の交通費	サービス実施地域を超えた地点を起点に、1キロメートルにつき		15 円
通常の単位時間を超えて利用した場合の費用	利用者の希望又は家族の都合による時間外(9時30分前及び15時30分以降)の利用	1時間につき	900 円
理 容 代	髭 剃 り 1,650 円 調 髪 2,200 円	カ ッ ト	1,650 円
お む つ 代	紙おむつ(横もれ安心テープ止め) M	1枚につき	95 円
	L	1枚につき	110 円
	紙パンツ(レギュラータイプ)	1枚につき	82 円
	尿取りパッド(外漏れ安心さらさらパッド)	1枚につき	35 円
健 康 管 理 費	マスク及び手指消毒液等(11月1日～3月31日)	1 日	10 円
そ の 他 の 日 常 生 活 費	日用品(おしぼり、エプロン、バスタオル等)、教養娯楽費、おやつ代等、施設で用意するものを利用される場合	1 日	90 円

(3) 利用料の支払方法

利用料金は毎月月末締めとし、翌月10日に、前月分の利用料金請求書を当施設指定のモバイルアプリケーション「つながる家族」にて配信します。なお、お支払いは原則口座振替とし、毎月20日(金融機関休業日の場合翌営業日)に口座振替にて引き落としさせていただきますので、前日までに口座へのご入金をお願いいたします。お支払いいただきますと領収書を「つながる家族」にて配信いたします。

支払い方法は原則口座振替となりますが、事情によっては現金でのお支払いにも対応しますので、ご相談ください。その際は、毎月10日以降に、前月分を事務室でお知らせしますので、電話等で確認し、20日頃までに事務室窓口でお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行致します。

5 サービスの終了等

- (1) 利用者の都合で終了する場合は、サービス終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。
- (2) 次の事項に該当する場合は、自動的にサービスは終了となります。
 - ① 利用者の要介護認定区分が非該当または要介護と認定された場合
 - ② 利用者が介護保険施設等に入所した場合
- (3) 次の事項に該当する場合は、サービスを終了させていただく場合があります。
 - ① 当事業所のやむを得ない事情により、利用者に適正なサービスの提供ができない場合
 - ② 利用者またはその家族が、当施設の利用料金を2か月以上遅延し、その支払を督促したにも関わらず支払われない場合
 - ③ 利用者またはその家族が、当施設の職員または他の利用者等に対し、施設利用の継続が困難となる程度の背信行為等を行った場合

6 サービスに対する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口は、次のとおりです。

担 当 者	主任支援相談員	松 橋 幸 男
電 話 等	TEL 0172-53-1213	FAX 0172-53-1214
受 付 日	年中（但し、8月13日及び12月31日から1月3日を除く）	
受 付 時 間	午前8時30分から午後5時まで	

(2) また、施設内の正面玄関及び談話室に「御意見箱」を備え付けてありますので、利用してください。

(3) その他

上記以外に、お住まいの市町村または青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態に変化等があった場合は、下記及び救急隊、担当の介護支援専門員等へ連絡いたします。

御 家 族	氏 名		続 柄	
	住 所		電 話	
医 療 機 関	病院等名		所 在 地	
	主治医氏名		電 話	

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者の御家族、市町村、担当介護支援専門員等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、当施設の責に帰すべき事由により事故が発生した場合は、速やかに損害を賠償します。

9 非常災害対策

防 災 設 備	スプリンクラー、消火器、消火栓、排煙装置、火災報知器
防 災 訓 練	年 2 回（春、秋）
防 火 責 任 者	山 田 柁 継

10 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 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	山 田 柁 継
-------------	---------

- (2) 職員が支援にあたっての悩みや苦情を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について、職員に周知徹底を図っています。
- (4) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (5) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (6) サービス提供中に、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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

11 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、利用者に対する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って必要な措置を講じます。
- (2) 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います。

介護予防通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

青森県黒石市末広6-1
医療法人 済寿会
介護老人保健施設「あしたばの里・黒石」

(説明者氏名)

私は、本書面により、事業者から介護予防通所リハビリテーションサービス利用の重要事項について説明を受け、かつ、本書面の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名

利用者との続柄
