

重要事項説明書 指定通所リハビリテーション
介護老人保健施設ケンゆのかわ（通所リハビリテーション）

当事業所はご契約者に対して指定通所リハビリテーションサービスを提供致します。この「重要事項説明書」は、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことをあらかじめ説明しなければならない内容を示したものです。

介護老人保健施設ケンゆのかわ（通所リハビリテーション事業所）サービス提供に当たり、函館市の基準に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

◆◆目次◆◆

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 協力医療機関（歯科含む）
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金
7. サービス利用の際の留意事項
8. 緊急時の事故発生時の対応
9. 事故発生時の損害賠償
10. 非常災害時の対策
11. 衛生管理
12. 業務継続計画の策定
13. 第三者による評価の実施状況
14. 秘密保持等
15. 苦情等の受付について
16. 高齢者虐待防止について
17. 身体的拘束その他の行動制限について

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人函館厚生院
- (2) 法人所在地 北海道函館市本町34番8-1号
- (3) 電話番号 0138-51-9588
- (4) 代表者氏名 理事長 中田 智明
- (5) 設立年月日 明治33年3月6日（昭和27年5月17日 社会福祉法人設立認可）

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の目的

社会福祉法人函館厚生院が開設する介護老人保健施設ケンゆのかわ（通所リハビリテーション事業所）（以下「事業所」という。）が行う、指定通所リハビリテーションの適切な運営を確保するために、員数及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態（以下「要

介護状態」という。)にある高齢者等に対し適正な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とします。

- (2) 事業所の名称 介護老人保健施設ケンゆのかわ (通所リハビリテーション事業所)
- (3) 施設の所在地 函館市湯川町3丁目29番15号
- (4) 電話番号 0138-59-3065
- (5) F A X 番号 0138-83-6012
- (6) 管理者の氏名 浅島 弘志
- (7) 事業所の運営方針

事業所は、要介護状態となった場合においても、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事ができるよう、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の維持回復を図ります。

事業所は、利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定通所リハビリテーションの提供に努めるとともに、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、居宅サービス事業者その他の保健・医療・福祉サービスを提供する事業者等との密接な連携に努めます。

- (8) 開設年月日 平成6年8月1日
- (9) 利用定員 53人 (指定介護予防通所リハビリテーション含む)
- (10) 施設が行っている事業

[短期入所療養介護]	平成12年4月1日指定	0151480043号
[介護予防短期入所療養介護]	平成18年4月1日指定	0151480043号
[指定通所リハビリテーション]	平成12年4月1日指定	0151480043号
[指定介護予防通所リハビリテーション]	平成18年4月1日指定	0151480043号
[訪問看護] (介護保険)	平成12年4月1日指定	0161490057号
[訪問看護] (医療保険)	保健医療機関コード	1490057
[介護予防訪問看護] (介護保険)	平成18年4月1日指定	0161490057号
[居宅支援事業所]	平成30年4月1日指定	0171404510号
[指定訪問リハビリテーション]	令和2年1月1日指定	0151480043号
[指定介護予防訪問リハビリテーション]	令和2年1月1日指定	0151480043号
[ヘルパーステーションケンゆのかわ]	令和3年3月1日指定	0171405004号
[訪問型サービス事業所ケンゆのかわ]	令和3年3月1日指定	0171405004号
[身体障害者居宅介護事業所ケンゆのかわ]	令和3年3月1日指定	0111402426号

(11) 建物・設備の概要

敷 地		10,583.64 m ²
建 物	構造	鉄筋コンクリート造一部鉄骨造 4階建
	延床面積	7,236.70 m ²
	利用定員	150名 (うち認知症専門棟50名) / 通所53名

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 事業の実施地域

函館市（旧戸井町、旧恵山町、旧榎法華村及び旧南茅部町を除く）の区域。

(2) 営業時間

月曜日から金曜日（祝祭日を含む。）（12月30日から1月3日までを除く）

午前8時30分から午後5時00分

(3) サービス提供時間

午前9時00分から午後3時15分

4. 職員の配置状況

職 種	員数	職務内容
管理者	1名 (常勤兼務1名)	職員の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を行います。
医師	2名 (常勤兼務1名、非常勤兼務1名)	利用者の診察及び保健衛生の指導に関する業務を行います。
理学療法士	9名 (常勤兼務8名)	利用者の状態に応じて、身体機能維持回復を目的としたリハビリテーションを行います。
作業療法士	4名 (常勤兼務4名)	
言語聴覚士	1名 (常勤兼務1名)	
看護職員	3名 (常勤専従1名、非常勤専従2名)	利用者の健康状態の管理及び医療との連携支援を行います。
介護職員	10名 (常勤専従8名、非常勤専従2名)	利用者の状態に応じて、入浴・排せつ・食事等の介護を行い、日常生活の支援を行います。
栄養士および管理栄養士	3名 (常勤兼務3名、(栄養士0名、管理栄養士3名)	利用者の栄養や身体状況、嗜好を考慮した献立作成及び調理指導等を行います。
歯科衛生士	1名 (常勤兼務1名)	利用者の口腔ケアを行い、また、介護職員等に対し、口腔ケアに係る技術的助言や指導を行います。
事務職員	4名 (常勤兼務3名)	会計及び施設の庶務に関する事務全般の業務を行います。

※上記職員は事業の状況等によって増減できるものとします。(令和8年8月現在)

5. 協力医療機関

(1)

名 称	社会福祉法人 函館厚生院 函館五稜郭病院
所在地／電話	函館市五稜郭町38番3号 / 0138-51-2295
診 療 科 目	呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・小児科・外科・整形外科・泌尿器科・産婦人科・耳鼻咽喉科・眼科・呼吸器外科・心臓血管外科・放射線治療科・放射線診断科・PETセンター・歯科口腔外科・腎臓内科・形成外科・病理診断科・麻酔科・緩和ケア科・臨床

	検査科・集中治療センター・脳神経外科・透析センター・総合診療科・救急科・がんゲノム医療センター・肺がん、呼吸器病センター
病 床 数	4 8 0 床

(2)

名 称	社会福祉法人 函館厚生院 函館中央病院
所在地／電話	函館市本町 3 3 番 2 号 / 0 1 3 8 - 5 2 - 1 2 3 1
診 療 科 目	内科、総合診療科・消化器内科・神経内科(脳神経内科)・循環器内科・小児科・外科・整形外科・脊椎センター・放射線科・麻酔科・歯科口腔外科・メンタルヘルス科・形成外科・脳神経外科・心臓血管外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科
病 床 数	4 3 5 床

(3)

名 称	社会福祉法人 函館厚生院 ななえ新病院
所在地／電話	亀田郡七飯町本町 7 丁目 6 5 7 番 5 号 / 0 1 3 8 - 6 5 - 2 5 2 5
診 療 科 目	内科・脳神経内科・循環器内科・整形外科・リハビリテーション科
病 床 数	1 9 9 床

(4)

名 称	医療法人社団 吉田歯科口腔外科
所在地／電話	函館市湯川町 1 丁目 3 0 番 8 号 / 0 1 3 8 - 5 9 - 3 9 1 8
診 療 科 目	歯科・口腔外科

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

サービス提供は通所リハビリテーション計画に基づいて行います。

(1) サービスの種類

サービスの種別	内 容
通所リハビリテーション計画の作成	利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所リハビリテーション計画を作成します。
食 事	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して介助致します。 食事時間 昼食 11：35～ 食事場所 通所リハビリテーションの食堂で召し上がっていただきます。 食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。
健康チェック	利用者の到着後、健康状態のチェックを行います。それ以外でも必要時は適宜診察致しますので看護師等にお申し付けください。但し、当施設では行えない処置や手術、その他症状が著しく変化した場合の医療については、他の医療機関又は、かかりつけ医を受診していただくこととなりますのでお迎えをお願いする場合もあります。
リハビリテーション	利用者の状態に応じて、理学療法士等のリハビリ職員による機能訓練を行い、身体機能の維持・回復を図ります。
栄養改善	低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員等が共同して栄養ケア計画を作成し、サービスを提供致します。

サービスの種別	内 容
口腔機能向上	口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対し医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、医師、歯科医師の指示を受けた言語聴覚士、看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士がこれに基づくサービスを提供致します。
排せつ	利用者の身体状況や排せつ方法に応じて適切な排せつ介助を行うと共に、排せつの自立についても支援致します。
入浴	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴の介助を行います。
着替え	利用者の状態に応じて、入浴時に自立に向けた着替えのお手伝いを致します。
整容	利用時に整髪、爪切り等をお手伝い致します。
送 迎	事業者が所有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。（事業者が所有する軽四自動車により職員 1 人で送迎する場合があります。）
介護相談	介護や在宅生活に関することなど、相談に応じます。

（２）介護保険給付によるサービス （１日あたりの料金）

施設サービス費（通常規模リハビリテーション費）の１割、２割又は３割をお支払いいただきます。（法定代理受領を前提とします。）

<料金表>

（令和６年６月１日より）

	要介護１			要介護２			要介護３			要介護４			要介護５		
	１割	２割	３割	１割	２割	３割	１割	２割	３割	１割	２割	３割	１割	２割	３割
１～２時間	369円	738円	1,107円	398円	796円	1,194円	429円	858円	1,287円	458円	916円	1,374円	491円	982円	1,473円
３～４時間	486円	972円	1,458円	565円	1,130円	1,695円	643円	1,286円	1,929円	743円	1,486円	2,229円	842円	1,684円	2,526円
５～６時間	622円	1,244円	1,866円	738円	1,476円	2,214円	852円	1,704円	2,556円	987円	1,974円	2,961円	1,120円	2,240円	3,360円

注：感染症や災害の影響により、延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年の平均延べ利用者数等から 5/100 以上減少している場合、翌々月より 3 か月間上記の基本報酬に 3/100 を加えます。この措置は延長となる場合があります。

（３）各種加算サービスの内容と利用料

下記のサービスは、介護報酬の加算対象サービスとなっています。ご利用の際には、下記加算額を追加料金としてご負担いただきます。

加算名	内 容	加算額		
		１割負担	２割負担	３割負担
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護福祉士の占める割合が職員全体の 7 割以上を満たす、又は勤続 10 年以上の介護福祉士が職員全体の 1/4 以上の体制でサービス提供を行います。	22 円／日	44 円／日	66 円／日
リハビリテーション提供体制加算	3 時間以上の通所リハビリテーションの提供において利用者数が 25 名ごとに 1 名の割合で理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が常時配置されている場合に算定します。	3 時間以上 4 時間未満 12 円／日 5 時間以上 6 時間未満 20 円／日	3 時間以上 4 時間未満 24 円／日 5 時間以上 6 時間未満 40 円／日	3 時間以上 4 時間未満 36 円／日 5 時間以上 6 時間未満 60 円／日

加算名	内 容	加算額		
		1 割負担	2 割負担	3 割負担
理学療法士等 体制強化加算	1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーションの提供において専従の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士を専従かつ常勤で 2 名以上配置している場合に算定します。なお、専従とはリハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることで足りるものとします	3 0 円／日	6 0 円／日	9 0 円／日
科学的介護推進体制加算	科学的な介護の推進に向けて、利用者ごとの身体機能、栄養、口腔機能の状態及び認知症の状況、その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出します。	4 0 円/月	8 0 円/月	1 2 0 円/月
中重度者ケア体制加算	中重度要介護者が、在宅生活を継続していけるよう看護職員又は、介護職員を指定基準より多く配置しサービス提供を行います。	2 0 円/日	4 0 円/日	6 0 円/日
リハビリテーション マネジメント 加算（イ）	①リハビリテーション会議を開催して利用者の状況等を構成員と共有し会議内容を記録します。 ②6 月以内は 1 月に 1 回以上、6 月以降は 3 月に 1 回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直します。 ③理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行います。 ④以下のいずれかに適合すること 1) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定居宅サービスに該当する事業に係わる従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。 2) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。 ⑤上記①～④に適合することを確認し記録を行います。 ⑥医師はリハビリテーションの実施にあたり詳細な指示を行います。 ※リハビリテーション会議については、電子機器を用いた対応が行われる場合があります。	5 6 0 円/月 開始月から 6 月以内 2 4 0 円/月 開始月から 6 月超	1 1 2 0 円/月 開始月から 6 月以内 4 8 0 円/月 開始月から 6 月超	1 6 8 0 円/月 開始月から 6 月以内 7 2 0 円/月 開始月から 6 月超
		リハビリテーション計画書について計画に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明し、同意を得るとともに医師へ報告します。また、医師が利用者又はその家族に説明した場合はリハビリマネジメント加算に加えて 270 円/月が算定されます。		

リハビリ テーション マネジメント 加算（ロ）	①リハビリテーション会議を開催して利用者の状況等を構成員と共有し会議内容を記録します。 ②6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直します。 ③理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行います。 ④以下のいずれかに適合すること 1) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定居宅サービスに該当する事業に係わる従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。 2) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。 ⑤上記①～④に適合することを確認し記録を行います。 ⑥医師はリハビリテーションの実施にあたり詳細な指示を行います。 ※リハビリテーションの会議については、電子機器を用いた対応が行われる場合があります。	593円/月 開始月から6月 以内 273円/月 開始月から6月 超	1,186円/月 開始月から6月 以内 546円/月 開始月から6月 超	1,779円/月 開始月から6月 以内 819円/月 開始月から6月 超
	リハビリテーション計画書について計画に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明し、同意を得るとともに医師へ報告します。併せて通所リハビリテーション計画書等を厚生労働省へ報告しリハビリテーションの充実を図ります。また、医師が利用者又はその家族に説明した場合はリハビリマネジメント加算に加えて270円/月が算定されます。			

リハビリテーション マネジメント 加算（ハ）	①リハビリテーション会議を開催して利用者の状況等を構成員と共有し会議内容を記録します。 ②利用者ごとに多職種による栄養及び口腔アセスメントを行います。 - 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職員と共同して口腔の健康状態を評価し、情報を共有していきます。 - リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を推進する観点から、必要に応じ一体的な通所リハビリテーション計画を策定し、関係職員間で情報共有を行います。 ③ご利用開始から6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、ご利用者の状態変化に応じてリハビリテーション計画を見直します。 ④理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行います。 ⑤以下のいずれかに適合すること 1) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定居宅サービスに該当する事業に係わる従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。 2) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。 ⑥上記①～⑤に適合することを確認し記録を行います。 ⑦医師はリハビリテーションの実施にあたり詳細な指示を行います。 ※リハビリテーションの会議については、電子機器を用いた対応が行われる場合があります。	593円/月 開始月から6月以内 273円/月 開始月から6月超	1,186円/月 開始月から6月以内 546円/月 開始月から6月超	1,779円/月 開始月から6月以内 819円/月 開始月から6月超 リハビリテーション計画書について計画に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明し、同意を得るとともに医師へ報告します。併せて通所リハビリテーション計画書等を厚生労働省へ報告しリハビリテーションの充実を図ります。また、医師が利用者又はその家族に説明した場合はリハビリマネジメント加算に加えて270円/月が算定されます。
---------------------------------------	--	--	--	---

加算名	内 容	加算額		
		1 割負担	2 割負担	3 割負担
認知症 短期集中 リハビリテー ション実施加 算(Ⅰ)	認知症であり、かつ、リハビリテー ションによって生活機能の改善が見 込まれると医師が判断した利用者に 対して、医師又は医師の指示を受け た理学療法士、作業療法士、言語聴 覚士が集中的にリハビリテーション を個別に行います。	240円/日 退院(所)日又 は通所開始日か ら起算して3月 以内	480円/日 退院(所)日又 は通所開始日か ら起算して3月 以内	720円/日 退院(所)日又 は通所開始日か ら起算して3月 以内
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 退院(所)日又 は通所開始日の 属する月から起 算して3月以内	3,840円/月 退院(所)日又 は通所開始日の 属する月から起 算して3月以内	5,760円/月 退院(所)日又 は通所開始日の 属する月から起 算して3月以内
若年性認知症 利用者受入 加算	若年性認知症(40歳から64歳ま で)の利用者を対象に、その利用者 の特性やニーズに応じたサービス提 供を行います。	60円/日	120円/日	180円/日
短期集中個別 リハビリテー ション実施加 算	医師又は医師の指示を受けた理学療 法士、作業療法士、言語聴覚士が利 用者に対して、その退院(所)日又 は認定日から起算して3月以内に個 別リハビリテーションを集中的に行 います。 ※1回のリハビリテーシ ョンは40分実施。	退院(所)日又は 認定日から起算 して3月以内の 期間に行われた 場合。 110円/日	退院(所)日又は 認定日から起算 して3月以内の 期間に行われた 場合。 220円/日	退院(所)日又は 認定日から起算 して3月以内の 期間に行われた 場合。 330円/日
栄養改善加算	低栄養状態にある利用者又はそのお それのある利用者に対し医師、管理 栄養士、理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士、看護職員、介護職員等 が共同して栄養ケア計画を作成し、 これに基づく適切な栄養改善サービ スの実施、定期的な評価等を行いま す。栄養改善サービスの提供に当た り、必要に応じて居宅を訪問させて 頂きます。(原則として利用開始から 3か月以内まで、月に2回を限度)	200円/回	400円/回	600円/回
栄養アセスメ ント加算	利用者ごとに、管理栄養士、看護職 員、介護職員、生活相談員その他の 職種の者が共同して栄養アセスメン トを実施し、利用者又はその家族に 対してその結果を説明し、相談等に 必要に応じて対応します。栄養状態 等の情報については厚生労働省へ提 出し、栄養管理を実施します。	50円/回	100円/回	150円/回
口腔・栄養 スクリーニング 加算(Ⅰ)	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、担当の介護支 援専門員に当該情報を文書で共有し ます。(6月に1回を限度)	20円/回	40円/回	60円/回
口腔・栄養 スクリーニング 加算(Ⅱ)	利用者が栄養アセスメント加算及び 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、担当の介護支援専門員に当該情 報を文書で共有します。(6月に1回 を限度)	5円/回	10円/回	15円/回

加算名	内 容	加算額		
		1 割負担	2 割負担	3 割負担
口腔機能向上 加算（Ⅰ）	口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対し、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、医師、歯科医師の指示を受けた言語聴覚士、看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士がこれに基づく適切な口腔機能向上サービスの実施をし、定期的な評価を行います。（原則として利用開始から3か月以内まで、月2回を限度）	150円/回	300円/回	450円/回
口腔機能向上 加算（Ⅱ）	口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対し、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、医師、歯科医師の指示を受けた言語聴覚士、看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士がこれに基づく適切な口腔機能向上サービスの実施をし、定期的な評価を行います。（原則として利用開始から3か月以内まで、月2回を限度）	160円/回	320円/回	480円/回
		口腔機能改善管理計画等を厚生労働省へ提出し、口腔機能向上サービスの充実を図ります。		
移行支援加算	通所リハビリテーションを一定期間利用後他のサービスへ移行し社会参加を維持出来るよう、質の高い通所リハビリテーションを行います。	12円/日	24円/日	36円/日
生活行為向上 リハビリテーション 実施加算	生活内容の充実を図るためリハビリテーション実施計画にあらかじめ目標を定め、利用者の有する能力の向上を目指しリハビリテーション実施計画に基づき計画的に行い支援します。（利用開始から6月以内に限る。）	1,250円/月	2,500円/月	3,750円/月
入浴介助加算 （Ⅰ）	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有し、入浴介助を行います。	40円/回	80円/回	120円/回
入浴介助加算 （Ⅱ）	利用者宅を訪問し、動作や浴室環境の評価・助言を行い、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が医師との連携の下で個別の入浴計画を作成。入浴計画に基づき、個浴その他の居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行います。	60円/回	120円/回	180円/回
退院時共同指導加算	病院や診療所に入院中の方が退院に当たり、当施設の医師又は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が退院時カンファレンスに参加し、共同の指導を行った後に、当該ご利用者に対する初回のリハビリテーションを行った場合に、当該退院に付き1回に限り算定いたします。	600円/回	1200円/回	1800円/回

加算名	内 容	加算額		
		1 割負担	2 割負担	3 割負担
介護職員等 処遇改善 加算（Ⅰロ）	当事業所は、他に定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出を行ったうえ、利用者に対し、介護保険サービスを行っております。※介護職員処遇改善加算の介護報酬総単位数とは、通所リハビリテーション費と該当となる各種加算を合算した数となります。	介護報酬 総単位数 × 0. 1 1 1 （小数第 1 位 を四捨五入） × 1 0 円 × 0. 1 /月	介護報酬 総単位数 × 0. 1 1 1 （小数第 1 位 を四捨五入） × 1 0 円 × 0. 2 /月	介護報酬 総単位数 × 0. 1 1 1 （小数第 1 位 を四捨五入） × 1 0 円 × 0. 3 /月
重度療養管理 加算	要介護度 3 以上の別に厚生労働大臣が定める状態の利用者に対し計画的な医学的管理のもと、指定通所リハビリテーションを行います。 ※別に厚生労働大臣が定める状態 1. 常時頻回な喀痰吸引を実施している方。 2. 呼吸障害により人工呼吸器を使用している方。 3. 中心静脈注射をしている方 4. 週 2 回以上人工透析を実施している方で、かつ次に上げる重篤な合併症を有する状態の方。 (1)透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病の方。 (2)常時血圧が 9 0 mmH g 以下の方。 透析アミロイド症の方。 (3)出血性消化器病変の方。 (4)骨折に伴う二次性副甲状腺機能亢進症の方。 (5)うっ血性心不全の方。 5. 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時心電モニター測定を実施している状態の方。 6. 膀胱、直腸の機能障害があり、身体障害の程度等級が 4 等級以上に該当し、かつ、ストーマの処置をしている状態の方。 7. 経鼻胃管や胃ろうなどの経腸栄養が行われている方。 8. 褥瘡（床ずれ）に対する治療を実施している状態の方。 9. 気管切開が行われている状態の方。	1 0 0 円/日	2 0 0 円/日	3 0 0 円/日

(4) 介護保険給付外サービス（一部を除き、消費税がかかります。）

サービスの種別	内 容	自己負担額
食事	食事時間 昼食 11:35～ 食事場所 通所者食堂（デイルーム）にて皆さんと一緒に召し上がって頂きます。食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。	昼食 565円/日 おやつ 50円/日
日用品費	ウエットティッシュ、入浴用タオル・バスタオル、石鹸、シャンプー等の日用消耗品の費用となります。	40円/日 （1時間以上2時間未満） 200円/日 （それ以外）
教養趣味材料費	趣味教養活動の材料費などの実費相当分をお支払い頂きます。	実費相当分
文書料	入所者等からの依頼により施設において健康診断書等の文書を作成した場合にお支払いいただく費用となります。	1,650円 ～ 3,300円

その他、日常生活に必要な物品につきましては、ご利用者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。

(5) 利用料金のお支払い方法

利用料につきましては、毎月1日～末日分を当月分として翌月10日以降に請求書を発行いたします。お支払方法は、自動払込・窓口支払・郵送・銀行振込と致しますが、郵送料・振込手数料に関してはご利用者の負担とさせていただきます。

※ 自動払込の際は別の手続きが必要となりますので、通所職員にご確認下さい。

※ 銀行振込の際は下記の口座へお振込みくださいますようお願い致します。

振込先	北洋銀行	五稜郭公園支店	普通預金	4204785
口座名義	函館厚生院ケンゆのかわ	施設長	浅島	弘志

7. サービス利用の際の留意事項

- (1) 利用者又はその家族等が感染症に罹っているときまたはその恐れがある時は、ご利用の中止をお願い致します。
- (2) 利用日の健康状態には十分留意し、体調不良時は必要に応じ病院受診をお願い致します。
- (3) 入浴に関しては、入浴前の血圧、体温等基本的な身体状況が、おおむね主治医の指示する数値の範囲内で行います。
- (4) 事業所内の設備や器具は本来の使用方法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂くことがあります。
- (5) 事業所内及び事業所敷地内での喫煙、飲酒は禁止となっております。
- (6) 騒音をたてる等、他の利用者に迷惑になるような行為はお控えください。
- (7) 現金、貴重品の管理については事業所では一切行いませんので、ご利用中は自己の責任で管理してください。その他の紛失や盗難等についても一切責任を負いかねますのでご了承ください。
- (8) 事業所内での職員及び他の利用者に対する執拗な宗教活動、政治活動及び営利活動等はお控えください。
- (9) 事業所内へのペットの持ち込みはお断りします。
- (10) 食品の持ち込みは腐敗しやすい物、誤嚥の恐れがある物、手作りの物、賞味期限を確認できない物は持ち込みをお断りします。利用者間の食べ物のやり取りについても上記の理由によりお控えください。

- (11) 携帯電話の持ち込みは可能となっておりますが、通話や使用に関しては他者に迷惑のかからないようご使用ください。

8. 緊急時及び事故発生時の対応

- (1) 事業所はサービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。
- (2) 事業所は、利用者に対する介護サービスの提供に当たり事故が発生した場合は、速やかに利用者の関係者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (3) 事業所は、職員が速やかに対応できるよう、緊急時マニュアルを作成し、定期的に救急蘇生法等の実習及び研修会等を実施するものとします。
- (4) 事業所は、積雪などをはじめとする、急な気象状況の悪化等によるやむを得ない事情の中でも継続的なサービスを行う観点から、通所介護費等の所要時間について考慮する場合があります。

9. 事故発生時の損害賠償

- (1) 事業所は、利用者に対する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、必要な措置を速やかに行います。
- (2) 事業所の故意、過失に基づく事故が発生した場合は、当事業所が損害を賠償します。
- (3) 利用者の重過失により事業者若しくは他の利用者が何らかの被害、損害を受けた場合は、当該利用者又は利用者の関係者等は連帯にて賠償して頂きます。

10. 非常災害時の対策

災 害 時 対 応	防災マニュアルに基づき対応致します。 災害時の業務継続に向けた計画等を策定し、研修、訓練(シミュレーション)の実施を行っております。
防火対象物の概要	当施設は耐火構造で消防法適合施設です。
消 防 用 設 備 等	消火器・スプリンクラー設備・自動火災報知設備・消防機関へ通報する火災報知設備・非常警報設備・誘導灯・非常電源（自家発電設備）・非常電源（蓄電池設備）
防 災 訓 練	避難訓練は最低年2回（日中想定1回・夜間想定1回）実施しております。
防 火 管 理 者	清水 孝行

○日頃から地域住民との密接な連携体制確保のため、災害、防災訓練時等にできるだけ地域住民の参加が得られるよう努めます。

11. 衛生管理

- (1) 事業所は、設備等の衛生的管理に努め、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切に行います。

- (2) 事業所は、感染症又は食中毒の予防及びまん延防止の為に必要な措置を講じます。またご利用者も感染症又は食中毒の予防及びまん延防止の為に必要な措置に協力するものとします。
- (3) 感染対策に関する指針を活用し研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）を実施しています。

1 2. 業務継続計画の策定

- (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のサービス提供を継続的に実施するため、及び非常時、早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- (2) 施設は、従業員に対し、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の実施します。
- (3) 施設は、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。

1 3. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

1 4. 秘密保持等

- (1) 職員は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密保持を厳守します。
- (2) 職員であった者が、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じるものとします。
- (3) ご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取り扱うものとし、当事業所が業務上知り得た利用者及びその家族の個人情報については、当事業所でのサービスの提供に係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、必要に応じて文書により利用者及びその家族又はその代理人の同意を得る事とします。

1 5. 苦情等の受付について

(1) 苦情等の受付

当事業所のサービス提供について、ご不明な点・疑問・苦情等がございましたら、下記の相談窓口までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱（1階正面玄関）での受付も致しておりますのでご利用ください。

- 相談受付窓口 窓口責任者
- 電 話 番 号 0 1 3 8 - 5 9 - 3 0 6 5
- F A X 番 号 0 1 3 8 - 8 3 - 6 0 1 2
- 受 付 時 間 午前8時30分～午後5時30分（土・日、12月30日～1月3日を除く）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

函館市保健福祉部 高齢福祉課高齢・介護 総合相談窓口	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 0138-21-3025 FAX番号 0138-26-5936 受付時間 午前8時45分～午後5時30分 (土日・祝日を除く)
北海道国民健康 保険団体連合会 総務部介護・障害支援課	所在地 札幌市中央区北南2条西14丁目 電話番号 011-231-5175 FAX番号 011-232-2178 受付時間 午前9時～午後5時 (土日・祝日を除く)
北海道社会福祉協議会 北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 電話番号 011-204-6310 FAX番号 011-204-6311 受付時間 午前9時～午後5時 (土日・祝日を除く)

(3) 高齢者の虐待に係る連絡先

函館市保健福祉部 指導監査課 高齢者担当	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 ①0138-21-3926 ②0138-21-3927 ③0138-21-3923 受付時間 午前8時45分～午後5時30分 (土日・祝日を除く)
----------------------------	--

16. 高齢者虐待防止について

虐待に関する責任者	施設長 浅島 弘志
-----------	-----------

(1) 施設の取組について

- ・虐待防止委員会を定期的開催し、施設長が虐待防止責任者となり、虐待防止の周知徹底をおこなっています。
- ・虐待防止に関する指針を活用し身体拘束等の適正化に関する基本的な考え方を学習しています。
- ・年2回または定期的に勉強会を開催しています。
- ・啓発ポスターなどを作成し防止の意識付けをしています。

17. 身体的拘束その他の行動制限について

- (1) 利用者又は他の利用者の生命若しくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他の方法により利用者の行動制限を致しません。
- (2) やむを得ず身体的拘束その他の行動制限を行う場合は、利用者及び関係者等に対し事前に行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分な納得と確認が得られるように説明を致します。
- (3) やむを得ず身体的拘束その他の行動制限を行う場合には、介護サービス記録に次の事項を記載致します。
 - 1、利用者に対する行動制限を決定した者の氏名、制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間。
 - 2、前項に基づく施設の、利用者及び利用者の関係者等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要。
- (4) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（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3月に1回以上開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。

(5) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

(6) 職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

指定通所リハビリテーションの契約締結に当たり、本書面に基づいて重要事項の説明をしました。

事業所 所在地 函館市湯川町3丁目29番15号
事業所名 介護老人保健施設 ケンゆのかわ
(通所リハビリテーション事業所)

説 明 者 _____

職 種 _____

指定通所リハビリテーションの契約締結に当たり、本書面に基づいて重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

(代筆者 氏名)

(代筆者 続柄)

代筆理由 (視覚障害・手の震えや拘縮、麻痺・認知機能の低下)

(その他理由)

私は、以上の契約につき説明を受け、身元引受人の責任について理解しました。

利用者の 住 所 _____

ご家族等

氏 名 _____

続 柄 _____