

重 要 事 項 説 明 書
(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)

介 護 老 人 保 健 施 設
ウエストケアセンター
0 4 2 - 6 5 4 - 5 5 1 1

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
重要事項説明書
(令和6年6月1日現在)

1 当事業所が提供する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についての相談窓口

電話番号 042-654-5511
 ※日・祝日を除く（8時45分～17時15分）
ファックス番号 042-654-7716
担 当 支援相談員
 ※ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

2 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の概要

(1) 事業所の名称・所在地等

事業所名	ウエストケアセンター
所在地	東京都八王子市上川町2135番地
介護保険事業者番号	1357080112
通常の事業の実施地域	別紙参照※

(2) 職員体制（必置職については法令の定めるところによる） *施設入所と兼務

職 種	員 数	業 務 内 容
医 師*	1.0	業務に関する管理
看護師・准看護師 介護福祉士	3.8	看護・介護業務
理学療法士又は作業療法士 及び言語聴覚士		機能訓練・ リハビリテーション
支援相談員*	1.0	相談業務各種

(3) 営業日・営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日・祝祭日 日曜日（利用希望者の状況による） ただし・年末年始（12/31～1/3）を除く
営業時間	10時00分 ～ 16時00分

3 サービス内容

- ① 送 迎 運転手と介護職員による送迎
- ② 食 事 昼食（選択制）とおやつの提供
季節ごとの行事食を取り入れています。
- ③ 入 浴 一般浴・特別浴
但し、利用者の健康状態により、ご入浴いただけない場合があります。
- ④ 機能訓練・リハビリテーション
生活動作訓練を中心とした作業療法・理学療法等
- ⑤ レクリエーション
集団レク、合唱、散歩、誕生会、季節行事等
- ⑥ 生活相談 支援相談員がご相談に応じます。

4 利用料金

(1) 通所リハビリテーション料金

- ① 基本利用料 ※平均利用延人数750以内及び一定条件を満たした場合（通常規模型）
1日あたりの利用料金（6時間以上7時間未満）

該当区分	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
要介護1	775 円	1,549 円	2,323 円
要介護2	921 円	1,841 円	2,762 円
要介護3	1,063 円	2,125 円	3,188 円
要介護4	1,232 円	2,463 円	3,694 円
要介護5	1,397 円	2,794 円	4,191 円

- ② 基本利用料 ※平均利用延人数751以上（大規模型）

1日あたりの利用料金（6時間以上7時間未満）

該当区分	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
要介護1	731 円	1,462 円	2,193 円
要介護2	869 円	1,737 円	2,606 円
要介護3	1,003 円	2,006 円	3,009 円
要介護4	1,167 円	2,333 円	3,499 円
要介護5	1,326 円	2,651 円	3,977 円

- ③ 食 費 1日あたり 800円 全額自己負担

※ ④加算項目

内 容			自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)	備 考
1.	サービス提供体制 強化加算 (Ⅰ)	1 日 あたり	24 円	48 円	72 円	介護職員の資格等基準に対するの体制加算 (介護福祉士の割合が70%以上もしくは 勤続10年以上介護福祉士25%以上のい ずれかに該当)
2.	サービス提供体制 強化加算 (Ⅱ)	1 日 あたり	20 円	39円	59円	介護職員の資格等基準に対するの体制加算 (介護福祉士の割合50%以上)
3.	サービス提供体制 強化加算 (Ⅲ)	1 日 あたり	7 円	13 円	20 円	介護職員の資格等基準に対するの体制加算 (介護福祉士40%以上もしくは勤続年数 7年以上の割合30%以上のいずれかに該 当)
4.	入浴介助加算 (Ⅰ)	1 日 あたり	44 円	87 円	130 円	一般浴、特別浴を提供した場合
5.	入浴介助加算 (Ⅱ)	1 日 あたり	65 円	130 円	195 円	利用者の居宅を訪問して、浴室における利 用者の動作、環境の評価を行い、環境等に 踏まえた入浴計画を作成し、計画に基づき、 個浴で入浴を提供した場合
6.	リハビリテーション 提供体制加算	1 日 あたり	26 円	52 円	78 円	常時、当該事業所に配置されている理学療 法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数 が、当該事業所の利用者の数が二十五又は その単数を増すごとに一以上であること。 リハビリテーションマネジメント加算算定 の場合に限る
7.	リハビリテーショ ンマネジメント 加算 (イ)	1	607 円	1,213 円	1,820 円	1 月に1回以上のリハビリテーション会議 の開催し、他職種と利用者の状況等に関す る情報を共有、利用者の居宅を訪問し日常 生活上の留意点など指導・助言を行い、状態 の変化に応じて計画を見直し、介護支援専 門員に対し情報提供を行っていること。 (同意日から6月以内)
8.		2	260 円	520 円	780 円	3 月に1回以上のリハビリテーション会議 の開催し、他職種と利用者の状況等に関す る情報を共有し利用者の居宅を訪問し日常 生活上の留意点など指導・助言を行い、状態 の変化に応じて計画を見直し、介護支援専 門員に対し情報提供を行っていること。 (同意日から6月超)
9.	リハビリテーショ ンマネジメント 加算 (ロ)	1	643 円	1,285 円	1,927 円	(イ) 1の基準に適合しており、計画書等 の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リ ハビリの実施のために必要な情報を活用し ている場合 (同意日から6月以内)
10.		2	296 円	592 円	887 円	(イ) 2の基準に適合しており、計画書等 の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リ ハビリの実施のために必要な情報を活用し ている場合 (同意日から6月超)

内 容				自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)	備 考
11.	リハビリテーション マネジメント 加算 (ハ)	1	1月 あたり	859 円	1,718 円	2,577 円	(ロ)の要件を満たしており、他職種と共同して口腔の健康状態の評価、解決すべき課題の把握をし、口腔・栄養の健康状態に関する情報を相互に共有して、必要に応じて計画の見直しし、関係職種に情報提供を行っている場合 (同意日から6月以内)
12.		2		513 円	1,025 円	1,537 円	(ロ)の要件を満たしており、他職種と共同して口腔の健康状態の評価、解決すべき課題の把握をし、口腔・栄養の健康状態に関する情報を相互に共有して、必要に応じて計画の見直しし、関係職種に情報提供を行っている場合 (同意日から6月超)
13.	事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合		1月 あたり	293 円	585 円	878 円	(イ)の要件を満たしており、通所リハビリ計画について、医師が利用者又は家族に説明、同意を得ており、計画書等の内容を厚生労働省に提出をして、情報の内容を活用している場合
14.	短期集中個別リハビリテーション実施加算		1日 あたり	120 円	239 円	358 円	退院・退所日又は認定日から3か月以内に個別のリハビリテーションを集中的に行った場合
15.	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)		1日 あたり	260 円	520 円	780 円	認知症の利用者を対象に1週間に2日を限度に個別のリハビリテーションを行った場合 (退院・退所日又は通所開始日から3月以内)
16.	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)		1月 あたり	2,080 円	4,159 円	6,238 円	認知症の利用者を対象に1月に4回以上の個別の生活機能の向上に資するリハビリテーションを行った場合 (退院・退所日又は通所開始日から3月以内)
17.	生活行為向上リハビリテーション実施加算		1月 あたり	1,354 円	2,708 円	4,062 円	生活行為の内容の充実を図る為の目標及び目標を踏まえたリハビリの実施内容等をリハビリ計画に策定し、リハビリを提供する。利用者の居宅を訪問し、1月に1回以上の評価、リハビリ提供終了1月以内に会議を行い、達成状況を報告した場合 (開始日から起算して6月以内)
18.	若年性認知症利用者受入加算		1日 あたり	65 円	130 円	195 円	若年性認知症 (第2号被保険者) の利用者を受け入れた場合
19.	栄養アセスメント加算		1月 あたり	55 円	109 円	163 円	利用者ごとに他職種が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者、家族に対して、結果を説明、相談等に応じて対応することと栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管路等の必要な情報を活用している場合

内 容			自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)	備 考
20.	栄 養 改 善 加 算	1回 あたり	217 円	434 円	650 円	低栄養状態にある方又はそのおそれのある利用者に対して、管理栄養士が他職種と共同し、摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合 (月 2回を限度)
21.	口腔・栄養 スクリーニング加算 (Ⅰ)	1回 あたり	22 円	44 円	65 円	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、栄養状態について確認を行い、当該利用者の口腔、栄養状態に関する情報を、担当の介護支援専門員に提供している。(栄養改善加算・口腔機能向上加算との併用算定不可) ※6月に1回限度
22.	口腔・栄養 スクリーニング加算 (Ⅱ)	1回 あたり	6 円	11 円	17 円	栄養改善、口腔機能向上加算を算定しており、利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、当該利用者の口腔、栄養状態に関する情報を、担当の介護支援専門員に提供している。(栄養改善加算・口腔機能向上加算との併用算定可) ※6月に1回限度
23.	口腔機能向上加算 (Ⅰ)	1回 あたり	163 円	325 円	488 円	口腔機能の低下している利用者等に対し、口腔機能向上を目的として、他職種が共同し口腔機能改善のための計画を作成、適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合 (月 2回を限度)
24.	口腔機能向上加算 (Ⅱ) イ	1回 あたり	168 円	336 円	504 円	(Ⅰ) 算定要件に適合しており、計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、実施時に必要な情報を活用した場合 (月 2回を限度) ※リハビリメント加算算定している場合
25.	口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ	1回 あたり	174 円	347 円	520 円	(Ⅰ) 算定要件に適合しており、計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、実施時に必要な情報を活用した場合 (月 2回を限度) ※リハビリメント加算算定していない場合
26.	重度療養管理加算	1日 あたり	109 円	217 円	325 円	要介護3、4又は5の利用者に対し、計画的な医学的管理を継続的に行った場合
27.	送 迎 減 算	片道 あたり	-51 円	-102 円	-153 円	利用者の居宅と事業所との間の送迎を行わない場合
28.	中重度者ケア体制加算	1日 あたり	22 円	44 円	65 円	要介護3、要介護4、要介護5の利用者を受け入れる体制を構築し、一定の基準を達した場合の体制加算
29.	科学的介護推進 体 制 加 算	1月 あたり	44 円	87 円	130 円	利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況・の心身の状況等に係る基本的な情報を、3月に1回厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している。

内 容			自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)	備 考
30.	移行支援加算	1日 あたり	13 円	26 円	39 円	前年度において通所リハビリテーション終了者のうち通所介護等を実施したものの割合が一定以上超えた場合
31.	退院時共同指導加算	1回 あたり	650 円	1,300 円	1,950 円	医療機関等の退院前カンファレンスに参加し、情報共有、リハビリに必要な指導を共同して行った場合（退院につき1回限り）
32.	定員超過による減算		基本料金の 70%に減算			利用定員を上回る利用者を利用して場合
33.	職員の員数が基準に満たない場合の減算		基本料金の 70%に減算			職員の員数が指定基準に満たない場合
34.	感染症に係る特例措置		基本料金に対し 3%増し			感染症等で利用者が減少している場合 6 か月を限度
35.	高齢者虐待防止措置 未実施減算		基本料金から 1.0%減算			虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合
36.	業務継続計画未策定減算		基本料金から 1.0%減算			感染症や自然災害発生時において、早期の業務再開や必要な介護サービスを継続的に提供するための、業務継続計画が未策定の場合
37.	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		自己負担の 8.6%増し			介護職員の処遇改善に対する加算
38.	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）		自己負担の 8.3%増し			介護職員の処遇改善に対する加算
39.	介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）		自己負担の 6.6%増し			介護職員の処遇改善に対する加算
40.	介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）		自己負担の 5.3%増し			介護職員の処遇改善に対する加算
41.	介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） （1）～（14）		自己負担の 7.6～2.8%増し			介護職員の処遇改善に対する加算

※ ④ 1～31の自己負担額の金額は端数処理をしてありますので、回数等により金額が変わる場合があります。

※ ④ 4～31については、利用者の状態に応じ該当する場合に算定します。

※ ④ 1～3及び37～41については、各加算項目のいずれかひとつに該当する項目になります。

※ ④ 37～41の介護職員処遇改善加算については、（1）①②基本利用料及び1～31のサービス内容により、自己負担の金額が変わる場合があります。

※⑤その他の費用

	項 目	料 金	内 容
42.	教養娯楽費	実施回数分	個別的行うレクリエーション、クラブ活動等で使用する材料費など、施設で用意するものをご利用いただく場合
43.	特 別 食	150円 (1食あたり)	治療食を提供した場合（食費とは別に請求いたします）

※ 尿とりパッド・リハビリパンツなどは、必要に応じてご持参下さい。施設のものを使用した場合の費用については、自己負担（実費相当分）となります。

※ ⑤ 42については、別紙の「その他の利用料希望確認表」にて、希望の確認をさせていただきます。

⑥キャンセル規定

利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① 利用日の当日8時30分までにご連絡いただいた場合	無 料
② 利用日の当日8時30分までにご連絡がなかった場合	※昼食代分の¥800を徴収させていただきます。

※食事については、外部業者に委託しているため

(2) 介護予防通所リハビリテーション料金

① 基本利用料（1月あたりの利用料金）

該当区分	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
要支援1	2,457 円	4,913 円	7,369 円
要支援2	4,579 円	9,158 円	13,737 円

② 基本利用料（1日あたりの利用料金）

該当区分	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
要支援1	82 円	163 円	244 円
要支援2	151 円	301 円	452 円

※ (2) ②については、月途中に要介護から要支援、要支援から要介護、要支援度の変更及び同一月に介護予防短期入所療養介護を利用した場合に限ります。

③ 食 費 1日あたり 800円 全額自己負担

※ ④加算項目

内 容			自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)	備 考
1.	サービス提供 体制強化加算 (I) (要支援1)	1月 あたり	96 円	191 円	286 円	介護職員の資格等基準に対するの体制加算 (介護福祉士の割合が70%以上もしくは勤続10年以上介護福祉士25%以上のいずれかに該当)
2.	サービス提供 体制強化加算 (I) (要支援2)	1月 あたり	191 円	382 円	572 円	介護職員の資格等基準に対するの体制加算(介護福祉士の割合が70%以上もしくは勤続10年以上介護福祉士25%以上のいずれかに該当)

内 容			自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)	備 考
3.	サービス提供 体制強化加算 (Ⅱ) (要支援1)	1月 あたり	78 円	156 円	234 円	介護職員の資格等基準に対する体制加算(介護福祉士の割合50%以上)
4.	サービス提供 体制強化加算 (Ⅱ) (要支援2)	1月 あたり	156 円	312 円	468 円	介護職員の資格等基準に対する体制加算(介護福祉士の割合50%以上)
5.	サービス提供 体制強化加算 (Ⅲ) (要支援1)	1月 あたり	26 円	52 円	78 円	介護職員の資格等基準に対する体制加算(介護福祉士40%以上もしくは勤続年数7年以上の割合30%以上のいずれかに該当)
6.	サービス提供 体制強化加算 (Ⅲ) (要支援2)	1月 あたり	52 円	104 円	156 円	介護職員の資格等基準に対する体制加算(介護福祉士40%以上もしくは勤続年数7年以上の割合30%以上のいずれかに該当)
7.	生活行為向上リハビリテーション 実施加算	1月 あたり	609 円	1,218 円	1,826 円	生活行為の内容の充実を図る為の目標及び目標を踏まえたリハビリの実施内容等をリハビリ計画に策定し、リハビリを提供する。利用者の居宅を訪問し、1月に1回以上の評価、リハビリ提供終了1月以内に会議を行い、達成状況を報告した場合 (開始日から起算して6月以内)
8.	若年性認知症 利用者受入加算	1月 あたり	260 円	520 円	780 円	若年性認知症(第2号被保険者)の利用者を受け入れた場合
9.	長期利用に伴う 減算(要支援1)	1月 あたり	-130 円	-260 円	-390 円	適切なサービス提供とする観点から、12月を超えてサービスを利用継続した場合 ※ただし、3か月に1回以上、リハビリ会議を開催し、他職種との情報共有、計画の見直し、厚生労働省に内容等の情報提出をして、その情報を有効活用している場合は減算しない
10.	長期利用に伴う 減算(要支援2)	1月 あたり	-260 円	-520 円	-780 円	適切なサービス提供とする観点から、12月を超えてサービスを利用継続した場合 ※ただし、3か月に1回以上、リハビリ会議を開催し、他職種との情報共有、計画の見直し、厚生労働省に内容等の情報提出をして、その情報を有効活用している場合は減算しない
11.	退院時共同 指導加算	1回 あたり	650 円	1,300 円	1,950 円	医療機関等の退院前カンファレンスに参加し、情報共有、リハビリに必要な指導を共同で行った場合(退院につき1回限り)
12.	栄養改善加算	1月 あたり	217 円	434 円	650 円	低栄養状態にある方又はそのおそれのある利用者に対して、管理栄養士が他職種と共同し、摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合(月2回を限度)

内 容			自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)	備 考
13.	栄養アセスメント 加算	1月 あたり	55 円	109 円	163 円	栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してし、相談等に応じ対応すること栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他栄養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こと。
14.	口腔・栄養 スクリーニング 加算（Ⅰ）	1月 あたり	22 円	44 円	65 円	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、栄養状態について確認を行い、当該利用者の口腔、栄養状態に関する情報を、担当の介護支援専門員に提供している。 （栄養改善加算・口腔機能向上加算との併用算定不可） ※6月に1回限度
15.	口腔・栄養 スクリーニング 加算（Ⅱ）	1月 あたり	6 円	11 円	17 円	栄養改善、口腔機能向上加算を算定しており、利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、当該利用者の口腔、栄養状態に関する情報を、担当の介護支援専門員に提供している。 （栄養改善加算・口腔機能向上加算との併用算定可） ※6月に1回限度
16.	口腔機能 向上加算（Ⅰ）	1月 あたり	163 円	325 円	488 円	口腔機能の低下している利用者等に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合
17.	口腔機能 向上加算（Ⅱ）	1月 あたり	174 円	347 円	520 円	（Ⅰ）の要件を満たしており、計画等の情報を厚生労働省に提出し、サービスの実施にあたってその情報を有効活用している場合 （月2回限度）
18.	一体的サービス 提供加算	1月 あたり	520 円	1,040 円	1,560 円	栄養改善、口腔機能向上サービスを一体的に実施しており、いずれかのサービスを行う日を1月に2回以上も受けている場合
19.	科学的介護推進体制加算	1月 あたり	44 円	87 円	130 円	利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況・の心身の状況等に係る 基本的な情報を、厚生労働省 に提出していること。
20.	高齢者虐待防止措置 未実施減算		基本料金から 1.0%減算			虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合
21.	業務継続計画未策定減算		基本料金から 1.0%減算			感染症や自然災害発生時において、早期の業務再開や必要な介護サービスを継続的に提供するための、業務継続計画が未策定の場合
22.	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		自己負担の 8.6%増し			介護職員の処遇改善に対する加算
23.	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）		自己負担の 8.3%増し			介護職員の処遇改善に対する加算
24.	介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）		自己負担の 6.6%増し			介護職員の処遇改善に対する加算
25.	介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）		自己負担の 5.3%増し			介護職員の処遇改善に対する加算

26.	介護職員等処遇改善加算（Ⅴ） （１）～（１４）	自己負担の７．６～２．８増し	介護職員の処遇改善に対する加算
-----	----------------------------	----------------	-----------------

- ※ ④ １～１９自己負担額の金額は端数処理をしてありますので、回数等により金額が変わる場合があります。
- ※ ④ １～６及び２２～２６については、各加算項目のいずれかひとつに該当する項目になります。
- ※ ④ ７～１８については、利用者の状態に応じ該当する場合に算定します。
- ※ ④ ２２～２６介護職員処遇改善加算（２）①②基本利用料及び１～１９のサービス内容により、自己負担の金額が変わる場合があります。

※⑤その他の費用

	項 目	料 金	内 容
27.	教 養 娛 楽 費	実施回数分	個別的に行うレクリエーション、クラブ活動等で使用する材料費など、施設で用意するものをご利用いただく場合
28.	特 別 食	１５０円 (１食あたり)	治療食を提供した場合（食費とは、別に請求いたします）

- ※ 尿とりパッド・リハビリパンツなどは、必要に応じてご持参下さい。施設のものを使用した場合の費用については、自己負担（実費相当分）となります。
- ※ ２７については、別紙の「その他の利用料希望確認表」にて、希望の確認をさせていただきます。

（３）支払い方法

毎月１５日前後に前月分の請求書をご郵送いたします。

お支払方法については、毎月２７日にご指定口座よりお引き落としさせていただきます。

５ 健康上の理由による中止

- ① 風邪等、病状によりサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。
その場合、ご家族に連絡の上適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医へ連絡を取る等必要な措置を講じます。

- * サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。
ただし、定数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承下さい。

６ サービスの特徴等

（１）運営の方針

i) 通所リハビリテーション運営の方針

- ① 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、リ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。
- ② 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化防止、又は、要介護状態となることの予防に資するよう、目標を設定し計画的にサービスを提供する。
- ③ サービスの提供にあたっては、質の評価を行い、常に改善を図る。

ii) 介護予防通所リハビリテーション運営の方針

- ① 事業者の従業者は、利用者の心身の状況を踏まえて、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、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リ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。
- ② 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努める。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
従業者への研修の実施	有	年1回以上の専門研修を実施しています。
高齢者虐待防止の取組	有	虐待の発生、再発防止のための指針を整備し、対策を検討する委員会の開催及び研修の実施を定期的に行います。
感染症管理体制	有	感染症又は食中毒の予防及び蔓延防止のため指針を整備し、対策検討会議を月1回以上開催しています。
介護事故に対する安全管理体制	有	施設内で発生した事故について毎月開催される事故予防対策委員会にて分析し改善策を検討しています。
褥瘡防止対策の体制	有	褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を防止する体制を整備しています。
介護サービス情報の公表	有	指定調査機関による調査（年1回）・公表

7 サービス利用にあたっての留意事項

- ・送迎時間の連絡 利用開始にあたり、概ねの時間をご連絡します。
但し、当日の交通事情により、大幅に時間変更となる場合には事前にご連絡します。
- ・体調確認 当日、ご利用の際に、血圧測定などの健康チェックをします。
- ・体調不良によるサービスの中止・変更
当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・時間の変更 (通所リハビリテーション)
利用者の皆様のご都合による利用時間の変更があった場合、規定の利用料金をいただく事があります。継続的に利用時間を変更される場合は、居宅サービス計画の変更が必要となりますので、事前に当事業所又は担当の介護支援専門員にご相談下さい。
(介護予防通所リハビリテーション)
原則、介護予防計画書に位置付けられた時間での対応
- ・設備、器具の利用 当事業所の設備・器具を利用した際は、当事業所の従業者の指示に従って下さい。
- ・金銭・貴重品の持ち込み 金銭及び貴重品の持ち込みは可能ですが、当施設での責任は負いかねますのでご了承ください。なお、金銭の持ち込みについては、少額でお願いしております。
- ・飲食物の持ち込み 誤嚥等の事故防止のため原則禁止。(施設で許可したものに限りです。)万が一、許可無く持ち込みをした場合、責任を負いかねます。

- ・危険物の持ち込み 火の元となるライター・マッチなどの持ち込みは原則禁止。
カッターやハサミや裁縫針など、刃物又は針類の持ち込みも原則禁止。
- ・機能訓練の内容 作業療法士、理学療法士が利用者の状態に応じた計画を立て個別訓練
と集団訓練を行います。
- ・レクリエーション 季節の行事、小グループでの趣味活動、誕生会などを行います。
- ・その他 ご不明なことは担当支援相談員にお問い合わせ下さい。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者の容態に変化等があった場合は、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターに連絡をいたします。

9 事故発生時の対応

サービス提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに家族や保険者に連絡するとともに、必要な措置を講じます。事故内容及び事故に対する措置を講じた状況等を記録し、再発防止に努めます。事故が事業者側の故意過失による場合は損害賠償します。

10 非常災害対策及び業務継続計画（BCP）について

(1) 非常災害対策

- ・防災時の対応 消防計画規定により生命の安全を最優先に避難します。
- ・防 災 設 備 消火器具、スプリンクラー設備、自動火災報知設備、非常警報設備、
消防機関へ通報火災報知設備、避難器具、誘導灯、連結送水管、
防火設備、簡易自動消火装置、非常電源（自家発電設備）
- ・防 火 管 理 者 事 務 長
- ・防 災 訓 練 年2回以上

(2) 業務継続計画

- ・感染症や非常災害時の対応 業務継続計画に基づき、利用者に対するサービスの提供を
継続的に実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図る
ための必要な措置を講じます。
- ・研修・訓練の実施 研修 年に2回以上
訓練 年に2回以上
- ・業務継続計画の見直し 定期的な見直し

11 禁止事項 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。

12 サービス内容に関する要望及び苦情等の相談

- (1) 当事業所の苦情等の相談については、支援相談の専門員として支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談下さい。

受付窓口 電話 042-654-5511 (代)

〔令和 年 月 日現在の担当支援相談員は

_____です。〕

＊要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

また、2階待合スペースもしくは正面玄関入った右手奥『デイケア掲示板』横に備え付けられた『ご意見箱』をご利用いただくことも可能です。

(2) その他 市役所、国保連合会の介護保険の窓口でもご相談いただけます。

主な窓口

◇八王子市役所 福祉部高齢者福祉課 相談担当

042-620-7420 (8:30～17:00)

◇東京都国民健康保険団体連合会 介護相談窓口担当

03-6238-0177 (9:00～17:00)

(別紙※)

通常の事業の実施地域

※八王子市内の下記一部範囲に限られます。

※送迎範囲については希望に応じ柔軟に対応致しますので、下記送迎範囲外からのご利用もご相談下さい。

泉町	犬目町	小津町	恩方町	加住町
叶谷町	上川町	川町	上壱分方町	川口町
清川町	左入町	下恩方町	城山手	諏訪町
大楽寺町	高月町	丹木町	戸吹町	中野町
中野上町	中野山王	長房町	檜原町	西寺方町
貳分方町	平岡町	日吉町	みつゐ台	宮下町
美山町	元八王子町	谷野町	横川町	四谷町
※その他、応相談				

※送迎範囲については、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション利用者等の状況により変更される場合があります。

※送迎範囲以外の場所からでも、家族等の送迎により、当施設を利用することも可能です。

※ご不明な点がございましたら担当支援相談員にご相談下さい。

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの提供開始にあたり、本書面に基づいて重要な事項について説明し、利用の同意を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものといたします。

同意日 令和 年 月 日

事業者

〔事業者名〕 ウエストケアセンター

(事業者番号 1357080112)

〔住 所〕 東京都八王子市上川町2135番地

〔代表者名〕 理事長 山 本 登 印

〔説 明 者〕 _____ 印

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの提供開始にあたり、本書面に基づいて重要な事項について説明を受け、利用の同意及び了承しました。

《利用者》

氏 名 _____ 印

利用者は、心身の状況等により署名ができない為、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者になわって、その署名を代筆しました。

代筆者氏名： _____ (続柄： _____)