

通所リハビリテーション重要事項説明書

1. 南長崎クリニックが提供するサービスについての相談窓口

TEL095-828-4706 (直)・FAX818-4011

TEL095-827-3817 (リハビリ室直)

TEL095-827-3606 (代)・FAX095-827-3561

通所リハビリテーション

2. (居宅サービス事業所の概要)

①居宅サービス事業者の指定番号及びサービス提供地域

◆事業所名：医療法人社団春秋会 南長崎クリニック

◆所在地：長崎市松が枝町3番20号

◆介護保険指定番号：4210162006

◆サービスを提供する地域：旧長崎市（H17年1月4日合併以前）とする

3. (事業の目的)

① 要介護状態又は要支援状態にある者（以下「要介護者等」という）
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する。

4. (運営の方針)

- ① 指定通所リハビリテーションの従業者は、要介護者等が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、必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の維持回復を図る。
- ② 指定通所リハビリテーションは利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行う。
- ③ 指定通所リハビリテーションの実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は、福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努める。
- ④ 事業所は、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する。
- ⑤ 指定通所リハビリテーション〔指定予防通所リハビリテーション〕の提供にあたっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。

5. (営業日及び営業時間、利用定員、は次の通りとする。)

月曜日から土曜日

ただし、日曜日、国民の祝祭日、12月31日～1月3日、8月15日を除く。

営業時間 午前8時30分～午後5時30分

サービス提供時間 午前8時30分～午後5時00分

電話により24時間常時連絡が可能な体制とする。

指定通所リハビリテーションの利用定員は1単位60人、2単位目30人とする

6. (従業者の職種、員数、及び職務内容)

(1) 1単位目

- | | | |
|--------|--------------|--------------|
| ①医師 | 1名以上(常勤・兼務) | |
| ②理学療法士 | 1名以上(常勤・専従) | 1名(常勤・管理者兼務) |
| ③作業療法士 | 1名以上(常勤・専従) | |
| ④看護師 | 1名以上(常勤・専従) | |
| ⑤介護職員 | 5名以上(常勤・専従) | |
| ⑥送迎職員 | 1名以上(非常勤・専従) | |
| ⑦言語聴覚士 | 1名(非常勤・専従) | |

2単位目

- | | | |
|--------|-------------|--------------|
| ①医師 | 1名以上(常勤・兼務) | |
| ②理学療法士 | 1名以上(常勤・専従) | 1名(常勤・管理者兼務) |
| ③作業療法士 | 1名以上(常勤・専従) | |
| ④言語聴覚士 | 1名(非常勤・専従) | |
| ⑤介護職員 | 1名(常勤・専従) | |

○理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の指示及び通所リハビリテーション計画(介護予防通所リハビリテーション計画)に基づき、利用者の心身の維持回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行う。

○看護師は、健康状態の確認及び介護を行う。

○介護職員は、利用者の心身の状況に応じ、必要な介護を行う。

○送迎職員は、利用者様の送迎業務を行う。

7. (指定通所リハビリテーションの内容)

1. 実施する指定通所リハビリテーションは次の通りとする。

○1単位目

- ①1時間以上2時間に満たない大規模の指定通所リハビリテーション
- ②2時間以上3時間に満たない大規模の指定通所リハビリテーション
- ③3時間以上4時間に満たない大規模の指定通所リハビリテーション
- ④4時間以上5時間に満たない大規模の指定通所リハビリテーション
- ⑤5時間以上6時間に満たない大規模の指定通所リハビリテーション
- ⑥6時間以上7時間に満たない大規模の指定通所リハビリテーション
- ⑦7時間以上8時間に満たない大規模の指定通所リハビリテーション

○2単位目

- ①1時間以上2時間に満たない大規模の指定通所リハビリテーション

- ① 自宅と事業所間の送迎
- ② 健康管理
- ③ 個別リハビリテーション（短期集中・個別）
- ④ 指定通所リハビリテーションにおける入浴介助
- ⑤ 指定通所リハビリテーションにおける食事の提供
- ⑥ 口腔機能向上の提供

2. 指定通所リハビリテーションは医学的管理のもとで要介護者等に対する心身の回復を図るため、医師等の従業者が共同して作成した、通所リハビリテーション計画に基づき、下記（1）を目的とし（2）の練習等を行う。マッサージ等の提供はリハビリテーションの目的ではなく、提供サービスと異なる。

（1） 目的

- ① 日常生活動作の低下防止
- ② 生活の質の維持・向上
- ③ ねたきり防止
- ④ 社会性の維持・向上
- ⑤ 精神状態の改善
- ⑥ その他、利用者の状態の改善

（2） 訓練等

- ① 運動療法：歩行練習、基本的動作練習、日常生活動作に関する練習
- ② 治療用ゲーム、手工芸用具を使った趣味的練習
- ③ 自助具適用・使用練習
- ④ 物理療法

8. (利 用 料 金)

①利 用 料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金の1割があなたの負担金です。(介護保険の自己負担料が「一定以上所得者」の方については2割又は3割負担とします。)

保険料の滞納により、保険給付金が直接南長崎クリニックに支払われない場合、1ヶ月あたりの料金をいただき、南長崎クリニックからサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、長崎市の窓口に提出しますと、払い戻しが受けられます。

食費：1日(調理コスト+食材料費) 600円

②解 約 料

あなたは、いつでも解約することができ、一切料金はかかりません。

③そ の 他

【支払方法】

料金が発生する場合は、月ごとに精算とし翌月15日前後に前月分の請求をいたしますので、請求書到着後月末までにお支払い下さい。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払い方法は、銀行振込・自動引落・郵便振替・現金集金の中から選べます。

介護提供サービス

- ① リハビリテーションマネジメント加算 (Aイ、Aロ)
- ② リハビリテーション提供体制加算
- ③ 短期集中個別リハビリテーション実施加算
- ④ 通所リハサービス提供体制強化加算 (I)
- ⑤ 通所リハ理学療法士等体制強化加算
- ⑥ 入浴介助加算 (I・II) ⑦ 重度療養管理加算 ⑧ 口腔機能向上加算 (I)
- ⑨ 科学的介護推進体制加算
- ⑩ 退院時共同指導加算
- ⑪ 介護職員等処遇改善加算 I

予防提供サービス

- ① 口腔機能向上加算 (I)
- ② 予防通所リハサービス提供体制加算 (I)
- ③ 科学的介護推進体制加算
- ④ 退院時共同指導加算
- ⑤ 介護職員等処遇改善加算 I

● 料金表

提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

通所リハビリテーション費

事業所区分 要介護度	サービス 提供時間	1 時間以上 2 時間未満				
		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
大規模型	要介護 1	357	3,630 円	363 円	726 円	1,089 円
	要介護 2	388	3,945 円	395 円	789 円	1,184 円
	要介護 3	415	4,220 円	422 円	844 円	1,266 円
	要介護 4	445	4,525 円	453 円	905 円	1,358 円
	要介護 5	475	4,830 円	483 円	966 円	1,449 円
	2 時間以上 3 時間未満					
	要介護 1	372	3,783 円	379 円	757 円	1,135 円
	要介護 2	427	4,342 円	435 円	869 円	1,303 円
	要介護 3	482	4,901 円	491 円	981 円	1,471 円
	要介護 4	536	5,451 円	546 円	1,091 円	1,636 円
	要介護 5	591	6,010 円	601 円	1,202 円	1,803 円
	3 時間以上 4 時間未満					
	要介護 1	470	4,779 円	478 円	956 円	1,434 円
	要介護 2	547	5,562 円	557 円	1,113 円	1,669 円
	要介護 3	623	6,335 円	634 円	1,267 円	1,901 円
	要介護 4	719	7,312 円	732 円	1,463 円	2,194 円
	要介護 5	816	8,298 円	830 円	1,660 円	2,490 円
	4 時間以上 5 時間未満					
	要介護 1	525	5,339 円	534 円	1,068 円	1,602 円
	要介護 2	611	6,213 円	622 円	1,243 円	1,864 円
	要介護 3	696	7,078 円	708 円	1,416 円	2,124 円
	要介護 4	805	8,186 円	819 円	1,638 円	2,456 円
	要介護 5	912	9,275 円	928 円	1,855 円	2,783 円
	5 時間以上 6 時間未満					
	要介護 1	584	5,939 円	594 円	1,188 円	1,782 円
	要介護 2	692	7,037 円	704 円	1,408 円	2,112 円
	要介護 3	800	8,136 円	814 円	1,628 円	2,441 円
	要介護 4	929	9,447 円	945 円	1,890 円	2,835 円
	要介護 5	1053	10,709 円	1,071 円	2,142 円	3,213 円
	6 時間以上 7 時間未満					
	要介護 1	675	6,864 円	687 円	1,373 円	2,060 円
	要介護 2	802	8,156 円	816 円	1,632 円	2,447 円
	要介護 3	926	9,417 円	942 円	1,884 円	2,826 円
	要介護 4	1077	10,953 円	1,096 円	2,191 円	3,286 円
	要介護 5	1224	12,448 円	1,245 円	2,490 円	3,735 円
7 時間以上 8 時間未満						
要介護 1	714	7,261 円	727 円	1,453 円	2,179 円	
要介護 2	847	8,613 円	862 円	1,723 円	2,584 円	
要介護 3	983	9,997 円	1,000 円	2,000 円	3,000 円	
要介護 4	1140	11,593 円	1,160 円	2,319 円	3,478 円	
要介護 5	1300	13,221 円	1,323 円	2,645 円	3,967 円	

サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る当該計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに当該計画の見直しを行います。

利用者に対して、居宅と当該事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき利用料が **477円**（利用者負担：**1割 48円、2割 96円、3割 143円**）減額されます。

予防通所リハビリテーション費

サービス提供区分	通常の場合(月ごとの定額制)				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,268	23,065円	2,307円	4,613円	6,920円
要支援2	4,228	42,998円	4,300円	8,600円	12,900円

利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合であつて、当事業所の利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えてリハビリテーションを行う場合は、要支援1の場合は**120単位**（利用者負担額：**1,220円、1割負担：122円、2割負担：244円、3割負担：367円**）、要支援2の場合は**240単位**（利用者負担額：**2,440円、1割負担：244円、2割負担：489円、3割負担：733円**）をそれぞれ1月につき減算する。

通所リハビリテーション費加算

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
リハビリテーション提供体制加算1 (3時間以上4時間未満)	12	122円	13円	25円	37円	
リハビリテーション提供体制加算2 (4時間以上5時間未満)	16	162円	17円	33円	49円	
リハビリテーション提供体制加算3 (5時間以上6時間未満)	20	203円	21円	41円	61円	
リハビリテーション提供体制加算4 (6時間以上7時間未満)	24	244円	25円	49円	74円	
リハビリテーション提供体制加算5 (7時間以上)	28	284円	29円	57円	86円	
入浴介助加算(I)	40	406円	41円	82円	122円	1日につき
入浴介助加算(II)	60	610円	61円	122円	183円	1日につき
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	560	5,695円	570円	1,139円	1,709円	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内1月につき
	240	2,440円	244円	488円	732円	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間1月につき

リハビリテーションマネジメント加算(A)口	593	6,030 円	603 円	1,206 円	1,809 円	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内 1月につき
	273	2,776 円	278 円	556 円	833 円	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間 1月につき
医師の説明による加算	270	2,745 円	275 円	549 円	824 円	リハビリテーション計画の説明と同意を医師が行った場合 1月につき
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	1,118 円	112 円	224 円	336 円	1日につき
理学療法士等体制強化加算	30	305 円	31 円	61 円	92 円	1回につき(1時間以上2時間未満のみ)
退院時共同指導加算	600	6,102 円	611 円	1,221 円	1,831 円	入院中の患者が退院前カンファレンスに参加し、退院に限り1回につき
口腔機能向上加算(I)	150	1,525 円	153 円	305 円	458 円	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
重度療養管理加算	100	1,017 円	102 円	204 円	306 円	サービス提供日数 (要介護3・4・5に限る)
科学的介護推進体制加算	40	406 円	41 円	82 円	122 円	1月につき
サービス提供体制強化加算(I)	22	223 円	23 円	45 円	67 円	1日につき
介護職員等処遇改善加算(I)	所定単位数の 86/1000	左記の単位数×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数)

予防通所リハビリテーション費加算

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	要支援度	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
				1割負担	2割負担	3割負担	
退院時共同指導加算	区分なし	600	6,102 円	611 円	1,221 円	1,831 円	1回に限り
口腔機能向上加算(I)	区分なし	150	1,525 円	153 円	305 円	458 円	1月につき
科学的介護推進体制加算	区分なし	40	406 円	41 円	82 円	122 円	1月につき
サービス提供体制強化加算(I)	要支援1	88	894 円	90 円	179 円	269 円	1月につき
	要支援2	176	1,789 円	179 円	358 円	537 円	
介護職員等処遇改善加算(I)	区分なし	所定単位数の 86/1000	左記の単位数×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数)

※尚、限度額を超えるサービスについては10割負担となります。

※介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金の1割があなたの負担金です。

※介護保険の自己負担料が「一定以上所得者」の方については2割又は3割負担となります。

※地域区分別の単価(7等級地 10.17円)を別途算定します。

※要支援者は月額支払いのため、月途中利用開始でも、負担額通り請求致します。

9. (サービスの利用開始)

まずは、居宅介護支援事業所にご相談下さい。居宅介護支援事業所がお決まりでない方は、デイケアまたは南長崎クリニック介護相談窓口でもお電話下さい。

居宅介護支援事業支所にて一ヶ月のケア計画を作成してもらいます。

詳しい打合せは居宅介護支援専門員を通してあなた・あなたの家族といたします。契約を締結した後、居宅介護支援サービスの提供を開始します。

10. (サービスの終了)

① あなたのご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出下されば、いつでも解約できます。

② 通所リハビリテーションの都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了させていただく1ヶ月前までに文書で通知するとともに、あなたの地域の他居宅介護支援事業者情報をご紹介します。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ◆ あなたが介護保険施設に入所した場合
- ◆ 介護保険給付でサービスを受けていたあなたの要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ◆ あなたがおなくなりになった場合

④ その他

南長崎クリニックは、あなたやあなたの介護者(家族等)が通所リハビリテーション従業者や介護支援専門員に対して、この契約を継続しがたいほどの信頼関係を失った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

11. (サービス内容に関する苦情)

①あなたの相談・苦情担当

通所リハビリテーション（デイケア）に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

担当 通所リハビリテーション相談窓口

TEL 095-828-4706 ・ FAX 095-818-4011

担当者 通所リハビリ 所長 久保 直輝

長崎市高齢者すこやか支援課

TEL 095-829-1146 ・ FAX 095-829-1228

長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談担当

TEL 095-826-1599 ・ FAX 095-826-7325

苦情受付の手順

- ①苦情受付担当者及び苦情解決責任者は、受け付けた苦情をすべて第三者委員に報告する。(ただし、苦情申出人が第三者委員への報告に明確に拒否する意思表示をした場合を除く。)
- ②第三者委員は、苦情等を受け付けた旨を苦情申出人に通知する。
- ③苦情解決責任者は、苦情について、解決方策などの検討を行い苦情申出人との話し合いによる解決に努める。
- ④苦情受付担当者は、苦情解決・改善措置までの経過と結果について記録し、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人および第三者委員に対して、一ヶ月以内に報告する。

1 2. (虐待の防止について)

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ます。
虐待防止に関する担当者 (管理者・氏名：井上 裕貴)
- ②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、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ③虐待防止のための指針の整備をします。
- ④従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(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。

1 3. (衛生管理等)

- (1)指定通所リハビリテーションの用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2)必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3)事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、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の防止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実施します。

1 4. (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、利用者に対する指定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。

15. (非常災害対策)

消防法施行規則3条に規定する消防計画及び風災害、地震等の対処する計画に基づき、また消防法8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行う。

- ① 防火管理者は事業所管理者を当て火元責任者には事業所所長職を当てる。
- ② 始業時、終業時には火災危険防止の為、自主的に点検を行う。
- ③ 非常災害用の設備点検は契約保守業者に依頼する。
- ④ 非常災害設備は常に有効に保持するように努める。
- ⑤ 火災の発生や地震などの災害が発生した場合には、被害を最小限にとどめる為、自衛消防隊を編成し、任務遂行にあたる。
- ⑥ 防火管理者は従業者に対して、防火教育、消防訓練を実施する。
 - i 防火教育及び基本・総合訓練(消火・通報・避難)・・・年1回以上
 - ii 非常災害用設備の使用方法の徹底・・・随時
- ⑦ その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとる。

16. (事故発生時の対応)

- ① 処理責任者及び代理の者は、事故発生時の対応として迅速かつ適切な対応をするために、以下の事項に応じた連絡体制をとる。
 - ア. 利用者の家族への連絡
 - イ. 市町村への連絡
 - ウ. 主治医への連絡及び救急車の要請
 - エ. 介護支援専門員への連絡及び報告
 - オ. 保険会社への連絡
 - カ. 警察への連絡

※以上のそれぞれの連絡については、事故の内容に応じてそれぞれの関係機関に連絡すること。但し、家族への連絡は必ず行う。

17. (概要)

名称：(医) 春秋会 南長崎クリニック通所リハビリテーション

代表：理事長 永田 済

所在地：長崎市松が枝町3番20号

電話：095-828-4706(直) 827-3606(代)

サービス内容：通所リハビリテーション (デイケア)

その他サービス内容：

通所介護 (デイサービス)

認知対応型共同生活介護 (グループホーム)

居宅介護支援事業所 (南長崎クリニック内)

訪問介護 (ホームヘルプサービス)

看護小規模多機能ホーム (訪問看護ステーション)

小規模多機能ホーム

居宅療養管理指導

地域包括支援センター

令和 年 月 日

通所リハビリテーション（デイケア）の提供開始にあたり、あなたに対して契約書及び本書書面に基づいて重要な事項を説明しました。

通所介護サービス事業者

長崎市松が枝町3番20号

医療法人社団春秋会 南長崎クリニック通所リハビリテーション

説明者： _____ 印

私は、契約書および本書面により、南長崎クリニックから通所リハビリテーション（デイケア）についての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者氏名

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人氏名)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____