

# 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

あなた(利用者)に対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の提供開始に当たり、事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 事業所の概要

事業所の名称	萌気園二日町診療所「曼陀羅華」		
所在地	南魚沼市二日町 212-1		
県指定年月日	平成 11 年 12 月 15 日 (番号 1572400305 )	電話番号	025-781-6680
		定員	40 人
営業日	月～土曜日。ただし、元日（1月1日）を除く。		
営業時間	午前 8 時 15 分から午後 5 時 15 分までとする。		
通常の事業の実施地域	南魚沼市		

## 2. 従業者の勤務体制

職種	員数	職種	員数
医師	1人以上	理学療法士	1人以上
管理者	1人	作業療法士	
看護職員	1人以上	言語聴覚士	1人以上
管理栄養士	1人	介護職員	4人以上

## 3. 提供するサービスの内容

- ① 「通所リハビリテーション」は病院、診療所または介護老人保健施設において、あなたの心身の機能維持や回復を図るために、理学療法・作業療法やそのほか必要なリハビリテーションを行うサービスです。

居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画」と、わたしたちの作成する「通所リハビリテーション計画」に基づき心身機能の維持及び回復、リハビリテーション、口腔機能、栄養状態の改善サービス等を提供いたします。

- ② 「介護予防通所リハビリテーション」は介護予防を目的として事業所に通っていただき、地域包括支援センターが作成する「介護予防ケアプラン」と、わたしたちが作成する「介護予防通所リハビリテーション計画」に基づき、生活機能の向上を目的としたリハビリテーションを受けることができます。利用者全員に提供される共通的なサービス（生活行為を向上させるためのリハビリテーション）と、個々の必要性や希望に応じて提供される選択的サービス（運動機能、口腔機能、栄養状態の改善サービス等）をおこない、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持または向上を図るサービスです。

#### 4. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当者は、次のとおりです。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

連絡先	萌気園二日町診療所「曼陀羅華」	管理者	田邊 繁世
電話番号	025-781-6680		

#### 5. 利用料金

##### ① 利用者負担金

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として基本利用料の1割または2割・3割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、利用料の全額をご負担いただきます。

#### ● 通所リハビリテーションの利用料 (単位：円)

所要時間	大規模型Ⅰ 通所リハビリテーション 利用料(1回につき)				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	3,570円	3,880円	4,150円	4,450円	4,750円
2時間以上3時間未満	3,720円	4,270円	4,820円	5,360円	5,910円
3時間以上4時間未満	4,700円	5,470円	6,230円	7,190円	8,160円
4時間以上5時間未満	5,250円	6,110円	6,960円	8,050円	9,120円
5時間以上6時間未満	5,840円	6,920円	8,000円	9,290円	10,530円
6時間以上7時間未満	6,750円	8,020円	9,260円	10,770円	12,240円
7時間以上8時間未満	7,140円	8,470円	9,830円	11,400円	13,000円

#### [ 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。

加算の種類	加算の要件	利用者負担金(1割の場合)
通所リハビリの延長加算	8時間以上9時間未満の場合	1日につき 50円
	9時間以上10時間未満の場合	1日につき 100円
	10時間以上11時間未満の場合	1日につき 150円
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	開始日より6ヶ月以内	1月につき 593円
	開始日より6ヶ月超	1月につき 273円
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	開始日より6ヶ月以内	1月につき 793円
	開始日より6ヶ月超	1月につき 473円
栄養改善加算	管理栄養士を配置	1回につき 200円
栄養アセスメント加算	管理栄養士を配置	1月につき 50円
口腔機能向上加算(II)イ	言語聴覚士を配置	1回につき 155円

口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	言語聴覚士を配置	1回につき 160円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行う	6ヶ月に1回につき 20円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	上記の（Ⅰ）を算定できない場合	6ヶ月に1回につき 5円
中重度者ケア体制加算	看護職又は介護職が指定基準より常勤換算方法で1以上確保し、介護3以上の利用者を積極的に受け入れている事	1日につき 20円
重度療養管理加算	要介護3・4・5対象	1日につき 100円
入浴介助体制加算（Ⅰ）	入浴を行った場合	1日につき 40円
入浴介助体制加算（Ⅱ）	要件を満たした場合	1日につき 60円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上、もしくは勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合	1日につき 22円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合	1日につき 18円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上、もしくは勤続7年以上の介護福祉士が30%以上の場合	1日につき 6円
送迎を行わない場合	通所リハビリ事業所と居宅の間の送迎を行わなかった場合	所定の単位数から片道につき 47円を減算

### ●介護予防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費（1月につき）			
要支援1	22,680円	要支援2	42,280円
利用回数は、利用者本人の介護予防ケアプランによりますが、要支援1は週1回程度、要支援2は週2回程度が目安となります。			

### 【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。

加算の種類	加算の要件	利用者負担金(1割の場合)
運動器機能向上加算	理学療法士、作業療法士配置	1月につき 225円
栄養改善加算	管理栄養士を配置	1月につき 200円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	言語聴覚士を配置	1月につき 150円
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	上記3加算のうち2つ実施	1月につき 180円
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	〃 3つ実施	1月につき 700円

栄養アセスメント加算	管理栄養士を配置	1月につき 50円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行う	6ヶ月に1回につき 20円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	上記の (I) を算定できない場合	6ヶ月に1回につき 5円
事業所評価加算	前年度の事業所実績により	1月につき 120円
サービス提供体制強化加算 (I)	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上、もしくは勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合	要支援1の場合 1月につき 88円 要支援2の場合 1月につき 176円
サービス提供体制強化加算 (II)	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合	要支援1の場合 1月につき 72円 要支援2の場合 1月につき 144円
サービス提供体制強化加算 (III)	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上、もしくは勤続7年以上の介護福祉士が30%以上の場合	要支援1の場合 1月につき 24円 要支援2の場合 1月につき 48円

【加算】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共通

加算の種類	加算の要件	利用者負担金(1割の場合)
科学的介護推進体制加算	要件を満たした場合	1月につき 40円
介護職員等処遇改善加算 I イ	要件を満たした場合	月の合計金額に 10.3% を乗じた金額
介護職員等処遇改善加算 I ロ	要件を満たした場合	月の合計金額に 11.1% を乗じた金額
退院時共同指導加算	要件を満たした場合	1回につき 600円
利用者の数が利用定員を超える場合	利用者数が基準を超える場合	月の合計金額に 70/100 を乗じた金額に減算
医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職・介護職員の員数が指定基準に満たない場合	指定基準を満たさない場合	月の合計金額に 70/100 を乗じた金額に減算

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。尚、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

## ② その他の費用

調理費相当	食事を提供した場合は、1回につき <b>750円</b> をご負担いただきます(おやつ等含む)
-------	---

- ③ ①および②の利用料金は、1ヶ月ごとにまとめて請求いたしますので、次の方法によりお支払い願います。

<input type="checkbox"/> 口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は翌営業日）に、ご指定の口座より引き落とします。 尚、引き落とし手数料として、1回につき郵便局の場合10円、その他の金融機関の場合55円をいただきます。
<input type="checkbox"/> 現金支払い	サービスを利用された月の翌月20日までに、現金でお支払いください。

## 6. サービスの中止

- ① あなたの都合によりサービスの利用を中止（キャンセル）する場合は、速やかに次の連絡先（または4のサービス提供の責任者の連絡先）までご連絡ください。

連絡先（電話番号） **025 - 781-6680**

- ② 利用予定日当日のキャンセルの場合は、次のキャンセル料をいただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料	備 考
利用予定日当日	1,000円（保険収入の補填分）	介 護
	無 し（月額料金の為対象外）	予 防

※月曜日のキャンセルは8:30までに連絡でキャンセル料なし。

## 7. 緊急時における対応方法

サービスの提供中に様態の急変等があった場合は、運営規定に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治医または協力医療機関、家族への連絡を行う等必要な措置を講じます。

## 8. 事故発生時の対応

- ① 別に事故防止マニュアルを定め事故防止に努めます。
- ② 事故発生時には、速やかに家族、市役所等関係機関に連絡を行うとともに必要な処置を講じます。
- ③ 事故が発生した場合、事故発生の原因を解明し、再発の防止対策を講じます。
- ④ 事故等により利用者の生命・身体・財産等に損害を与えた場合は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合はこの限りではありません。

## 9. 損害賠償保険への加入

当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

- ・加入保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社
- ・保険の内容 福祉事業者総合賠償責任保険

## 10. 非常災害対策

事業者は、自然災害等地域の環境に応じ、火災、その他の防災対策について、計画的な防災訓練と設備改善を図り、利用者の安全に対して万全を期します。事象別の非常災害に関する具体的な対策として災害時対応マニュアルを策定しております。

前項の実施について、少なくとも年2回の避難訓練及び消火訓練を実施することとします。

## 11. 苦情相談窓口

① 当事業所が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

連絡先	萌気園二日町診療所「曼陀羅華」	職種	管理者
電話番号	025-781-6680		

② 当事業所に対する苦情は、次の機関に申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先（電話番号）
南魚沼市介護高齢課	025-773-6675
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3072

## 12. 感染症について

サービス利用中、各種感染症（季節性インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、ノロウイルス等）の発生時、感染対策を講じますが感染拡大となる場合が生じる事をご了承ください。

- (1) 感染症発症または有症状時は、一定期間サービスの利用をお休みいただきます。
- (2) サービス事業所内で感染拡大時、一定期間サービスの休止・縮小・変更を行います。
- (3) 感染予防対策を実施しておりますが、ご利用中に各種感染症に罹患されるリスクがある事をご理解ください。
- (4) 感染経路がサービス利用の有無にかかわらず治療等に係る費用は、全額自己負担となります。

## 13. サービス利用上の留意事項

- (1) 体調の急変、不良時は主治医への受診をお願いします。診断の結果によってはサービスを提供できない場合があります。また、医療依存が高くなった場合、契約を終了させていただきます事があります。
- (2) 当事業所における、決まりごとや職員の指示に従わないなど施設の秩序を乱した場合は、ご利用をお断りする場合があります。
  - ・緊急災害時など職員の指示に従っていただく場合があります。
  - ・利用者同士の品物の授受は、様々なトラブルにつながる為、おやめください。
  - ・職員へのお心付けや差し入れの品等は固くお断りしております。
- (3) 現金などの貴重品は、必要時以外は持参しないようお願いします。万が一紛失をしても責任を負いかねます。また、すべての持ち物については、記名するなどして紛失しないよ

う注意をお願いします。尚、持ち物に記名がない場合はこちらで記入させていただきます。

- (4) 体調の変化などでサービスが利用できなくなった時は、早めに事業所まで連絡願います。
- (5) 入院1ヶ月を経過し、退院の目途が立たない時は一旦契約を終了させていただきます。

#### 14. 情報公開

当事業所は、介護保険法に基づき会報やインターネット等を活用し広く一般に対する情報公開を行っています。また、市町村に対しても情報提供を行っています。

#### 15. 第三者評価の実施状況

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