

(介護予防) 通所リハビリテーション重要事項説明書

(介護予防) 通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号に基づいて、当事業者が利用者様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人豊田会
主たる事務所の所在地	〒448-0852 愛知県刈谷市住吉町5丁目15番地
代表者氏名	豊田鐵郎
電話番号	0566-21-2450

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	刈谷豊田東病院
サービスの種類	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
事業所の所在地	〒448-0862 愛知県刈谷市野田新町1丁目101番地
電話番号	0566-62-5277
事業所番号	2312901206
管理者の氏名	院長 小山 勝志
通常の事業の実施地域	刈谷市（一部を除く）、知立市の一部、安城市の一部 上記地域以外でも受け入れ可能
利用定員	1日定員24名

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

通所リハビリテーション（又は介護予防通所リハビリテーション）は、病状が安定している要介護者等に事業者が設置する事業所に通っていただき、その方の能力に応じて自立した日常生活を営めるよう生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下「理学療法士等」）がリハビリテーションを行うことで、心身機能の維持回復を図るサービスです。

5. 営業日時及びサービス提供時間

営業日	月曜から金曜までとします。 (ただし、祝日・年末年始を除きます。)
営業時間	午前8時30分から午後5時まで
サービス提供日	月曜から金曜
サービス提供時間	① 1コース 9:00～10:20 ② 2コース 10:30～11:50 ③ 3コース 13:10～14:30 ④ 4コース 14:40～16:00

6. 事業所の職員体制

(介護予防) 通所リハビリテーションの従業者の職種及び員数は次の通りとなり、必要職については法令の定める通りです。

従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤 3人、非常勤 0人
理学療法士	常勤 5人、非常勤 0人
作業療法士	常勤 3人、非常勤 0人
言語聴覚士	常勤 2人、非常勤 0人
管理栄養士	常勤 2人、非常勤 0人

7. 利用料：総単位数×地域単価×1割（または2割・3割）＝自己負担額

【地域単価は1単位＝10.83円（3級地）】

（1）要支援の場合の介護保険該当利用料 / 1月につき

【基本部分】

介護度	単位	1割負担 (円)	2割負担 (円)	3割負担 (円)
要支援1	2,268	2,456	4,912	7,369
要支援2	4,228	4,579	9,158	13,737

【加算】

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。

加算項目	単位	1割負担 (円)	2割負担 (円)	3割負担 (円)
栄養アセスメント加算/月	50	54	108	162
科学的介護推進体制加算/月	40	43	87	130
口腔機能向上加算Ⅱ/月	160	173	347	520
サービス提供体制強化加算 Ⅲ/月	要支援 1	24	26	52
	要支援 2	48	52	104
生活行為向上リハビリテーション 実施加算/月	562	609	1,217	1,826
退院時共同指導加算/回	600	650	1,300	1,949

（2）要介護の場合の介護保険該当利用料 / 1日につき

【基本部分】

介護度	単位	1割負担 (円)	2割負担 (円)	3割負担 (円)
要介護1	369	400	799	1,199
要介護2	398	431	862	1,293
要介護3	429	465	929	1,394

要介護 4	458	496	992	1,488
要介護 5	491	532	1,064	1,595

【加算】

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。

加算項目	単位	1割負担 (円)	2割負担 (円)	3割負担 (円)
リハビリテーションマネジメント 加算(ロ)/月	593	642	1,284	1,927
リハビリテーションマネジメント 加算(ハ)/月	793	859	1,718	2,576
理学療法士等体制強化加算/回	30	32	65	97
栄養アセスメント加算/月	50	54	108	162
口腔機能向上加算Ⅱ(イ)/回 (月2回限度)	155	168	336	504
口腔機能向上加算Ⅱ(ロ)/回 (月2回限度)	160	173	347	520
科学的介護推進体制加算/月	40	43	87	130
サービス提供体制強化加算Ⅲ/回	6	6	13	19
短期集中個別リハビリテーション 実施加算/回	110	119	238	357
移行支援加算/回	12	13	26	39
送迎減算(往復)/回	-94	-102	-204	-305
生活行為向上リハビリテーション 実施加算/月	1,250	1,354	2,708	4,061
退院時共同指導加算/回	600	650	1,300	1,949

(3) キャンセル料

利用日当日までに連絡があった場合は無料です。利用日当日までに連絡がなく、来られなかった場合は利用料金の利用者負担額とさせていただきます。

(4) 支払い方法

① 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する 場合)、その他の費用 の請求方法等	<p>ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届けします。</p>
② 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する 場合)、その他の費用 の支払い方法等銀行振 り込み	<p>ア 利用料等のお支払い方法は銀行口座からの自動引き落としとなります。振替日は請求月の 27 日となります。</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)</p>

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 30 日以上の間を定めて催告し、支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

8. サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」または介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び後見人又は家族の意向を踏まえて、「通所リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「通所リハビリテーション計画」は、利用者及び後見人又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。
- (4) サービス提供は「通所リハビリテーション計画」に基づいて行ないます。なお、「通所リハビリテーション計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 通所リハビリテーション従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮をもって行ないます。

9. 緊急時における対応方法

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ます。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 居宅介護支援事業者・介護予防介護支援事業者等との連携

- (1) 指定通所リハビリテーションの提供に当たり、居宅（介護予防）介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅（介護予防）介護支援事業者へ速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅（介護予防）介護支援事業者へ送付します。

12. サービス提供等の記録

- (1) 指定通所リハビリテーションの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から2年間保存します。
- (2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

13. 衛生管理等

- (1) 指定通所介護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必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、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。

14. 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

15. 利用に当たっての留意事項

当施設の利用に当たっての留意事項を以下のとおりとします。

- ・喫煙について、全館禁煙とします。
- ・火気の取扱いについて、ライター・マッチ等は持ち込み禁止とします。
- ・設備・備品の利用は、本来の用法に従って利用すること。これに反した利用による破損等の際、利用者には弁償義務が生じる場合があります。

- ・所持品・備品等の持ち込みについて、管理は利用者の責務とします。
- ・金銭・貴重品の管理について、多額の金銭や高額な貴金属は持ち込み禁止とする。その他は原則として利用者管理とし、施設での管理は行いません。
- ・他利用者への迷惑行為は禁止です。

16. 苦情相談窓口

当施設の提供するサービスに対する要望または苦情等は営業時間内において常時職員が対応できる体制を確保します。速やかな対応、処置ができるよう配慮します。

お住まいの市町村の介護保険担当課や国民健康保険団体連合会におきましても受け付けております。

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	【刈谷豊田東病院 医療福祉室】 電話番号 0566-62-5257 FAX 番号 0566-62-5263 受付時間 9:00～16:00 (月～金、祝日を除く)
---------	---

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	【刈谷市長寿課】	電話番号 0566-62-1013
	【愛知国民健康保険団体連合会】	電話番号 052-971-4165

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 愛知県刈谷市野田新町1丁目101番地

事業者（法人）名 医療法人豊田会 刈谷豊田東病院

代表者氏名 院長 小山 勝志

説明者氏名

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所

氏名

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名