

重要事項説明書 <通所リハビリテーション>

<令和 年 月 日現在>

様

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称やサービスの種類等

事業所名	医療法人社団 健昌会 デイケア新里城山台
所在地	長崎市立岩町34番10号（新里メデイケア城山台内）
電話番号	095-833-1132（デイケア新里城山台直通） 095-833-1234（新里クリニック城山台代表）
サービスの種類	指定通所リハビリテーション
介護保険指定番号	4270109566
利用者の定員	50名/日
通常のサービス提供地域	長崎市（旧外海町、香焼町、三和町、野母崎町、伊王島町及び高島町は除く）

(2) 職員体制

管理者 1名

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。

医師 3名

医師は通所リハビリテーション計画に参画し、専門的な立場からの助言を行います。また、利用者がサービス提供中に急変した場合は、主治医との連携を取り、適切な対応を図ります。

理学療法士 1名

看護職員 2名

介護職員 13名

理学療法士等は後述のサービス提供を行います。また、共同して通所リハビリテーション計画書及び通所リハビリテーション報告書を作成し、ご利用者またはご家族に説明します。

管理栄養士 1名

(3) 設備の概要

専有面積 316.0㎡

診察室（一般外来兼用）

浴室（普通浴槽、特殊浴槽）

車椅子用トイレ

送迎車両 5台

リハビリ用機器：マッサージ椅子、エルゴメーター、ニューステップ、ホットパック、その他機能訓練用器械・器具等

(4) 営業日及び営業時間

営業日	営業時間	休業日
月曜日～土曜日	午前8:30～午後5:30	日曜日, 年末・年始 (12/31～1/3)

2. 事業の目的

当事業所は、要介護状態にあり、かかりつけの医師が通所リハビリテーションの必要を認めた要介護認定者に対し、適正な通所リハビリテーションを提供することを目的としています。

3. 運営の方針

- ①当事業所の看護職員、介護職員等は、利用者の心身の特性を踏まえて、医学的管理のもと全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援いたします。
- ②事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものといたします。

4. サービス内容

- ①送迎
- ②食事
- ③入浴
- ④医学的管理
- ⑤機能訓練
- ⑥生活相談 等

5. 緊急時の対応

通所リハビリテーション提供中のご利用者の病状急変、その他緊急事態が生じた時には、必要に応じて臨時応急手当を行うとともに、速やかに介護者（家等）、主治医に連絡し適切な処置を行います。

6. 事故発生時の対応

通所リハビリテーション提供中、万一事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

7. 非常災害対策

非常時・災害時その他の事故発生時には、全職員が協力し避難・初期消火、救急対応などを実施します。また、防火管理者や火気・消防等についての責任者を定め、定期的に訓練・教育を実施いたします。

8. 利用者の権利

- ①独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持すること。
- ②サービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、および主体的な決定が尊重されること。
- ③安心感と自信が持てるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で利用出来ること。
- ④自らの能力を最大限に発揮出来るよう支援され、必要に応じて適切な介護を受けられること。
- ⑤必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受けられること。
- ⑥利用者同士の交流の自由が保たれ、個人情報を守られること。
- ⑦暴力や虐待および身体的拘束を受けないこと。
- ⑧サービスにおいて、いかなる差別を受けないこと。
- ⑨サービスについて事業者に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受けること。

9. 利用者及び介護者（家族等）の義務

- ①利用者の能力や健康状態についての情報を正しく事業者を提供すること。
 - ②他の利用者や事業所の職員の権利を不当に侵害しないこと。
 - ③特別の事情がない限り、事業者の取り決めやルール及び事業者または医師の指示に従うこと。
- *ただし、利用者または介護者（家族等）が、介護や医療に関する事業者またはその医師の指示に従うことを拒否する旨を明示した書面を事業者を提供し、それによって起こるすべてについて利用者及び介護者（家族等）が責任を負うことを明らかにした場合はその限りではありません。
- ④事業者が提供するサービスに異議がある場合には、速やかに事業者に知らせること。
 - ⑤市町村並びに介護保険法その他省令に基づく事業所への立ち入り調査について利用者及び介護者（家族等）は協力すること。

10. サービス利用にあたっての留意事項

通所リハビリテーションの提供を受ける際は、次のことに留意してください。

- ①事業所内の安全・衛生管理にご協力頂き、食品その他、サービスを受けるにあたって必要がないと思われるものについての持込はお断りいたします。
- ②皆様が安心してご利用いただけるように、また、トラブルなどを起こさないためにも利用者同士の金品の貸し借りなどはお断りいたします。

11. 料 金

(1) 通所リハビリテーション基本料金

介護度	利用時間	1日あたりの 利用料金	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	1時間以上2時間未満	3,752円	376円	751円	1,126円
	2時間以上3時間未満	3,895円	390円	779円	1,169円
	3時間以上4時間未満	4,942円	495円	989円	1,483円
	4時間以上5時間未満	5,624円	563円	1,125円	1,688円
	5時間以上6時間未満	6,325円	633円	1,265円	1,898円
	6時間以上7時間未満	7,271円	728円	1,455円	2,182円
	7時間以上8時間未満	7,749円	775円	1,550円	2,325円
要介護2	1時間以上2時間未満	4,047円	405円	810円	1,215円
	2時間以上3時間未満	4,464円	447円	893円	1,340円
	3時間以上4時間未満	5,746円	575円	1,150円	1,724円
	4時間以上5時間未満	6,529円	653円	1,306円	1,959円
	5時間以上6時間未満	7,505円	751円	1,501円	2,252円
	6時間以上7時間未満	8,644円	865円	1,729円	2,594円
	7時間以上8時間未満	9,183円	919円	1,837円	2,755円
要介護3	1時間以上2時間未満	4,362円	437円	873円	1,309円
	2時間以上3時間未満	5,064円	507円	1,013円	1,520円
	3時間以上4時間未満	6,539円	654円	1,308円	1,962円
	4時間以上5時間未満	7,424円	743円	1,485円	2,228円
	5時間以上6時間未満	8,664円	867円	1,733円	2,600円
	6時間以上7時間未満	9,976円	998円	1,996円	2,993円
	7時間以上8時間未満	10,637円	1,064円	2,128円	3,192円
要介護4	1時間以上2時間未満	4,657円	466円	932円	1,398円
	2時間以上3時間未満	5,644円	565円	1,129円	1,694円
	3時間以上4時間未満	7,556円	756円	1,512円	2,267円
	4時間以上5時間未満	8,583円	859円	1,717円	2,575円
	5時間以上6時間未満	10,037円	1,004円	2,008円	3,012円
	6時間以上7時間未満	11,563円	1,157円	2,313円	3,469円
	7時間以上8時間未満	12,356円	1,236円	2,472円	3,707円
要介護5	1時間以上2時間未満	4,993円	500円	999円	1,498円
	2時間以上3時間未満	6,224円	623円	1,245円	1,868円
	3時間以上4時間未満	8,563円	857円	1,713円	2,569円
	4時間以上5時間未満	9,732円	974円	1,947円	2,920円
	5時間以上6時間未満	11,390円	1,139円	2,278円	3,417円
	6時間以上7時間未満	13,119円	1,312円	2,624円	3,936円
	7時間以上8時間未満	14,024円	1,403円	2,805円	4,208円

(2) 利用者全員に加算となるもの

加算内容		1回あたりの 利用料金	自己負担額		
			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)		223円	23円	45円	67円
リハビリテーション 提供体制加算	3時間～4時間	122円	13円	25円	37円
	4時間～5時間	162円	17円	33円	49円
	5時間～6時間	203円	21円	41円	61円
	6時間～7時間	244円	25円	49円	74円
	7時間～8時間	284円	29円	57円	86円
科学的介護推進体制加算		406円	41円	82円	122円

※介護職員処遇改善加算 (I)

1ヶ月の請求単位に8.6%乗じた分の1割～3割が自己負担になります。

(3) 対象となる方のみ算定する加算 (利用回数に応じて加算されます)

加算内容		1回あたりの 利用料金	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
入浴加算 I (特殊浴も同額)		406円	41円	82円	122円
入浴加算 II		610円	61円	122円	183円
若年性認知症受入れ加算		610円	61円	122円	183円
短期集中個別リハビリテーション実施加算 (退院・退所した日から3ヶ月以内)		1,118円	112円	224円	336円
口腔機能向上加算 (I) (月2回まで)		1,525円	153円	305円	458円
口腔機能向上加算 (II) イ (月2回まで)		1,576円	158円	316円	473円
口腔機能向上加算 (II) ロ (月2回まで)		1,627円	163円	326円	489円

(4) 対象となる方のみ算定する加算 (ひと月に1回加算されます)

加算内容		1ヶ月あたりの 利用料金	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
通所リハビリテーション マネジメント加算イ	6ヶ月以内	5,695円	570円	1,139円	1,709円
	6ヶ月超え	2,440円	244円	488円	732円
通所リハビリテーション マネジメント加算ロ	6ヶ月以内	6,030円	603円	1,206円	1,809円
	6ヶ月超え	2,776円	278円	556円	833円
通所リハビリテーション マネジメント加算ハ	6ヶ月以内	8,064円	807円	1,613円	2,420円
	6ヶ月超え	4,810円	481円	962円	1,443円
医師が利用者又はご家族に説明		2,745円	275円	549円	824円
栄養アセスメント加算		508円	51円	102円	153円

※退院時共同指導加算

退院時、理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合に算定いたします。

1回あたりの料金 6,102円 (1割負担: 611円、2割負担: 1,221円、3割負担: 1,831円)

※対象になる方には個別に連絡し了承をいただいた上で算定いたします。

※自己負担額は、介護保険負担割合証に定める割合の額となります。

※原爆手帳をお持ちの方は介護保険の一部負担はありません。

(5) その他

※昼食代 1食あたり524円

※送迎代 基本料金に含まれます。ただし、送迎を行わなかった場合は減算となります。

おむつ代や特別なレクリエーション等にかかる費用は自己負担となります。

(6) キャンセル料

ご利用者の都合によりサービスを中止する場合、次のキャンセル料がかかります。

①ご利用当日の午前8:30までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用当日の午前8:30までにご連絡が無かった場合	5 2 4 円

(7) 自己負担額のお支払方法

毎月、月末締めとし、翌月にお支払いをお願いいたします。

お支払い方法は、銀行口座振替と当事業所受付窓口での現金によるお支払いがあります。口座振替による場合は、翌月の15日頃までに請求書を発行し、同26日にご利用者の指定口座から引き落とさせていただきます。26日が銀行休業日のときは、翌営業日の引き落としとなります。なお、手数料は不要です。また、一部お取り扱いができない金融機関がございますのでご了承ください。

現金でのお支払いの場合は、翌月の15日頃までに請求書をお渡ししますので、同26日までに受付窓口へお持ち下さい。

事故防止のためにも、口座振替をご利用いただきますようお願いいたします。

お支払いが2カ月以上滞った場合、サービスを中止させていただく場合があります。

1 2. サービス内容に関する相談・苦情等

事業者は、提供したサービスに対する苦情に対して迅速かつ適切に対応するため、次に挙げる担当職員を置き、解決に向けて調査を実施し、改善の措置を講じ、利用者または介護者（家族等）へ説明いたします。

*当事業所ご利用者相談・苦情担当

苦情受付窓口 デイケア新里城山台 古賀 大介
苦情解決責任者 事業外担当者 中村 浩介
(095) 833-1132 (デイケア新里城山台直通)
(095) 833-1234 (新里クリニック城山台代表)

*苦情相談の公的窓口

長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理担当
〒850-0025 長崎市今博多町8-2 TEL(095)826-1599

長崎市役所 介護保険課

〒850-8685 長崎市桜町6-3

TEL (095) 829-1163

長崎市役所 高齢者すこやか支援課

〒850-8685 長崎市桜町6-3

TEL (095) 829-1146

令和 年 月 日

説明者

私は、契約内容及び重要事項説明書・個人情報取り扱い等について説明しました。

印

ご利用者

私は、以上の契約内容及び重要事項説明書・個人情報取り扱い等について説明を受け、内容に同意いたしました。

私は、この契約書で確認する通所リハビリテーションの申し込みをします。

〈住所〉

〈氏名〉

印

ご利用者の代理人（代筆者、又は契約意志の確認）

私は本人（利用者）に代わり上記署名を代筆しました。

又は、本人（利用者）の契約意思確認が困難である為、本人に代わり内容を確認し、同意・署名をいたします。

〈住所〉

〈氏名〉

印

親族（または介護者）

私は、利用者の親族（または介護者）として、この契約内容を確認、同意します。

〈住所〉

〈氏名〉

印

事業者

当事業者は、通所リハビリテーション事業者としてご利用者の申し込みを受諾し、この契約に定めるサービスに誠実に、責任をもって行います。

〈住所〉

〒852-8025

長崎県長崎市立岩町34-10

〈名称〉

医療法人社団 健昌会 デイケア新里城山台

〈管理者〉

松下 美和 印