

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」

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(愛知県指定第 2311201863 号)

当事業所は、ご契約者に対して指定通所リハビリテーションサービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、ご契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 緑翔会 |
| (2) 法人所在地 | 愛知県名古屋市南区前浜通 6 丁目 45 番地 |
| (3) 電話番号 | 0 5 2 - 8 2 1 - 8 6 2 6 |
| (4) 代表者名 | 理事長 小松 輝成 |
| (5) 設立年月日 | 平成 6 年 3 月 7 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|----------------|--|
| (1) 事業所種類 | 指定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
愛知県 2311201863 号
当事業所は小松病院に併設されています。 |
| (2) 事業所目的 | 通所リハビリテーションは、介護保険法令に従い、ご契約者がその有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営む事が出来るよう支援する事を目的としてサービスの提供に当たります。 |
| (3) 事業所名称 | 小松病院（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） |
| (4) 事業所所在地 | 愛知県名古屋市南区前浜通 6 丁目 4 5 番地 |
| (5) 電話番号 | 0 5 2 - 8 2 1 - 8 6 2 6 |
| (6) 管理者氏名 | 小松 輝成 |
| (7) 運営方針 | 要支援、要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るよう、必要な日常生活上のお世話及び機能訓練を行う事により、利用者の社会的孤立の解消及び心身の機能の維持に努めるとともに利用者のご家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。
また、要支援者においては日常生活における大きな支障はないものの現在の状態維持、改善を目指して機能訓練等を行うことにより、要介護状態にならないよう予防を図る。 |
| (8) 開設年月日 | 令和 3 年 4 月 1 日 |
| (9) 事業の実施地域 | <u>名古屋市南区、瑞穂区、緑区</u> |
| (10) 営業日及び営業時間 | 営業日 : 月曜日から金曜日
営業時間 : 午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 3 0 分
サービス提供時間 : 午後 1 時 0 0 分から午後 4 時 1 0 分
※当事業所は、上記サービス提供時間を超えるサービスの延長は、行っておりません。 |
| (11) 利用定員 | 10 名（短時間通所リハビリテーション・介護予防短時間通所リハビリテーション） |

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定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・短時間通所リハビリテーション・短時間介護予防通所リハビリテーションを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

(主な職員の配置状況)

1 単位

管理者 1 名 (常勤兼務 1 名)
理学療法士 2 名 (常勤兼務 2 名)
介護職員 1 名 (非常勤兼務 1 名)

2 単位

管理者 1 名 (常勤兼務 1 名)
理学療法士 2 名 (常勤兼務 2 名)
介護職員 1 名 (非常勤兼務 1 名)

(令和 3 年 4 月 1 日現在)

(主な職員の勤務体制)

管理者	勤務時間	8 時 3 0 分から 1 7 時 3 0 分
理学療法士		8 時 3 0 分から 1 7 時 3 0 分
介護職員		1 2 時 0 0 分から 1 7 時 0 0 分

4. 当事業所が提供するサービスと利用料

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付となるサービス

サービスの概要 (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)

① 機能訓練

・理学療法士等によりご利用者の心身等の状態に応じて適切な訓練を実施します。

② 健康チェック

③ 送迎

④ リハビリマネジメント

(2) サービス利用料金

＜介護保険の給付の対象となるサービス 1割又は2割又は3割負担＞（基本料金）

下記の料金によって、ご契約者様（利用者様）の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者様の負担額を変更します。

通所リハビリテーション

（介護保険給付対象になるサービス）

	自己負担
通所リハビリテーションⅠ	要介護1 369単位（1日）
	要介護2 398単位（1日）
	要介護3 429単位（1日）
	要介護4 458単位（1日）
	要介護5 491単位（1日）
通所リハ送迎減算	47単位減算/片道
リハビリテーションマネジメント加算 （A）イ（同意日に属する月から6月以内）	560単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 （A）イ同意日に属する月から6月超）	240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 （A）ロ同意日に属する月から6月以内）	593単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 （A）ロ同意日に属する月から6月超）	273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 （B）ハ同意日に属する月から6月以内）	793単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 （B）イ同意日に属する月から6月越）	473単位/月
事業所の医師が利用者に説明し、利用者の同意を得た場合	270単位/月
認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅰ）	240単位/月
認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ）	1920単位/月
科学的介護推進体制加算	40単位/月
短期集中個別リハビリテーション実施料	110単位/日
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1250単位/月

若年性認知症利用者受入加算	60単位/日
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20単位/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5単位/回
栄養アセスメント加算	50単位/月
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150単位/月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	155単位/月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	160単位/月2回限度
重度療養管理加算	100単位/日
中重度者ケア体制加算	20単位/日
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に行う場合	94単位減算/日
退院時共同指導加算(退院1回を限度)	600単位/回
移行支援加算	12単位/日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位/回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位/回
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位/回
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の86/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の83/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の66/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の53/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)	所定単位数の76/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)	所定単位数の73/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)	所定単位数の73/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)	所定単位数の70/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)	所定単位数の63/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)	所定単位数の60/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)	所定単位数の58/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)	所定単位数の56/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)	所定単位数の55/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10)	所定単位数の48/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11)	所定単位数の43/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12)	所定単位数の45/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13)	所定単位数の38/1000加算/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14)	所定単位数の28/1000加算/月

※自己負担額には、地域加算(1単位10,83円として計算した総額の1割～3割)が加算されます。

介護予防通所リハビリテーション
(介護保険給付対象になるサービス)

	自己負担
介護予防通所リハビリテーション	要支援 1 2,268 単位 (1ヶ月) 要支援 2 4,228 単位 (1ヶ月)
科学的介護推進体制加算	40 単位 (1ヶ月)
退院時共同指導加算	600 単位/回
栄養アセスメント加算	50 単位/月
栄養改善加算	200 単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	20 単位/回
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5 単位/回
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150 単位/月
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160 単位/月
一体的サービス提供加算	480 単位/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	要支援 1 88 単位/月 要支援 2 176 単位/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	要支援 1 72 単位/月 要支援 2 144 単位/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	要支援 1 24 単位/月 要支援 2 48 単位/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	所定単位数の 86/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	所定単位数の 83/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)	所定単位数の 66/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)	所定単位数の 53/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (1)	所定単位数の 76/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (2)	所定単位数の 73/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (3)	所定単位数の 73/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (4)	所定単位数の 70/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (5)	所定単位数の 63/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (6)	所定単位数の 60/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (7)	所定単位数の 58/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (8)	所定単位数の 56/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (9)	所定単位数の 55/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (10)	所定単位数の 48/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (11)	所定単位数の 43/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) (12)	所定単位数の 45/1000 加算/月

介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（１３）	所定単位数の 38/1000 加算/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（１４）	所定単位数の 28/1000 加算/月

※自己負担額には、地域加算（１単位１０．８３円として計算した総額の１割～３割）が加算されます。

（介護保険給付対象にならないサービス）

	自己負担額
教養娯楽費	２００円（１回）
通常実施区域外送迎費	通常送迎範囲を超えて 片道１キロメートルあたり １０円
おむつ代	リハビリパンツ M １０６円（１枚）
	リハビリパンツ L １２２円（１枚）
	テープ止め S・M １１７円（１枚）
	テープ止め L １２９円（１枚）
	テープ止め LL １４２円（１枚）
	尿取りパット昼用 ６０円（１枚）
	かんたん装着パット ３８円（１枚）

教養娯楽費 ：レクリエーションやクラブ活動等に参加して頂く費用です。

通常実施区域外送迎費：通常の事業実施区域外への送迎に係る費用です。

おむつ代金 ：おむつを使用される方が、施設のおむつを使用した場合の費用です。

※ご契約者様がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったん支払いいただき、要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。又、居宅サービスの計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者様が保険給付の為に必要とされる事項を記載した「サービス提供書」を交付させていただきます。

②介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご契約者様の負担額を変更いたします。

5. サービス提供における事業者の義務

サービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- (1) ご利用者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- (2) サービス提供について、必要に応じて分かりやすく説明します。
- (3) ご利用者様の要介護状態の軽減、悪化の防止を前提として、心身の状況に応じたサービス計画に基づく処遇を妥当適切に行い、常にその内容の見直しを行います。
- (4) ご利用者様の体調や健康状態に応じて必要な場合には、医師、看護師と連携し、ご利用者様からの聴取、確認をします。
- (5) 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、非常災害に備えるため、利用者様に対して、定期的に防災訓練を行います。
- (6) 提供したサービスに関する記録を作成し、利用終了後 5 年間保管すると共に、ご利用者様又はご家族様等の請求に応じ、閲覧させ、複写物を交付します。
- (7) サービスを提供するにあたって知り得たご利用者様又はそのご家族様等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。
- (8) 事業者は、居宅介護支援事業所等必要な機関に対しご利用者様・ご利用者様のご家族様または身元保証人に関する情報を提供する場合には事前に文書により同意を得ることとします。
- (9) 事業者は、ご利用者様またはそのご家族様の求めに応じて、サービス提供記録を開示いたします。
- (10) 事業者は、ご利用者様またはそのご家族様の求めに応じて、事業計画及び財務内容等を開示いたします。

6. 利用料金のお支払方法

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、利用月の翌月の15日前後に請求書をお渡しさせていただきます。請求書ご確認後、末日までに病院会計にて現金でご精算下さい。

【例】現金支払い：4月利用請求分を5月31日までにお支払下さい。

7. 利用の中止・変更・追加

※ 利用予定日の前に、ご契約者様の都合により通所リハビリテーションの利用を中止、変更若しくは新たなサービスを追加する事が出来ます。その場合はサービス実施日の前日までに事業者にお申し出ください。

※ 利用予定日の前日までにお申し出がなく、当日になって利用の中止のお申し出があった場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく事があります。但し、ご契約者様（利用者様）の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までにお申し出があった場合 ： 無料

利用予定日の前日までにお申し出がなかった場合 ： 当日の利用料の10%

（自己負担相当額）

※ サービス利用の変更、追加のお申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者様（利用者様）の希望する期間にサービスの提供が出来なくなった場合、他の利用可能日時をご契約者様（利用者様）に提示して協議いたします。

※ ご契約者様（利用者様）が、体調不良等長期間（1か月を超える場合）にわたり利用を休止され、その後体調の回復に伴い再利用される場合は、事業所の稼働状況により利用者様の担当介護支援専門員と協議の上利用の中止または利用日の変更をする場合があります。

8. 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、すみやかに ご契約者様（利用者様）のご家族様または身元保証人等関係者並びに市町村へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. 損害賠償について

前条の事故につき、ご契約者様（利用者様）の生命・身体・財産に損害が生じた場合、速やかにご契約者様（利用者様）に対して損害を賠償します。但し、事業者が故意過失がなかった場合はこの限りではありません。また、ご契約者様に重大な過失がある場合、事業者は損害額を減じることができます。

10. 身元保証人について

ご利用者様の身元保証人を定めてください。ただし、社会通念上、身元保証人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。身元保証人は、契約書に基づく利用者様の一切の責務について、利用者様と連携して履行の責任を負っていただきます。

1 1. 個人情報保護

当施設が保有する利用者様等の個人情報に関し適正かつ適切な取扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ります。但し、高齢者虐待防止に基づく通報は、この限りではありません。

- ・ 個人情報相談窓口（担当者） 加地 直浩
- ・ 受付時間 午前9時00分から5時00分
- ・ 電話 052-821-8626

1 2. 開示について

- (1)利用者様またはそのご家族の求めに応じて、サービス提供記録等の開示を致します。
- (2)利用者様またはそのご家族の求めに応じて、事業計画、財務内容等の開示を致します。

1 3. 苦情の受付について

(1). 当施設における苦情の受付

- ・ 苦情受付窓口（担当者） 加地 直浩
- ・ 受付時間 午前9時00分から5時00分
- ・ 電話 052-821-8626

(2) その他の苦情受付機関

- ・ 愛知県国民健康保険団体連合会

電話 052-^{苦がない 良い老後}971-4165

所在地 名古屋市名東区和泉1丁目6番5号

受付時間 午前9時から午後5時まで

- ・ 名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課
- 電話 052-959-3087

令和 年 月 日

利用サービスに○印を記入してください。

☐	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

の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

小松病院 説明者氏名

利用サービスに○印を記入してください。

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

の提供開始に同意いたします。

- 2 私は、個人情報保護に関する基本方針、個人情報保護の利用目的について説明を受け、情報提供に同意いたします。また、家族の情報についても必要に応じ、情報提供することに応じます。尚、本人（家族）が個人情報に関する事項の提供を希望しない場合、指定事項がある場合は事業者側へ申し出ます。

利用者

住所

氏名

身元保証人・家族（兼個人情報についての同意者）

住所

氏名

当事業所はこの重要事項説明書に定める各種サービスを誠実に責任を持って行います。

住所 愛知県名古屋市中区前浜通6丁目45番地

施設名 医療法人緑翔会 小松病院（通所・介護予防リハビリテーション）

病院長 小松 輝成

電話番号 052-821-8626

FAX 052-821-8625 附則この規定は令和3年4月1日施行