

通所リハビリテーション重要事項説明書

1. 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

医療法人 宏友会が開設する老人保健施設うらら通所リハビリテーション（以下「事業所」という）が行う通所リハビリテーション（以下「事業」という）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の医師を始めスタッフ一同（以下「職員等」という）が、要介護状態にある高齢者に対し、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する。

(2) 運営の方針

施設は、前条の目的を達成するため次のことを方針として運営されるものとする。

1. 要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、理学療法、作業療法その他の必要なりハビリテーションを行い、利用者の「心身の機能」「活動」「参加」などの生活機能の維持向上を図る。
2. 事業の実施にあたっては、利用者にかかわる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、また、利用者・家族等の希望を取り入れ、計画の内容について同意を得た上で通所リハビリテーション計画を作成する。

2. 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	老人保健施設うらら
所在地	〒999-8134 山形県酒田市本楯字前田127-2 電話番号 0234-28-3131
サービスの種類	通所リハビリテーション
介護保険事業者番号	山形県第0650880024号
通常の事業の実施地域	旧酒田市の最上川以北及び旧八幡町、遊佐町
第三者評価の 実施状況について	実施した直近の年月日 未実施
	実施した評価機関の名称 未実施
	評価結果の開示状況 未実施

(2) 職員の体制

- | | |
|------------|-------------------------------|
| 1. 施設長（医師） | 1名（介護老人保健施設・訪問リハビリテーションと兼務） |
| 2. 医師（非常勤） | 1名（介護老人保健施設と兼務） |
| 3. 看護師 | 4名（介護老人保健施設と兼務4名を含む） |
| 4. 介護職員 | 9名（介護福祉士6名・認定特定行為従事者3名を含む） |
| 5. 相談員 | 1名（理学療法士と兼務） |
| 6. 理学療法士 | 3名 |
| 7. 作業療法士 | 3名 |
| 8. 言語聴覚士 | 1名（介護老人保健施設と兼務） |
| 9. 厨房職員 | 14名（介護老人保健施設と兼務） |
| 10. 事務職員 | 2名（介護老人保健施設と兼務） |
| 11. その他の職員 | 9名（介護老人保健施設と兼務1名を含む・介護補助・運転士） |

(3) 営業日及び営業時間

営業日：月曜日～土曜日

営業時間：午前8時30分～午後5時30分

3. サービスの内容

要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業療法その他の必要なりハビリテーションを行い、利用者の「心身の機能」「活動」「参加」などの生活機能維持向上を図る。

このサービスを提供するにあたっては、利用者にかかわる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって通所リハビリテーション計画を作成し、利用者・扶養者（ご家族）の希望を取り入れ、また、計画の内容については同意を頂く。

4. 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、以下の料金（各利用者の介護保険負担割合証に応じた介護保険サービス費）をお支払い頂きます。

介護保険給付の範囲を超えたサービスの利用は、全額自己負担となります。

介護度	介護保険負担割合	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	1割負担	369円	383円	486円	553円	622円	715円	762円
	2割負担	738円	766円	972円	1,106円	1,244円	1,430円	1,524円
	3割負担	1,107円	1,149円	1,458円	1,659円	1,866円	2,145円	2,286円
要介護2	1割負担	398円	439円	565円	642円	738円	850円	903円
	2割負担	796円	878円	1,130円	1,284円	1,476円	1,700円	1,806円
	3割負担	1,194円	1,317円	1,695円	1,926円	2,214円	2,550円	2,709円
要介護3	1割負担	429円	498円	643円	730円	852円	981円	1,046円
	2割負担	858円	996円	1,286円	1,460円	1,704円	1,962円	2,092円
	3割負担	1,287円	1,494円	1,929円	2,190円	2,556円	2,943円	3,138円
要介護4	1割負担	458円	555円	743円	844円	987円	1,137円	1,215円
	2割負担	916円	1,110円	1,486円	1,688円	1,974円	2,274円	2,430円
	3割負担	1,374円	1,665円	2,229円	2,532円	2,961円	3,411円	3,645円
要介護5	1割負担	491円	612円	842円	957円	1,120円	1,290円	1,379円
	2割負担	987円	1,224円	1,684円	1,914円	2,240円	2,580円	2,758円
	3割負担	1,473円	1,836円	2,526円	2,871円	3,360円	3,870円	4,137円

※料金設定の基本時間は、居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた時間を基準と致します。

上記の料金表の他、加算料金として以下の利用料金が加算される場合があります。

加 算	1割負担	2割負担	3割負担	算定回数等
入浴介助加算（Ⅰ）	40円	80円	120円	1日につき
〃（Ⅱ）	60円	120円	180円	1日につき
延長加算（8時間以上9時間未満）	50円	100円	150円	1回につき
リハビリテーションマネジメント加算 イ	560円	1,120円	1,680円	1月につき※開始月から6月以内
〃	240円	480円	720円	1月につき※開始月から6月超
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	593円	1,186円	1,779円	1月につき※開始月から6月以内
〃	273円	546円	819円	1月につき※開始月から6月超
リハビリテーションマネジメント加算 ハ	793円	1,586円	2,379円	1月につき※開始月から6月以内
〃	473円	946円	1,419円	1月につき※開始月から6月超
医師が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た場合	270円	540円	810円	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円	220円	330円	1日につき※認定日から3月以内
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250円	2,500円	3,750円	1月につき※開始月から6月以内
中重度者ケア体制加算	20円	40円	60円	1日につき
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150円	300円	450円	1回につき※月2回まで
〃（Ⅱ）イ	155円	310円	465円	1回につき※月2回まで
〃（Ⅱ）ロ	160円	320円	480円	1回につき※月2回まで
理学療法士等体制強化加算	30円	60円	90円	1日につき※1時間以上2時間以内
重度療養管理加算	100円	200円	300円	1日につき
栄養改善加算	200円	400円	600円	1回につき※月2回まで
科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円	1月につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円	44円	66円	1回につき
退院時共同指導加算	600円	1,200円	1,800円	1回につき
リハビリテーション提供体制加算				
3時間以上4時間未満	12円	24円	36円	1回につき
4時間以上5時間未満	16円	32円	48円	〃
5時間以上6時間未満	20円	40円	60円	〃
6時間以上7時間未満	24円	48円	72円	〃
7時間以上	28円	56円	84円	〃
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数に介護保険で定められた%を加算			1月につき

※送迎減算 47円／片道（2割負担の場合は、94円）

(2) その他の料金

① 昼食料金 720円【税込】

- ・ご利用予定日の朝8時30分までにお休み又はご利用時間の変更等のご連絡を頂けない場合、昼食料＋おやつ代金を請求させていただきます。

② おやつ代 100円【税込】

③ 教養娯楽費 110円【税込】（1日につき）

④ その他 前各項に掲げるものの他、事業所の中で提供されるサービスのうち日常生活においても通常必要となるものにかかる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用の実費相当を請求させていただきます。

(3) 支払方法

- ・当施設は、毎月10日までに前月分の請求書を発行しますので、利用者および連帯保証人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の末日までにお支払い下さい。
- ・支払いの方法は銀行振込みを原則としますが、事情によっては現金での支払いにも対応致します。事業所職員にご相談下さい。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの申し込み

まずは、電話でお申し込みください。当事業所の職員がお伺い致します。

通所リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の依頼をしている場合は、事前に介護支援専門員にご相談下さい。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当事業所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を終了させていただく場合がございます。その場合は、利用者に対して、30日前までに文書で通知致します。

③ 自動終了

(1) 利用者の要介護認定区分が、要支援又は非該当（自立）と認定された場合

(2) 利用者が死亡した場合

④ その他

ア) 次の場合、利用者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することが出来ます。

(1) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合

(2) 事業者が守秘義務に反した場合

(3) 事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

(4) 事業者が破産した場合

イ) 次の場合、事業者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することが出来ます。

(1) 利用者がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、事業者が利用者に対し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合

(2) 利用者又はその家族が事業者やサービス従業者に対して、この契約を継続し難い背信行為・ハラスメント行為（介護職員や他の利用者に対する故意による暴言・暴力行為等並びにセクハラ行為等を含む）を行った場合

6. 高齢者虐待の防止について

- (1) 事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止のため、虐待発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針整備、研修の実施、担当者の設置等必要な措置を講じています。

7. 緊急時における対応

①緊急時の対応

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医、ご家族、居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）等へ連絡致します。

緊急連絡先について「利用申し込み書」に記載されている内容と同一の連絡先である

☐ 同一である ☐ 異なる

緊急連絡先	氏 名	続柄／関係：
	電 話 番 号	

②事故発生時の対応

- (1) 利用者に対するサービスの提供により、事故が発生した場合は、当事業所は事前の打ち合わせに従い緊急連絡先へ連絡し、また重大事故と判断をした場合は保険者の指定する行政機関に連絡します。

庄内総合支庁 福祉担当課 (TEL 0234-66-5460 FAX 0235-66-4053)

- (2) 事故防止のため、委員会等において転倒、転落、誤飲、誤嚥などについて、具体的な事故防止の対策を関係職員に周知徹底すると共に、事故が生じた際にはその原因を解明し、対策を講じます。

- (3) その他

①当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、当該利用者の契約終了の日から5年間保存します。

②当事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

保険会社名：東京海上日動火災保険株式会社

保険名：居宅介護事業者補償制度

8. 相談、苦情等の処理について

- ・相談・苦情に対する常設の窓口

担当責任者 老人保健施設うらら 矢島 慎也

(電話番号) 0234-28-3131

- ・苦情処理窓口は、上記の他公的機関にも設置されています。

(窓 口) 山形県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護サービス推進室

(電話番号) 0237-87-8006

(窓 口) 酒田市介護保険課 事業管理係

(電話番号) 0234-26-5363

9. 当事業者の概要

名称・法人種別	医療法人 宏友会
代表者役職・氏名	理事長 矢島 恭一
本部住所	〒999-8162 山形県酒田市上野曽根字上中割73番地 電話番号 0234-27-3306
定款の目的に定められた事業	上田診療所 介護老人保健施設うらら 居宅介護支援事業所 上田診療所 在宅介護支援センター うらら 居宅介護支援事業所 在宅介護支援センターうらら 訪問介護サービス うららホームヘルプサービス 認知症対応型グループホーム ほなみ 酒田市地域包括支援センター ほくぶ 通所介護事業所 デイサービス あい・たくせい 喀痰吸引等登録研修機関

10. その他

通所リハビリテーションのサービス提供に当たり、利用者に対して契約書及び本誌面に基づき、重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

住 所 山形県酒田市本楯字前田 1 2 7 - 2

名 称 老人保健施設うらら（介護保険事業者番号：0 6 5 0 8 8 0 0 2 4）

医療法人 宏友会

代表者名 理事長 矢島 恭一

電話番号 0 2 3 4 （ 2 8 ） 3 1 3 1 F A X 0 2 3 4 （ 2 8 ） 3 2 3 2

説明者

氏 名 _____

職 名 _____

私は、契約書及び本誌面により、事業者から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

氏 名 _____

代筆者氏名 _____（利用者との続柄）

連帯保証人/身元引受人①

氏 名 _____

代筆者氏名 _____（利用者との続柄）

身元引受人②

氏 名 _____

代筆者氏名 _____ (利用者との続柄)

後見人など（選任されている場合）

氏 名 _____

職 名 _____