

指定通所リハビリテーション
重要項目説明書



A I S E I K A I

医療法人愛生会
デイケアセンター愛生

「指定通所リハビリテーション」重要事項説明書

当事業書は、介護保険の指定を受けています。（熊本県指定4370300636号）

当事業書は、ご契約者にたい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契約上ご注意いただきたいことを、次の通り説明します。

*当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

- | | |
|----------|---------------|
| 1. 法人名 | 医療法人 愛生会 |
| 2. 法人所在地 | 熊本県人吉市二日町22番地 |
| 3. 電話番号 | 0966-22-2023 |
| 4. 代表者名 | 外山博之 |

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類 指定通所リハビリテーション事業所・平成15年3月24日指定
(熊本県4370300636号)

(2) 事業所の目的 指定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（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、心身の機能の維持回復を図ることを目的として、ご契約者に通所リハビリテーションサービスを提供します。

(2) 施設の名称 デイケアセンター愛生

(3) 施設の所在地 熊本県人吉市南泉田町89番地

(4) 電話番号 0966-28-3585 FAX 0966-28-3595

(5) 事業所長（管理者） 外山 貴之

(7) 当事業所の運営方針

1. 愛生記念病院が実施する指定通所リハビリテーションの従業者は、要介護者が居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図る。

2. 指定通所リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し計画を行う。

3. 指定通所リハビリテーションの実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努める。

(8) 営業日及び営業時間

受付時間	8:30～
サービス提供時間	9:30～16:30
利用定員	1単位40名
営業日	月曜日より土曜日まで（但し12月31日から1月2日を除く）

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> （職員の配置については、指定基準を遵守しています。）

職種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1名（兼務）	1名
2. 医師	1名（兼務）	1名
3. 理学療法士又は作業療法士	1名以上	1名
4. 看護職員	1名以上	4名
5. 介護職員	3名以上	
6. 言語聴覚士		
7. 管理栄養士	1名（兼務）	1名

*常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延長時間の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

<主な職員の勤務体制>

職種	勤務体制
1.看護職員	勤務時間：8:00～18:00（2交代） ☆1名以上の看護職員を配置しています。
2.介護職員	勤務時間：8:00～18:00（2交代） ☆1名以上の介護職員を配置しています。

4.当事業所が提供するサービスと利用料金

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。

当事業所が提供するサービスについて

- | |
|---------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合があります。 |

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

次ページのサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。ただし、平成27年8月より一定以上の所得がある第1号被保険者の利用者負担が2割となり、平成30年8月より2割負担者のうち特に所得の高い層の負担者は3割となります。

<サービスの概要>

①入浴

入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

ご契約者の排泄の介助を行います。

③リハビリテーション

理学療法士又は作業療法士により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要なリハビリテーション又は、その減退を防止するための訓練を実施します。

④利用料金については、付属書類（料金表）によって、ご契約者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費額を除いた金額（自己負担）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

☆ご契約者がい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一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス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、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご契約者に提供する食材にかかる費用は、別途いただきます。

☆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の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第５条、第７条参照）

＊以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

①食 事

・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご契約者の自立支援のため離床して、食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間） 昼食 12：00～13：00

②通常の事業実施区域外への送迎

・通常の事業実施区域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金いただきます。

＊人吉市・球磨郡地区以外は1kmあたり10円が加算されます。

③レクリエーション、作品制作活動費

ご契約者の希望により、レクリエーション等に参加していただくことができます。

（レクリエーション等で使用する材料については実費となります。費用は作成物により異なります。）

④ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合は実費をご負担いただきます。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。（例：紙パンツ・尿とりパッドなど）

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない理由がある場合、相当な額に変更することがあります。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金は、現金を窓口で支払われるか、毎月26日に金融機関より引き落としさせて頂くかをお選びください。尚、銀行引き落としにかかる事務手数料は利用者負担となっております。（かかった手数料の額はサービス利用料請求・領収書でお知らせします。）

(4) 利用中止、変更、追加（契約書第8条参照）

利用予定日の前にご契約者の都合により、通所リハビリテーションサービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

5. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付（契約書第22条参照）

当事業所における苦情やご相談は、以下の専門窓口で受け付けています。

○ 苦情受付窓口 職名 介護支援専門員 森 小百合

○ 受付時間 月～土曜日 午前 8：30～午後 17：30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

人吉市役所 介護保険担当課	所在地 人吉市麓町16番地 電話番号 22-2111 FAX 24-7869
国民健康保険団体連合会	所在地 熊本市東区健軍2丁目4-10 熊本県町村自治会館内 電話番号 096-214-1101
熊本県社会福祉協議会	所在地 熊本市中央区南千反畑町3-7 熊本県総合福祉センター内 電話番号 096-324-5454

事業所は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要項目を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	住所	人吉市二日町22番地
	事業者（法人）名	医療法人 愛生会
	事業所名	デイケアセンター愛生
	（事業所番号）	4370300636
	代表者	理事長 外山 博之 印

説明者	職 名	
	氏 名	印

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要項目の説明を受け、その内容に同意します。

令和 年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	印

代理人	住 所	
	氏 名	印

通所リハビリテーション利用料早見表

(単位:単位)

通所リハビリテーション費 【通常規模型】	区分	1～2 時間	2～3 時間	3～4 時間	4～5 時間	5～6 時間	6～7 時間	7～8 時間
	要介護1	369	383	486	553	622	715	762
	要介護2	398	439	565	642	738	850	903
	要介護3	429	498	643	730	852	981	1,046
	要介護4	458	555	743	844	987	1,137	1,215
	要介護5	491	612	842	957	1,120	1,290	1,379
リハビリテーションマネジメント加算イ	開始日から6月以内 560/月				開始日から6月超 240/月			
リハビリテーションマネジメント加算ロ	開始日から6月以内 593/月				開始日から6月超 273/月			
リハビリテーションマネジメント加算ハ	開始日から6月以内 793/月				開始日から6月超 473/月			
医師が利用者又はその家族に説明した場合	上記に加えて270単位/月							
リハビリテーション提供体制加算	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7時間以上			
	12	16	20	24	28			
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院(退所)日から3月以内				1日につき		110	
退院時共同指導加算	600単位/回							
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	退院(退所)日又は通所開始月から3月以内				1日につき		240	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	退院(退所)日の翌日の属する月又は開始月から3月以内				1月につき		1,920	
栄養アセスメント加算	1月につき50							
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	1回につき20(6月に1回を限度)							
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	1回につき5(6月に1回を限度)							
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1回につき150(月2回を限度)							
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1回につき160(3月以内、月2回を限度)							
移行支援加算	1日につき12							
入浴介助加算(Ⅰ)	1日につき40							
入浴介助加算(Ⅱ)	1日につき60							
中重度者ケア体制加算	1日につき20							
科学的介護推進体制加算	1月につき40							
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1回につき22							
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1回につき18							
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1回につき6							
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	各種加算、減算を加えて算定した単位数の100分の86に相当する単位数							
送迎を行わない場合の減算	片道47							
高齢者虐待防止措置を実施しない場合の減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数							
業務継続計画が未策定の場合の減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数							

*保険の対象とならない費用については、次ページの表をご参照ください。
入浴介助加算・短期集中個別リハビリテーション実施加算等の利用者に対する実施の加算については、計画がされていても実施しなければ加算の対象にはなりません。

*短時間利用を希望される方の利用時間やサービス内容については、なるべくご希望に添うよう設定させていただきますが、定員の関係で当センターより利用時間を設定する場合があります。予めご了承ください。

保険の対象とならない費用

食事代	580円
事業実施区域外の送迎費【1kmあたり】	10円
作品制作活動材料費【希望者のみ】	金額は作成物により異なります
複写物の交付【A4サイズ1枚あたり】	15円
日常生活上必要とされる諸費用実費	例：紙パンツ・尿とりパッドなど

食事代については、あくまでもサービス計画表に基づくものであり昼食前に帰宅されても加算の対象となります。そのため前日の連絡が必要です。午前中または午後のみ利用で当初から計画されていない場合は加算の対象にはなりません。

あなたの利用料の概算は

通常1割が自己負担となります

保険対象額 円 (－) 保険給付額【9割】 円

自己負担額 円 (+) 保険対象外金額 円 (=) 円です。

* 連帯保証人の極度額（補償限度額）は60万円です。