

指定通所リハビリテーション
(指定介護予防通所リハビリテーション)
山津通所リハビリセンター短時間型
重要事項説明書

医療法人社団 三善会

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) 重要事項説明書

山津通所リハビリセンター短時間型

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(佐賀県指定 第4170301172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(指定介護予防通所リハビリテーション)サービスを提供いたします。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

※当サービスのご利用は、原則として要介護認定の結果「要介護1から5」また要支援認定の結果「要支援1・要支援2」と認定された方が対象となります。要介護認定また要支援認定をまだ受けておられない方でもサービスのご利用は可能です。

1. 事業者

名称	医療法人社団 三善会
代表者名	理事長 山津 善保
所在地・連絡先	(住所)佐賀県鳥栖市萱方町270番地 (電話)0942-84-0011 (FAX)0942-84-0013

2. 事業所の概要

(1)事業所名称及び事業所番号

事業所名	山津通所リハビリセンター短時間型
所在地・連絡先	(住所)佐賀県鳥栖市神辺町1273番地8 (電話)0942-87-3560 (FAX)0942-84-7292
事業所番号	4170301172
管理者の氏名	山津 善保
利用定員	午前 29名 午後 29名

(2)事業所の職員体制

従事者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数(人)	職務の内容
		常勤(人)	非常勤		
管理者(医師)	1	1		0.1	管理・監督・指導
作業療法士					リハビリ
理学療法士	2	2		2	リハビリ
介護職員	3	2	1	2.3	介護全般
事務職員	1	1		0.5	事務全般

(3)事業所の特色等

①事業の目的

介護(介護予防)保険法等の関係法令に従い、日常生活上の機能訓練を行い、利用者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ことができるよう通所リハビリテーションサービス

を提供し利用者への全人的サービスを行うことを目的とします。

②運営方針

集団での生活を通し、リハビリテーションやレクリエーション等を行いながら利用者の画一的でない生き甲斐を作り出し心身機能の維持・向上を図り、支援いたします。

③その他

事 項	内 容
従 事 者 研 修	年2回、施設内外の研修を行います。

(4)事業の実施地域

鳥栖市・三養基郡内

※上記地域以外の方でもご相談下さい。

(5)営業日・営業時間

営業時間：8:30～17:30

営 業 日	サービス提供時間
午前 月・火・水・木・金	10:00～11:30
午後 月・火・水・木・金	14:00～15:30

休 業 日	土・日曜日 年末年始(原則12月31日～1月3日)
-------	---------------------------

3. サービスの内容及び費用

(1)介護保険給付対象サービス

ア. 共通サービス内容

種 類	内 容
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	理学療法、作業療法、個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。 (当施設の保有するリハビリ器具) マイクロ照射器 1台 車椅子 5台 ホットパック 1台 平行棒 3台 プーリー 1台 肋木 1台 エアロバイク 3台 トレッドミル 1台
レ ク レ ー シ ョ ン	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを行います。
健 康 チェック	体温・脈拍・血圧等利用者の状態把握を行います。
相 談 及 び 援 助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	自宅から施設までの送迎を行います。(送迎利用は任意です)

イ. 費用

介護保険の適用がある場合は、下記の負担額となります。

【通所リハビリテーション料金表】 通常規模

(1割負担額)

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
所要時間1時間以上 2時間未満の場合	369円	398円	429円	458円	491円
所要時間2時間以上 3時間未満の場合	383円	439円	498円	555円	612円
所要時間3時間以上 4時間未満の場合	486円	565円	643円	743円	842円
所要時間4時間以上 5時間未満の場合	553円	642円	730円	844円	957円
所要時間5時間以上 6時間未満の場合	622円	738円	852円	987円	1,120円
所要時間6時間以上 7時間未満の場合	715円	850円	981円	1,137円	1,290円
所要時間7時間以上 8時間未満の場合	762円	903円	1,046円	1,215円	1,379円

(2割負担額)

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
所要時間1時間以上 2時間未満の場合	738円	796円	858円	916円	982円
所要時間2時間以上 3時間未満の場合	766円	878円	996円	1,110円	1,224円
所要時間3時間以上 4時間未満の場合	972円	1,130円	1,286円	1,486円	1,684円
所要時間4時間以上 5時間未満の場合	1,106円	1,284円	1,460円	1,688円	1,914円
所要時間5時間以上 6時間未満の場合	1,244円	1,476円	1,704円	1,974円	2,240円
所要時間6時間以上 7時間未満の場合	1,430円	1,700円	1,962円	2,274円	2,580円
所要時間7時間以上 8時間未満の場合	1,524円	1,806円	2,092円	2,430円	2,758円

(3割負担額)

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
所要時間1時間以上 2時間未満の場合	1,107円	1,194円	1,287円	1,374円	1,473円
所要時間2時間以上 3時間未満の場合	1,149円	1,317円	1,494円	1,665円	1,836円
所要時間3時間以上 4時間未満の場合	1,458円	1,695円	1,929円	2,229円	2,526円
所要時間4時間以上 5時間未満の場合	1,659円	1,926円	2,190円	2,532円	2,871円
所要時間5時間以上 6時間未満の場合	1,866円	2,214円	2,556円	2,961円	3,360円
所要時間6時間以上 7時間未満の場合	2,145円	2,550円	2,943円	3,411円	3,870円
所要時間7時間以上 8時間未満の場合	2,286円	2,709円	3,138円	3,645円	4,137円

各種加算

(1割負担額)

種 類	利 用 料
リハビリテーション提供体制加算1	3～4時間未満の場合 12単位／回
リハビリテーション提供体制加算2	4～5時間未満の場合 16単位／回
リハビリテーション提供体制加算3	5～6時間未満の場合 20単位／回
リハビリテーション提供体制加算4	6～7時間未満の場合 24単位／回
リハビリテーション提供体制加算5	7～8時間未満の場合 28単位／回
通所リハマネジメント加算イ	560 円／月(6月以降240円)
短期集中個別リハ加算	110円／日(退院・退所後3月以内)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20円／月(6月に1回)
科学的介護推進体制加算	40円／月
理学療法士等体制強化加算	30円／回
生活行為向上 リハビリテーション実施加算	6月以内:1, 250円／月

(2割負担額)

種 類	利 用 料
リハビリテーション提供体制加算1	3～4時間未満の場合 24単位／回
リハビリテーション提供体制加算2	4～5時間未満の場合 32単位／回
リハビリテーション提供体制加算3	5～6時間未満の場合 40単位／回
リハビリテーション提供体制加算4	6～7時間未満の場合 48単位／回
リハビリテーション提供体制加算5	7～8時間未満の場合 56単位／回
通所リハマネジメント加算イ	1, 120 円／月(6月以降480円)
短期集中個別リハ加算	220円／日(退院・退所後3月以内)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	40円／月(6月に1回)
科学的介護推進体制加算	80円／月
理学療法士等体制強化加算	60円／回
生活行為向上 リハビリテーション実施加算	6月以内:2, 500円／月

(3割負担額)

種 類	利 用 料
リハビリテーション提供体制加算1	3～4時間未満の場合 36単位／回
リハビリテーション提供体制加算2	4～5時間未満の場合 48単位／回
リハビリテーション提供体制加算3	5～6時間未満の場合 60単位／回
リハビリテーション提供体制加算4	6～7時間未満の場合 72単位／回
リハビリテーション提供体制加算5	7～8時間未満の場合 84単位／回
通所リハマネジメント加算イ	1, 680 円／月(6月以降720円)
短期集中個別リハ加算	330円／日(退院・退所後3月以内)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	60円／月(6月に1回)
科学的介護推進体制加算	120円／月
理学療法士等体制強化加算	90円／回
生活行為向上 リハビリテーション実施加算	6月以内:3, 750円／月

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数に8.3%を乗じた単位
----------------	------------------

各種減算

(1割負担額)

送迎減算	-47円／片道
同一建物減算	-94円／日

(2割負担額)

送迎減算	-94円／片道
同一建物減算	-188円／日

(3割負担額)

送迎減算	-141円／片道
同一建物減算	-282円／日

【介護予防通所リハビリテーション料金表】

(1割負担額)

利用日	要支援 1	要支援 2
1月につき	2, 268円(定額)	4, 228円(定額)

(2割負担額)

利用日	要支援 1	要支援 2
1月につき	4, 536円(定額)	8, 456円(定額)

(3割負担額)

利用日	要支援 1	要支援 2
1月につき	6, 804円(定額)	12, 684円(定額)

選択的サービス内容

(1割負担額)

種 類	利 用 料
生活行為向上リハビリテーション 実施加算	6月以内562円／月
科学的介護推進体制加算	40円／月

(2割負担額)

種 類	利 用 料
生活行為向上リハビリテーション 実施加算	6月以内1, 124円／月
科学的介護推進体制加算	80円／月

(3割負担額)

種 類	利 用 料
生活行為向上リハビリテーション 実施加算	6月以内1, 686円／月
科学的介護推進体制加算	120円／月

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数に8.3%を乗じた単位
----------------	------------------

各種減算

(1割負担額)

同一建物減算(要支援1)	-376円／月
同一建物減算(要支援2)	-752円／月
12月超減算(要支援1)	-120円／月
12月超減算(要支援2)	-240円／月

(2割負担額)

同一建物減算(要支援1)	-752円／月
同一建物減算(要支援2)	-1, 504円／月
12月超減算(要支援1)	-240円／月
12月超減算(要支援2)	-480円／月

(3割負担額)

同一建物減算(要支援1)	－1,128円／月
同一建物減算(要支援2)	－2,256円／月
12月超減算(要支援1)	－360円／月
12月超減算(要支援2)	－720円／月

下記の場合は、保険給付の対象とならないサービス利用料を全額いったんお支払い頂きます。ただし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)。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」を交付致します。契約者が要介護認定また要支援認定を受けずにサービスの利用をした場合。ただし認定後、要介護度また要支援度の限度内のサービス費用に限る。

- 指定居宅介護支援を受けることを市町村に届けておらず、サービスを利用した場合及び居宅サービス計画に含まれないサービスを利用した場合。ただし、要介護度また要支援度の限度額内のサービス費用に限る。
- 契約者が、作成した居宅サービス計画を市町村に届けておらず、サービスを利用した場合及び居宅サービス計画に含まれないサービスを利用した場合。ただし、要介護度また要支援度の限度額内のサービス費用に限る。

☆介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額にあわせてご契約の負担額を変更します。

☆限度額内のサービスのうち高額サービス費に該当する場合は、償還払いで給付されます。

通所リハビリテーション(要介護)費の介護保険給付対象とならない場合

限度額を超えるサービス費用は、下記の利用料となります。

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
所要時間1時間以上 2時間未満の場合	3,690円	3,980円	4,290円	4,580円	4,910円
所要時間2時間以上 3時間未満の場合	3,830円	4,390円	4,980円	5,550円	6,120円
所要時間3時間以上 4時間未満の場合	4,860円	5,650円	6,430円	7,430円	8,420円
所要時間4時間以上 5時間未満の場合	5,530円	6,420円	7,300円	8,440円	9,570円
所要時間5時間以上 6時間未満の場合	6,220円	7,380円	8,520円	9,870円	11,200円
所要時間6時間以上 7時間未満の場合	7,150円	8,500円	9,810円	11,370円	12,900円
所要時間7時間以上 8時間未満の場合	7,620円	9,030円	10,460円	12,150円	13,790円

各種加算(1日につき)

種 類	利 用 料
通所リハマネジメント加算(A)イ	5,600円／月(6月以降2,400円)
通所リハマネジメント加算(A)ロ	5,930円／月(6月以降2,730円)
短期集中個別リハ加算	1,100円／日(退院・退所後3月以内)
科学的介護推進体制加算	400円／月

生活行為向上 リハビリテーション実施加算	6月以内:12, 500円／月
-------------------------	-----------------

介護予防通所リハビリテーション(要支援)の方のサービス費用は、下記の利用料となります。

利用日	要支援 1	要支援 2
1月につき	20, 530円(定額)	39, 990円(定額)

介護予防通所介護選択的サービス内容(1月につき)

種 類	利 用 料
運動器機能向上加算	2, 250円／月
生活行為向上リハビリテーション 実施加算	6月以内5, 620円／月
事業所評価加算	1, 200円／月
科学的介護推進体制加算	400円／月

ご契約者がまだ要介護認定また要支援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お支払いいただきます。要介護又は要支援の認定を受けた後、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)。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為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付致します。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いたします。

その他の費用

○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頂きます。

○おむつを使用される場合、下記の実費が必要となります。

紙おむつ代	尿とりパット(S)	25円
	尿とりパット(M)	20円
	パンツタイプ(M)	100円
	パンツタイプ(L)	110円
	パンツタイプ(LL)	130円
	テープ止めおむつ(M)	120円
	テープ止めおむつ(L)	130円

(2)利用料等のお支払方法

毎月、15日までに先月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。

4. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者	森田 清美
	ご利用時間	8:30 ～ 17:30
	ご利用方法	電話 0942-84-0011
		面接 山津医院
		苦情箱 事業所入口に設置

(1)円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理・体制・手順

- ・苦情があった場合は直ちに担当者が相手と連絡をとり、詳しく事情を聞くと共に担当した職員からも事情を確認する。
- ・具体的な苦情内容を説明し、院内にて再発防止の検討会を開催し報告書を作成する。

(2)行政機関その他苦情受付機関

鳥栖市 鳥栖地区広域 市町村圏組合	所在地	鳥栖市本町三丁目1496-1
	電話番号・FAX	0942(81)3315・0942(81)3316
	受付時間	09:00～17:00
国民健康保険団体連合会 情報・介護課 介護保険係	所在地	佐賀県佐賀市呉服元町7番28号
	電話番号・FAX	0952(26)1477
	受付時間	09:00～17:00
佐賀県社会福祉協議会	所在地	佐賀県佐賀市鬼丸町7番18号
	電話番号・FAX	0952(23)2151
	受付時間	09:00～17:00

5. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応いたします。	
避難訓練及び 防火訓練	別途定める消防計画にのっとり年1回避難訓練を行います。	
	設備名称	個数等
	スプリンクラー	室内
	自動火災報知器	2箇所
	誘導灯	1箇所
	消火器	1個
	カーテンは防炎性能のものを使用しています。	

6. サービス利用にあたっての留意事項

- ・サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- ・施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が発生した場合、弁償していただく場合があります。
- ・決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

7. 緊急時の対応方法について

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なうなどの措置を講じるとともに、緊急連絡先となっている連絡先へ連絡いたします。

8. 事故発生時の対応方法について

- (1)利用者に対する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)の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2)利用者に対する通所リハビリテーション(予防通所リハビリテーション)の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- (3)事故の状況及び事故に際して行なった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

(4) 事故報告書を作成し、鳥栖地域広域市町村圏組合 介護保険課へ提出いたします。

損害賠償保険内容

- ・保険会社名 三井住友海上保険株式会社
- ・福祉事業者総合賠償責任保険
 - ◎身体障害賠償 100,000千円(1事故補償限度額)
 - ◎財物損壊賠償 100,000千円(1事故補償限度額)

9. 個人情報開示対応について

利用者に対する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)の提供に関する諸記録の開示を行いません。開示は原則として、利用者本人に対して開示しますが、例外として代理人や成年後見人、現実に本人をお世話している親族等に行います。

10. 個人情報の保持

事業所は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報についてはサービスの提供等業務遂行に必要な場合を除き、契約中及び契約終了後も、第三者に漏らすことはありません。

(1) 前項の「サービス提供等業務施行に必要な場合」とは、次のとおりです。

- ・利用者のサービス計画を立案し、円滑にサービス提供を行うために開催するサービス担当者おける情報提供。
- ・介護支援専門員等との連絡調整において必要となった場合。
- ・サービス提供に関して主治医及び保険者の意見を求める必要がある場合。

(2) 前項以外に個人情報を用いる場合は別に同意書による同意を得た上で提供します。

(3) 個人情報の提供は必要最低限とし、関係する者以外の者に漏れることのないよう十分注意するとともに個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて記録します。

(4) 事業所は、従事者が退職後、在職中に知り得た利用者及びその家族の情報を漏らすことのないように必要な措置を講じます。

(5) 事業所は、利用者の個人情報について事業所が定める個人情報保護方針及び個人情報の利用目的に従い適切に扱われるよう必要な措置を講じます。

(6) 利用者は、個人情報について、事業所が定める個人情報保護方針及び利用目的をよく理解し個人情報の利用に同意します。

私は、重要事項説明書に基づいて指定通所リハビリテーション(指定介護予防通所リハビリテーション)のサービス内容および重要事項の説明を受けました。

利用者

住所

氏名

印

代筆

住所

氏名

印

(代筆理由:) (続柄:)

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、指定通所リハビリテーション(指定介護予防通所リハビリテーション)のサービス内容及び重要事項の説明を致しました。

令和 年 月 日

事業者

住 所

佐賀県鳥栖市神辺町1273番地8

事業者名

医療法人社団 三善会

事業所名

山津通所リハビリセンター短時間型

(事業所番号) 4170301172

代表者名

山 津 善 保

印

説明者

氏 名

印

以下、余白