医療法人　全心会　伊豆慶友病院
（介護予防）通所リハビリテーション

重要事項説明書

医療法人　全心会

伊豆慶友病院

医療法人　全心会　伊豆慶友病院　（介護予防）通所リハビリテーション

重要事項説明書

当事業所は、契約をいただいたご利用者様に対して（介護予防）通所リハビリテーションを提供いたします。

当事業所が提供するサービスの内容について、事前に知っておいていただきたい事柄についてご説明させていただきます。ご質問等がございましたら、何なりとご相談ください。

※　当施設のご利用は、原則として介護保険の要介護認定結果が「要支援1.2 または要介護 1～5」となった方が対象となります。

ご利用の際には、介護保険被保険者証の提示が必要です。

（介護予防）通所リハビリテーションを提供する事業者について

事業者法人名	医療法人　全心会
代表者名	理事長　　切東　　喜久夫
法人所在地	大阪府寝屋川市石津元町１２番２０号

２　（介護予防）通所リハビリテーションを担当する事業所について

①　事業所の所在地等

事業所名	医療法人　全心会　伊豆慶友病院
介護保険 事業者番号	２２１０７１００４８
事業所の管理者	院長　　小俣　秀雄
事業所所在地	静岡県伊豆市月ヶ瀬３８０－２
連　絡　先 相 談 担 当 者	TEL　0558（85）1701　　FAX　0558（85）1810 （事業所担当）理学療法士　寺本泰斗
通常の事業の実施地域	伊豆市内　送迎範囲は天城湯ヶ島・修善寺地区　その他の地区は応相談

② 事業の目的および運営方針

事業の目的	介護保険制度の基本理念に基づき、要支援・要介護状態となった場合においても、そのご利用者様が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、必要なリハビリテーションを行うことにより、ご利用者様の心身の機能回復・維持を図る。
運営方針	ご利用者様の心身の状態や生活環境を理解し、有意義で主体的な生活を獲得できるよう、またご利用者様のニーズに最大限にお応えし、質の高い適切なサービスを提供することを目的とする 1．心身機能や運動能力だけでなく、口腔機能や栄養状態など総合的に評価し健康寿命延伸に取り組みます。 2．主体的生活の獲得「いきいきと生活する」のための援助を行います 3．介護支援専門員やサービス事業所と連携し在宅生活を支援します 4．個人の尊厳・プライバシー「自己決定や意思」を尊重します

③ Ⅰ 事業所の営業日・営業時間・利用定員（3～4時間、7～8時間）

営業日	月～土曜日 （日曜日、12/30～1/3を除く）		
営業時間	9時00分～17時00分		
利用定員	3時間以上4時間未満	20名/日	AM 10名
			PM 10名
	7時間以上8時間未満		30名/日

④ 事業所の職員体制

職種	人員数	職種	人員数
医師 （管理者）	1名	介護職員	5名
理学療法士（PT） 作業療法士（OT） 言語聴覚士（ST）	4名	準看護師	1名

3　サービスの利用料について

①リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。
②PT、OT 又は ST が、介護支援専門員を通じて、指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。
③新規にリハビリテーション計画を作成した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた PT、OT 又は ST が開始日から１月以内に当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。
④医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。

3～4 時間利用

基本単位	単位数	利用者負担（１割）	利用者負担（２割）	利用者負担（３割）
要介護１	486 単位／日	486 円	972 円	1,458 円
要介護２	565 単位／日	565 円	1,130 円	1,695 円
要介護３	643 単位／日	643 円	1,286 円	1,929 円
要介護４	743 単位／日	743 円	1,486 円	2,229 円
要介護５	842 単位／日	842 円	1,684 円	2,526 円

※送迎を行わない場合は、片道４７単位（１単位１０円）の減額になります。

7～8 時間利用

基本単位	単位数	利用者負担（１割）	利用者負担（２割）	利用者負担（３割）
要介護１	762 単位／日	762 円	1,524 円	2,286 円
要介護２	903 単位／日	903 円	1,806 円	2,709 円
要介護３	1046 単位／日	1,046 円	2,092 円	3,138 円
要介護４	1215 単位／日	1,215 円	2,430 円	3,645 円
要介護５	1379 単位／日	1,379 円	2,758 円	4,137 円

※送迎を行わない場合は、片道４７単位（１単位１０円）の減額になります。

基本単位	単位数	利用者負担（１割）	利用者負担（２割）	利用者負担（３割）
要支援１	2,268 単位/月	2,268 円	4,536 円	6,804 円
要支援２	4228 単位/月	4,228 円	8,456 円	12,684 円

※利用開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合（要件を満たさない場合）

要支援１　120 単位/月減算

要支援２　240 単位/月減算

＜リハビリテーションに関する加算＞

【要介護者のみ該当】

□　リハビリテーションマネジメント加算（イ）

6月以内　560 単位／月　　6月以降　240 単位／月

※医師が説明する場合　+270 単位

①リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること。
構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用してもよい。
②リハビリテーション計画について医師またはPT、OT 又はST が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること。
③6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと。
④PT、OT 又はST が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
⑤以下のいずれかに適合すること。
（一）PT、OT 又はST が、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
（二）PT、OT 又はST が利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
⑥上記①から⑤までに適合することを確認し、記録すること。

□　リハビリテーションマネジメント加算（ロ）

6月以内　593 単位／月　　6月以降　273 単位／月

※医師が説明する場合　+270 単位

※リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたり、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること

□　リハビリテーションマネジメント加算（ハ）

6月以内　793 単位／月　　6月以降　473 単位／月

※医師が説明する場合　+270 単位

（ロ）の要件に加え、口腔アセスメントと栄養アセスメントを行っている場合。

※リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたり、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること

□　リハビリテーション提供体制加算

12 単位/回　※3～4 時間未満利用　　28 単位/回　※7～8 時間未満利用

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た事業所について加算

□　入浴介助加算（Ⅰ）　40 単位/回

入浴介助を適切に行うことができる人員および設備を有して行われる入浴介助

□ 入浴介助加算（Ⅱ） 60 単位/回

①医師等が利用者の居宅を訪問し入浴動作や浴室の環境を評価する。利用者自身や家族介助による入浴が難しい場合、ケアマネや福祉用具業者と連携し環境整備に係る助言を行う。

②PT、OT、ST は医師との連携の下で利用者の身体の状況や居宅の浴室環境等を踏まえ個別の入浴計画を作成する。

③②の入浴計画に基づき、個浴や利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行う。

□ 移行支援加算 12 単位/日

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業者がリハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合は、社会参加支援加算として、評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内に限り１日につき所定単位数を加算する。

□ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 110 単位／日

指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対して当該利用者がリハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院又は入所した病院若しくは診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日又は新たに要支援認定を受けた日から起算して３月以内の期間に集中的に指定通所リハビリテーションを行った場合に加算する。

【要介護、要支援者共通】

□ 介護職員等処遇改善加算Ⅲ 8.3%

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金改善を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届け出を行った指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

□ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150 単位/回

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持または向上に資すると認められるもの（以下にて、「口腔機能向上サービス」という）を行った場合は、口腔機能向上加算として、当該基準に掲げる区分に従い、３月以内の期間に限り、１月に２回を限度として１回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。また、口腔機能向上サービスの開始から３月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。

□ 口腔機能向上加算（Ⅱ） 160 単位/回

口腔機能向上加算Ⅰの取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用していること。

□ 栄養アセスメント加算 50 単位/月

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護士等と共同して栄養アセスメントを行った場合は、栄養アセスメント加算として、１月につき 50 単位を所定単位数に加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

□ **栄養改善加算　200 単位/回**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合、栄養改善加算として 3 月以内の期間に限り 1 月につき 2 回(要支援は 1 回)を限度として 1 回につき 200 単位を所定単位数に加算する。ただし、栄養改善サービスの開始から 3 月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行う事が必要と認められる利用者については、引き続き算定することが出来る。

□ **科学的介護推進体制加算　　40 単位/月**

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーションを行った場合は、科学的介護推進体制加算として 1 月につき 40 単位を所定単位数に加算する。

イ　利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

ロ　必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、イに規定する情報その他指定通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

□ **サービス提供体制強化加算（Ⅲ）**

要介護：6 単位/回　　要支援 1：24 単位/月　　要支援 2：48 単位/月

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った際に、1 回につき次に掲げる所定単位数を加算する。

要支援：別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、利用者の要支援状態区分に応じて 1 月につき次に掲げる所定単位数を加算する。

□ **退院時共同支援加算　　600 単位**

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導（病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。）を行った後に、当該者に対する初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき 1 回に限り、所定単位数を加算する。

【要支援者のみ該当】

□　**一体的サービス提供加算　480 単位/月**

口腔機能向上サービス及び栄養改善サービスの提供を行っている場合。また、口腔機能向上加算および栄養改善加算を算定していない場合。

※介護保険サービス利用の自己負担割合は 1 割から 3 割となります。「介護保険負担割証」をご確認ください。

その他の費用について

昼食代金	650 円/回	
おやつ代金	100 円/回	
サービス提供材料費	100 円/日	
タオル貸出代金	100 円/枚	
オムツ代 ※	リハビリパンツ	180 円／枚
	紙オムツ	150 円／枚
	パット	90 円／枚

※おむつ等使用した場合、次回利用時に使用した枚数を事業所に提供していただければ、請求しません。

4　利用料、その他の費用の請求および支払方法について

利用料、その他の費用の請求	ア 利用料、その他の費用は、ご利用いただいた月の１日から末日まででまとめて計算し、請求いたします。 イ 請求書は利用月の翌月初旬に利用者様あてにお届けします。
利用料、その他の費用の支払方法	ア 請求書の内容をご確認の上、銀行振替での支払い方法とする イ お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡しします。必ず保管されますようにお願いします。

※　正当な理由がなく２ヵ月以上支払いが滞り、かつ支払いの督促より 14 日が経っても支払いがない場合、契約を解除した上で、未支払い分の利用料等を即時支払っていただくこともあります。ご了承ください。

5　事故発生時の対応・損害賠償責任について

１　当事業所においてサービスの提供に伴い事故が発生した場合、速やかにご利用者様のご家族様に連絡し、受診等必要な対応を行うとともに、必要に応じて市町村・居宅介護支援事業所へ報告するなどの対応を実施いたします。

２　当事業所において、サービスの提供に伴い、事業所が自己の責に帰するべき事由により生じたご利用者様の損害については、その責任の範囲で事業所が損害を賠償する責任を負います。

ただし、ご利用者様に故意もしくは過失が認められる場合は、ご利用者様が置かれている心身の状況を勘案して相当と認められるときに限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。また、事業所に自己の責に帰するべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。

３　ご利用者の責に帰するべき事由により当事業所が損害を被った場合、ご利用者様並びにご家族様は連帯して当事業所に対し、その損害を賠償するものとします。

４　貴重品等のお持込みは、原則禁止とさせていただきます。貴重品等のお持込みをされた場合は、個人の責において管理して下さい。尚、紛失・盗難等の被害にあわれた場合、当事業所は一切の責を負いませんのでご了承下さい。

５　利用者様同士の個人的な物品（貴重品含む）の貸し借りに関しても、紛失・盗難等の被害にあわれた場合においても、当事業所は一切の責を負いませんのでご了承下さい。その他、利用者様同士の個人的なトラブルに関しても当事業所は一切の責を負いません。

６　当事業所に関する相談・苦情について

当事業所が提供した（介護予防）通所リハビリテーションに関する相談・苦情等についての受付窓口は下記のとおりとなっています。

事業所の窓口	〒410-3215　静岡県伊豆市月ヶ瀬３８０－２ 医療法人　全心会　伊豆慶友病院 TEL　0558(85)1701　　FAX　0558(85)1810 （受付時間）　９時００分　～　１７時００分
市町村の窓口	〒410-2413　伊豆市小立野38-2　修善寺生きいきプラザ内 伊豆市役所　健康福祉部　長寿介護課 TEL　0558(74)0150　　FAX　0558(74)0151(本庁) （受付時間）　９時００分　～　１７時００分
公的機関の窓口	〒420-0823 静岡市葵区春日2-4-34 静岡県国民健康保険団体連合会　介護保険課 TEL 054-253-5590 (苦情専用) （受付時間）　９時００分　～　１７時００分

当事業所にて受け付けた相談・苦情につきましては、迅速に調査及び確認等をさせていただきます。

その結果（改善できる項目がある場合はそれも含めて）を、ご本人様・ご家族様に報告いたします。

7　重要事項の説明を行った年月日

重要事項の説明を行った年月日	年　　月　　日

（介護予防）通所リハビリテーションの提供を開始するにあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	所　在　地	大阪府寝屋川市石津元町１２番２０号
	法　人　名	医療法人　　全心会
	代 表 者 名	理事長　　切 東　喜久夫
事業所	名　　称	医療法人 全心会　伊豆慶友病院
	所　在　地	〒410-3215　静岡県伊豆市月ヶ瀬３８０－２
	説明者氏名	（職名）　　（氏名）

上記内容の説明を事業所から確かに受けました。

利用者様	住　所	伊豆市
	氏　名	
	電話	

代理人様	住　所	伊豆市
	氏　名	
	電話	