

介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

ご利用者にたいするサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人久晴会 甲斐リハビリテーションクリニック
主たる事務所の所在地	山梨県 甲斐市 西八幡 3990番地
代表者（職名・氏名）	理事長 三輪 道然（クリニック院長）
設立年月日	平成26年 1月27日
電話番号	055-278-2016

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	通所リハビリテーションにじ	
サービスの種類	介護予防通所リハビリテーション	
事業所の所在地	山梨県 甲斐市 西八幡 3990番地	
電話番号	055-278-1412	
管理者（職種）	三輪 道然（医師）	
指定年月日・業所番号	平成26年 9月 1日指定	1911710778
実施単位・利用定員	2単位	定員40人
通常の事業の実施地域	甲斐市（一部地域を除く）、南アルプス市（一部地域を除く）、 甲府市西地区（一部地域を除く）、中央市（一部地域を除く）、 昭和町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

介護予防通所リハビリテーションは、事業者が設置する事業所に通っていただき、生活機能の維持回復拡大を図るリハビリテーションサービスです。

また、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上のケアを行うことにより、利用者並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスでもあります。

概 要	介護保険法関係法令の趣旨に従って、医師（管理医）の診療・指示と居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、機能訓練、日常生活活動練習、住宅環境設定、介護者への指導等を提供します。
利用頻度	利用する曜日や内容などについては、医師（管理医）の診療・指示及び居宅サービス計画（ケアプラン）に沿いながら、ご利用者と協議の上決定し、通所リハビリテーションサービス計画に定めます。尚、ご利用者の状態の変化、介護サービス計画に位置付けられた目標の達成度などを踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
利用の中止、休止 変更、追加	・ご利用者の都合により、介護予防通所リハビリテーションサービスの利用を中止または変更ができます。この場合にはサービス実施当日の午前8時までに事業所に申し出てください。 ・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ご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議させていただきます。 ・月間のサービス利用日や回数については、ご利用者の状態の変化、通所リハビリテーション計画に位置付けられた目標の達成度を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで 但し、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分 から 午後5時30分 まで
サービス提供時間	午前9時05分 から 午後4時20分 まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤兼務 2人 非常勤兼務 1人
看護師	常勤兼務 2人
リハビリ職員	常勤兼務 5人 非常勤兼務 0人 (理学療法士3名・作業療法士2名)
介護職員	常勤専従 4人 非常勤兼務 2人 (介護福祉士5名・介護職員1名)

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割または2割、もしくは3割の額です。但し、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１）介護予防通所リハビリテーションの利用料

【基本部分：介護予防通所リハビリテーション費】※基本利用料の1割の場合

利用者の 要介護度	介護予防通所リハビリテーション費（１月につき）	
	基本利用料（月定額）※注１	利用者負担金（月定額）
要支援１	２２，６８０円	２，２６８円
要支援２	４２，２８０円	４，２２８円

（注１）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

（注３）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

サービス内容略式	算定項目	１月につき	
口腔機能向上加算		１６００円	１６０円
サービス提供体制加算Ⅰ１ サービス提供体制加算Ⅰ２	介護職員の総数のうち介護福祉士が７０％以上の配置	要支援１ ７２０円 要支援２ １４４０円	７２円 １４４円
予防通所リハ処遇改善加算Ⅳ		５３／１０００	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	リハビリ開始月から６ヶ月以内	５６２０円	５６２円
予防通所リハ科学的介護推進体制加算		４００円	４０円
予防通所リハ退院時共同指導加算		６０００円	６００円

（３）その他の費用

- ①日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。
- ②通常の事業の実施地域以外にあるご利用者の居宅から、送迎する場合に費用の実費をいただきます。

（４）支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料は、１ヶ月ごとにまとめてご請求いたします。次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の引落とし指定日に、あなたが指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日までに、現金でお支払いください。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

9. 事故発生時(非常災害を含む)の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、非常災害時は、当事業所非常時災害マニュアルに準じて行動し、ご利用者の安全確保を最優先とした活動をいたします。

10. 苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号	０５５－２７８－１４１２
	担当職員	伊藤 美佳
	面接場所	当事業所の相談室

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

公的機関の相談窓口	甲斐市福祉健康部長寿推進課	電話番号 055-278-1693
	南アルプス市保健福祉部介護福祉課	電話番号 055-282-1111
	甲府市福祉部長寿支援室介護保険課	電話番号 055-237-5473
	中央市高齢介護課	電話番号 055-274-8556
	昭和町いきいき健康課	電話番号 055-275-8785
山梨県国民健康保険団体連合会 介護保険課 相談窓口専用電話		電話番号 055-233-9201

（３）苦情処理の体制及び手順

苦情または相談があった場合は、ご利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、ご利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。

相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、ご利用者へ対応方法を含めた結果報告を行います。

1 1. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 利用当日のご自宅への送迎は、交通事情により遅延が発生する場合には、ご連絡させていただきます。
- (5) リハビリテーション提供内容は、事前に医師の診療、通所リハビリテーション計画に基づき提供させていただきます。心身状態に異変が生じた場合や目標設定に変更が必要な場合には、関係スタッフと打合せの上、検討会議を持たせていただきます。

1 2. サービス提供の記録の保存

サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後2年間保存します。

1 3. 守秘義務及び個人情報の保護

事業所及びすべての職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、本契約が終了した後においても継続します。

事業者は、ご利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議などにおいて、ご利用者及びご家族の個人情報を用いませぬ。

令和 年 月 日

通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【説明者】

甲斐リハビリテーションクリニック

通所リハビリテーションにじ

職名 介護福祉士 氏名 伊藤 美佳

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

【利用者】

住所 〒 —

氏名

【署名代行者】（続柄： ）

私は、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

住所 〒 —

氏名