

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

あなた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サービスの提供開始にあたり、厚生省令第 37 号第 8 条、第 35 号第 8 条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

法人名	医療法人 桂名会
法人所在地	愛知県名古屋市中東区名東本通 2 丁目 22 番地 1
電話番号	052-781-1119
代表者氏名	理事長 木村 衛

2. ご利用事業所

事業所名称	さくらの丘クリニック
事業所番号	2310105230
所在地	愛知県名古屋市中種区桜が丘 113 番地
電話番号	052-789-1666
管理者氏名	小木曾 泰成

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	さくらの丘クリニック（以下「事業所」という。）が行う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の事業（以下「事業」という。）は、介護保険法令に従い、利用者に対し、適切な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を提供することを目的とする。
運営の方針	要介護状態（要支援状態）となった場合においても、その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が営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、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。

4. 従業者の職種、員数、職務内容

職員の職種	員数	職務内容
管理者（常勤兼務、医師と兼務）	1 名	管理統括・診療
医師	1 名以上	診療
理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士	3 名以上	リハビリテーション
看護師もしくは准看護師	1 名以上	健康管理
介護職員	7 名以上	介護・生活援助

5. 営業時間

営業日	月～土曜日 ただし、1月1日から1月3日までを除く
営業時間	午前8時45分～午後5時45分

6. 利用定員

- 1 単位目 30名
- 2 単位目 40名
- 3 単位目 40名

7. 通常の事業実施地域

通常の事業の実施地域は、名古屋市千種区、名東区、天白区、守山区、日進市、長久手市の地域です。

8. サービス内容

① 入浴

入浴又は清拭を行います。歩行困難な利用者には入浴用車椅子を使用した入浴、寝たきり等で座位の保てない利用者には特殊浴槽を使用した機械浴にて対応します。

② 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。

③ 通所リハビリテーション計画・介護予防通所リハビリテーション計画の立案

心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上を目指し、利用者にかかわるあらゆる職種の職員の協議によって作成される通所リハビリテーション計画・介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて提供いたします。

④ リハビリテーション

理学療法士・作業療法士が利用者の状況に適したリハビリテーションを行い、心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上を目指します。

⑤ 医学的管理・看護・介護

利用者の病状及び心身の状況に照らして行う適切な医療及び医学的管理の下における看護・介護並びに日常生活上のケアを行います。

⑥ 食事

利用者の状態に合わせた食事を提供し、介助を行います。

⑦ 送迎

利用者の送迎サービスを行います。

⑧ レクリエーション・クラブ活動等

⑨ 行事

9. 秘密保持について

当事業所および事業所の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその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。

また、従業員が退職後も在職中に知り得た利用者ならびにご家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

10. 利用料

保険適用区分、その他費用は別紙料金表参照

- ① 通所リハビリテーション・介護予防通所介護サービスが、介護保険の適用を受ける場合、利用者の介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額をお支払いいただきます。
- ② 提供を受け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サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③ 当事業所では、あなたに対し、翌月下旬までにサービスの当月利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書として送付します。
- ④ 毎月の利用料は、翌月 28 日（28 日が土日祝日の場合は、銀行の翌営業日）に口座振替となります。（口座振替は別途手続きが必要です。）
他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください。

11. キャンセル料

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サービスをキャンセルした場合には、以下の通りのキャンセル料を頂くことがあります。

前日までのキャンセル：無料

当日のキャンセル：6 時間以上 7 時間未満の場合 791 円

3 時間以上 4 時間未満の場合 54 円

12. 苦情申立窓口

申立窓口	利用時間	平日 午前 8 時 45 分～午後 5 時 45 分
	利用方法	電話 052-789-1666 面接 さくらの丘クリニック
	担当者	高橋 智己

愛知県国民健康保険団体連合会介護福祉室 電話 052-971-4165

名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 電話 052-959-3087

日進市健康福祉部介護福祉課 電話 0561-73-1496

長久手市長寿課介護保険係 電話 0561-56-0613

13. 非常災害時の対応

防犯管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等の訓練を行います。

14. 事故発生時の対応

事故が発生した場合は、直ちに利用者の家族、主治医及び居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、応急手当等必要な措置を施し、名古屋市に連絡いたします。

1 5. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	名称	木村病院
	院長氏名	木村 衛
	所在地	愛知県名古屋市長区名東本通 2 丁目 22 番地 1
	電話番号	052-781-1119
	診療科目	内科、外科、整形外科、神経内科、循環器科、呼吸器科、放射線科、リハビリテーション科
	入院設備	有り
	契約の概要	当事業所と同一法人
緊急連絡先①	氏名	
	住所	
	電話番号/携帯電話	
	勤務先	
	勤務先電話番号	
緊急連絡先②	氏名	
	住所	
	電話番号/携帯電話	
	勤務先	
	勤務先電話番号	

別紙 料金表

(保険適用区分)

●通所リハビリテーションサービスの場合

(6時間以上7時間未満) ベーシックコース

	算定項目	単位数	負担額			
			1割負担	2割負担	3割負担	
イ	大規模型通所リハビリテーション費 (特例) /回	要介護1	715 単位	775 円	1,549 円	2,323 円
		要介護2	850 単位	921 円	1,841 円	2,762 円
		要介護3	981 単位	1,063 円	2,125 円	3,188 円
		要介護4	1,137 単位	1,232 円	2,463 円	3,694 円
		要介護5	1,290 単位	1,397 円	2,794 円	4,191 円
ロ	リハビリテーションマネジメント加算 ロ (6ヶ月以内の場合) /月	593 単位	643 円	1285 円	1927 円	
ハ	リハビリテーションマネジメント加算 ハ (6ヶ月を越えた場合) /月	273 単位	296 円	592 円	887 円	
ニ	リハビリテーションマネジメント加算 ニ (6ヶ月以内の場合) /月	793 単位	859 円	1,718 円	2,577 円	
ホ	リハビリテーションマネジメント加算 ホ (6ヶ月を越えた場合) /月	473 単位	513 円	1,025 円	1,537 円	
ヘ	リハビリテーションマネジメント加算 事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合	270 単位	293 円	585 円	878 円	
ト	短期集中個別リハビリテーション実施加算 /日	110 単位	120 円	239 円	358 円	
チ	重度療養管理加算 /日	100 単位	109 円	217 円	325 円	
リ	口腔機能向上加算 (I) /回 (月2回限度)	150 単位	163 円	325 円	488 円	
ヌ	口腔機能向上加算 (II) ロ /回 (月2回限度)	160 単位	174 円	347 円	520 円	
ル	入浴介助加算 (I) /日	40 単位	44 円	87 円	130 円	
ヲ	入浴介助加算 (II) /日	60 単位	65 円	130 円	195 円	
ワ	科学的介護推進体制加算 /月	40 単位	44 円	87 円	130 円	
カ	リハビリテーション提供体制加算 4 /回	24 単位	26 円	52 円	78 円	
ヨ	サービス提供体制強化加算 (I) /回	22 単位	24 円	48 円	72 円	
タ	中重度者ケア体制加算 /日	20 単位	22 円	44 円	65 円	
レ	栄養アセスメント加算 /月	50 単位	55 円	110 円	165 円	
ソ	栄養改善加算 /回 (月2回限度)	200 単位	217 円	434 円	651 円	
ツ	退院時共同指導加算 /回 (退院時1回を限度)	600 単位	650 円	1300 円	1950 円	
	介護職員等処遇改善加算 (I ロ) /月	所定単位 (注1) × 111 / 1000				

(注1) 所定単位は、イからタまでにより算定した単位数の合計

(3時間以上4時間未満) クイックコース

	算定項目	単位数	負担額			
			1割負担	2割負担	3割負担	
イ	大規模型通所リハビリテーション費 (特例) /回	要介護1	486単位	527円	1,053円	1,579円
		要介護2	565単位	612円	1,224円	1,836円
		要介護3	643単位	697円	1,393円	2,089円
		要介護4	743単位	805円	1,610円	2,414円
		要介護5	842単位	912円	1,824円	2,736円
ロ	リハビリテーションマネジメント加算 ロ (6ヶ月以内の場合) /月	593単位	643円	1285円	1927円	
ハ	リハビリテーションマネジメント加算 ロ (6ヶ月を越えた場合) /月	273単位	296円	592円	887円	
ニ	リハビリテーションマネジメント加算 ハ (6ヶ月以内の場合) /月	793単位	859円	1,718円	2,577円	
ホ	リハビリテーションマネジメント加算 ハ (6ヶ月を越えた場合) /月	473単位	513円	1,025円	1,537円	
ヘ	リハビリテーションマネジメント加算 事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合	270単位	293円	585円	878円	
ト	短期集中個別リハビリテーション実施加算 /日	110単位	120円	239円	358円	
チ	口腔機能向上加算 (I) /回 (月2回限度)	150単位	163円	325円	488円	
リ	口腔機能向上加算 (II) ロ /回 (月2回限度)	160単位	174円	347円	520円	
ヌ	科学的介護推進体制加算 /月	40単位	44円	87円	130円	
ル	リハビリテーション提供体制加算 1 /回	12単位	13円	26円	39円	
ヲ	サービス提供体制強化加算 (I) /回	22単位	24円	48円	72円	
ワ	中重度者ケア体制加算 /日	20単位	22円	44円	65円	
カ	栄養アセスメント加算 /月	50単位	55円	110円	165円	
ヨ	栄養改善加算 /回 (月2回限度)	200単位	217円	434円	651円	
タ	退院時共同指導加算 /回 (退院時1回を限度)	600単位	650円	1300円	1950円	
介護職員等処遇改善加算 (Iロ) /月		所定単位 (注1) × 111 / 1000				

(注1) 所定単位は、イからワまでにより算定した単位数の合計

●介護予防通所リハビリテーションサービスの場合

(3時間以上4時間未満)(6時間以上7時間未満) 共通

	算定項目		単位数	負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
イ	介護予防通所リハビリテーション費/月	要支援1	2,268 単位	2,457 円	4,913 円	7,369 円
		要支援2	4,228 単位	4,579 円	9,158 円	13,737 円
ロ	口腔機能向上加算 (I) /月		150 単位	163 円	325 円	488 円
ハ	口腔機能向上加算 (II) /月		160 単位	174 円	347 円	520 円
ニ	科学的介護推進体制加算/月		40 単位	44 円	87 円	130 円
ホ	サービス提供体制強化加算 (I) /月	要支援1	88 単位	96 円	191 円	286 円
		要支援2	176 単位	191 円	382 円	572 円
ヘ	12月超減算 11	要支援1	-120 単位	-130 円	-260 円	-390 円
ト	12月超減算 12	要支援2	-240 単位	-260 円	-520 円	-780 円
	栄養アセスメント加算/月		50 単位	55 円	110 円	165 円
	栄養改善加算/月		200 単位	217 円	434 円	651 円
	一体的サービス提供加算/月		480 単位	520 円	1040 円	1560 円
	退院時共同指導加算/回 (退院時1回を限度)		600 単位	650 円	1300 円	1950 円
	介護職員等处遇改善加算 (Iロ) /月		所定単位 (注1) × 111 / 1000			

(注1) 所定単位は、イからトまでにより算定した単位数の合計

(保険適用外区分)

●その他の費用

(6時間以上 7時間未満)

食費 (1日あたり)	実費	731円
おやつ代 (1日あたり)	実費	60円
日常生活費 (1日あたり)	実費	210円
教養娯楽費 (1日あたり)	実費	210円
オムツ代 (1枚あたり)	実費	40円～160円

(3時間以上 4時間未満)

飲み物代 (1日あたり)	実費	54円
オムツ代 (1枚あたり)	実費	40円～160円

注) 1. 利用料は単位数計算により算出しておりますので、概算になります。

2. サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算は、当該加算に係る届出を行った事業所のうち、要件に該当する事業所のみ算定することができます。

年 月 日

指定通所介護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 事業者名 さくらの丘クリニック通所リハビリテーション
氏 名