

「介護予防通所リハビリテーション」重要事項説明書

当事業所は利用者に対して指定介護予防サービス「介護予防通所リハビリテーション」を提供させていただきます。事業所の概要や利用者に行なうサービスの内容、契約上の注意事項を次の通り説明いたします。

☆ 指定介護予防サービス「介護予防通所リハビリテーション」とは、要支援者が介護老人保健施設や病院・診療所に日帰りを通い、心身の機能の維持・回復を図り、日常生活の自立に向けて行なわれる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行なうサービスです。

◆◆目次◆◆

1. 事業所概要
2. 施設の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の体制
5. 守秘義務等について
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金
7. サービスの利用に関する留意事項
8. 苦情等申立窓口について

1. 事業所の概要

事業所の種類	介護予防通所リハビリテーション
事業の目的	利用者が可能な限りその自宅において、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なうことにより、利用者の心身機能の回復を図り、それによる利用者の生活機能の維持又は向上をめざすことを目的とします。
事業所の名称	医療法人社団 黎明会 さくらの丘クリニック
事業所の所在地	広島県福山市駅家町大字法成寺 108 番地
電話番号	(084) 972-2400
FAX 番号	(084) 972-7425
管理者	安部 博史

2. 施設の概要

建物の構造	鉄筋コンクリート 3 階建
延床面積	1546.3 m ²
利用定員	1 単位目 10 人、2 単位目 10 人、3 単位目 10 人 (介護予防サービス利用者を含みます)
主な設備	リハビリ室(数：2 面積：104.6 m ²) 言語聴覚室(数：1 面積：13.2 m ²) トイレ(数：1 車椅子対応)

3. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業の実施地域	福山市(駅家町・加茂町・山野町・御幸町・芦田町・新市町・神辺町)
営業日	月曜日～土曜日 但し、国民の祝日、12月31日～1月3日を除きます。また、感染症拡大防止や災害時においては、休止や閉鎖をする場合があります。
営業時間	9時～17時
サービス提供時間	1 単位目 9時～11時 2 単位目 11時～13時 3 単位目 14時～17時

4. 職員の体制

従業員の職種	1 単位	2 単位	3 単位
医師	1 人(兼務)	1 人(兼務)	1 人(兼務)
介護職員	2 人	2 人	2 人
理学療法士	1 人	1 人	1 人
作業療法士	1 人	1 人	1 人
言語聴覚士	1 人	1 人	1 人

5. 守秘義務等について

事業所、従業者は介護予防通所リハビリテーションを提供する上で知り得た利用者、その家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。但し、利用者に係る担当学会等、利用者又はその家族等の個人情報を用いる場合がございます。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービス内容

- ① 介護予防通所リハビリテーション計画の立案
- ② 医学的管理・看護
- ③ 介護
- ④ リハビリテーション
- ⑤ 相談援助サービス
- ⑥ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑦ その他

(2) サービス料金

介護予防通所リハビリテーションに関するサービス料金について、事業所が法律に基づき介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合、自己負担は「介護保険負担割合証」に表示される負担割合となり、1割負担の場合は次の通りとなります。

但し、給付制限がある場合は負担金が変わることがあります。また、事業所が介護保険からサービス料金に相当する給付を受領することが出来ない場合は全額お支払いいただきます。

< 1 か月につき >

区分	実費
要支援 1(週に 1 回程度)	2,268 円
要支援 2(週に 2 回程度)	4,228 円

(介護予防通所リハビリテーション費において、利用者がショートステイ(介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護)を利用した月はショートステイのみを利用した日を除いた日数にて日割計算します)

< 加算料金 >

単位 (円)

加算の種類	加算の要件	実費
一体的サービス提供加算 栄養改善及び口腔機能向上	栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を 1 月に 2 回以上設けます。	480/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算	廃用症候群や急性増悪等により生活機能が低下した利用者に対し、月 1 回居宅を訪問し生活行為に関する評価を行い、日常生活や社会参加などの生活行為の向上へむけ居宅などの生活場面における具体的な計画を立てリハビリを実施し	562/月

	ます。また、提供終了1月以内にリハビリ会議を開催します。 (利用開始から6月以内に限る)		
若年性認知症利用者受入加算	受け入れた若年性認知症(64歳まで)利用者ごとに個別の担当者を決め、ニーズに応じたサービス提供を行う場合	240/月	
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置し、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画を作成します。低栄養状態またはおそれのある方に対し、栄養改善の相談、栄養管理を実施します。必要時は居宅を訪問します。	200/月	
栄養アセスメント加算	管理栄養士を1名以上配置し、管理栄養士、他の職種で共同して栄養アセスメントを実施、利用者又は家族に対し結果を説明し相談等に対応します。また利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出します。	50/月	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	利用開始時及び利用中6か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で共有した場合(6月に1回を限度)	20/回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合に口腔の健康状態と栄養状態のいずれかを確認し介護支援専門員に文書で共有した場合(6月に1回を限度)	5/回	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	口腔機能低下またはおそれのある方に口腔機能改善管理指導計画を作成し口腔指導、嚥下訓練を実施、計画の進捗状況を定期的に評価します。	150/月	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算(Ⅰ)に加えて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必要な情報を活用していること(原則3月以内)	160/月	
科学的介護推進体制加算	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。通所リハビリを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用し、必要に応じて通所リハビリ計画を見直します。	40/月	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士25%以上の場合	要支援1	88/月
		要支援2	176/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員のうち介護福祉士が50%以上の場合	要支援1	72/月
		要支援2	144/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数に8.6%を乗じた単位数の一部負担額分(令和6年6月1日～)		
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数に8.3%を乗じた単位数の一部負担額分(令和6年6月1日～)		
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数に6.6%を乗じた単位数の一部負担額分(令和6年6月1日～)		
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数に5.3%を乗じた単位数の一部負担額分(令和6年6月1日～)		

<減算料金>

減算の種類	減算の要件	減算費
利用開始した日の属する月から起算して12月を超えた利用について	利用を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は減算となります。 ただし、3月に1回はリハビリ会議を開催し、利用者の状況を構成員と共有、状態変化に応じてリハビリ計画書の見直し、またリハビリデータを定期的に厚生労働省へ提出し必要な情報を活用することで減算は行われなことをとされています。	要支援1 120単位/月 を減算
		要支援2:240 単位/月 を減算
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止する為の措置(指針の整備、委員会の開催など)が講じられていない場合	所定金額の1%を減算
業務継続計画未策定減算 ※2025年4月1日より適用	感染症や災害が発生した場合であっても必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築する為、業務継続に向けた計画策定等の措置を実施していない場合	所定金額の1%を減算

(3) 料金の請求及びお支払方法

① 利用料・その他費用の請求方法

・翌月10日前後の利用日に当事業所の職員が前月分の請求書をお渡しいたします。

② お支払方法

・原則「現金払い」となります。尚、特別な理由がある場合に限り「自動引落とし」とさせていただきます。引落日は原則20日となります。

③ 領収書の発行

・「現金払い」の場合は、支払い当日に発行となります。
・「自動引落とし」の場合は、入金を確認後に発行いたします。

7. サービスの利用に関する留意点

- (1) 利用者又はその家族は、病状の変化、かかりつけ医及び服薬内容の変更等があった際には事業所の職員にご一報ください。
- (2) 事業所内の機械及び器具を利用される際は、担当職員の了解のうえ、ご使用ください。
- (3) 事業所内での金品及び食物のやりとりはご遠慮ください。
- (4) 従業員に対する贈物や飲食のもてなしはお受けできません。
- (5) 送迎時間については渋滞等により多少時間が前後することがありますがご了承ください。
- (6) 毎回血圧、脈拍等の測定を致しますが、体調の思わしくない時は速やかに申し出てください。体調確認後、サービス利用が困難と判断した場合は、サービスの中止あるいは変更して頂く場合があります。
- (7) 健康上の理由等で、サービス提供途中で利用中止となった場合には、所定の料金を頂きます。

- (8) 事業所内では禁煙、禁酒にご協力ください。
- (9) 事業所内では火気の取扱は禁止しております。
- (10) 所持品・備品などの持ち込みは最小限でお願い致します。
- (11) 金銭・貴重品の管理は各自でお願い致します。紛失については事業所では責任を負いかねますのでご了承ください。
- (12) 営利行為、宗教活動、特定の政治活動等は禁止しております。
- (13) ペットの持ち込みはご遠慮ください。

8. 苦情等申立窓口について

提供するサービスに対する苦情等、適切に処理をする為に、下記の通り 窓口を設置しております。苦情等は面接、電話、書面などにより担当者が 随時受け付けております。

☆苦情等申立窓口☆	
医療法人社団 黎明会 さくらの丘クリニック	
住所	〒720-2413
	広島県福山市駅家町法成寺100番地2
電話	(084)972-2400
担当	高田 明彦

当事業所で解決出来ない苦情等は下記に記載する福山市介護保険課、広島県国民健康保険団体連合会の苦情受付機関、又は広島県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し出ることができます。

福山市介護保険課	福山市東桜町3番5号 電話 (084)921-2111
広島県国民健康保険団体連合会	広島市中区東白島町19番49号 電話 (082)554-0783
広島県社会福祉協議会	広島市南区比治山本町12番2号 電話 (082)254-3419

年 月 日

介護予防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ないました。

医療法人社団 黎明会さくらの丘クリニック

管理者 _____ 安部 博史 _____ 印

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、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同意しました。

利用者

《住 所》 _____

《氏 名》 _____ 印

ご家族 ・ 代理人（どちらかに○印）

下記の理由により署名を代行いたします。

手が不自由 認知症

《理 由》

その他 _____

《住 所》 _____

《ご家族 氏 名》 _____ 印

《代理人 氏 名》 _____ 印