

(介護予防) 指定通所リハビリテーション重要事項説明書

<令和6年6月1日>

1、事業所の概要

(1) 事業

| | |
|----------|---------------------------|
| 法人名 | 医療法人 すずきクリニック |
| 法人所在地 | 福島県福島市松川町字桜内 7-2 |
| 代表者氏名 | 鈴木定雄 |
| 電話番号・FAX | 024-567-2661・024-567-2701 |

(2) 事業所の名称

| | |
|----------|--------------------------------------|
| 事業所名 | 医療法人すずきクリニック 指定通所リハビリテーション デイケア松陵 |
| 開設年月日 | 平成12年4月 |
| 所在地 | 福島県福島市松川町字桜内 7-2 |
| 電話番号・FAX | 024-567-2661・024-567-2701 |
| 管理者 | 鈴木定雄 |
| 介護保険指定番号 | 0770100832 |

(3) 営業時間

| | |
|------|--------------------------------------|
| 営業日 | 月曜日から金曜日 |
| 営業時間 | 8:30~17:30 |
| 休業日 | 土日、祝祭日、お盆(8/14~8/16)、年末年始(12/30~1/3) |

(4) サービス提供時間

| | |
|---------|--------------------------------------|
| サービス提供日 | 月曜日から金曜日 |
| 営業時間 | 9:30~15:30 |
| 休業日 | 土日、祝祭日、お盆(8/14~8/16)、年末年始(12/30~1/3) |

(5) 通所リハビリテーションの定員

通常規模(10名)3単位 30名

(6) 事業所の職員体制

| 職種 | 常勤(非常勤) | 業務内容 |
|---------|---------|------------------------|
| 管理者(医師) | 1名 | 従業員の管理、指導 利用者の医学的対応 |
| 介護福祉士 | 5名以上 | 機能訓練および身体状況全般 |

| | | |
|------|------------------|---------------------------|
| 看護師 | 5名以上 (非常勤を含む) | 看護、保健衛生管理 医師の指示による医療行為 |
| 介護職員 | 2名以上 (非常勤を含む) | 介護および援助 |

(7) 当事業所の設備

| | |
|----------|-------|
| 定員 | 30名 |
| 1階機能訓練室 | 78.0㎡ |
| 2階食堂兼作業室 | 61.0㎡ |
| 浴室 | 一般浴槽 |
| 送迎車 | 3台 |

2、サービス内容

- (1) 通所リハビリテーションの計画・立案
- (2) 食事
- (3) 入浴（一般浴槽）清拭、洗髪による清潔保持
- (4) 医学的管理・看護・介護
- (5) リハビリテーション・レクリエーション活動及び創作活動
- (6) 居宅および事業所間の送迎
- (7) 相談援助サービス、療養生活や介護方法の助言、指導

3、料金

(1) 利用料

【別紙 重要事項説明書】に詳しく記載してありますので、ご参照ください。

(2) 支払方法

毎月10日過ぎに前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。

お支払い後領収書を発行致します。

お支払方法は、現金にて併設のすずきクリニック受付までお願いします。

(3) キャンセル料

ご都合によりサービス中止する場合は、前日もしくは遅くとも当日8時30分までにはご連絡ください。

※ご連絡がない場合には昼食費のみ頂くようになります。

※ご利用日が月曜日または休前日の場合はご注意ください。

(4) 償還払いについて

介護保険料の未納等にて償還払いの対象となっている場合には、全額負担後条

件が改善されたときに保険者に届ける事で、介護報酬分が支払われます。

4、サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話または介護支援専門員（ケアマネージャー）へご相談ください。

その後、通所リハビリテーション計画書作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) サービス終了

①利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

または、担当ケアマネージャー経由でお申し出ください。

②事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくとも自動的にサービスを終了します。

- ・介護保険施設や医療施設に入所又は入院した場合
- ・要介護等認定が、非該当（自立）と認定された場合
※この場合、条件を変更して再契約することができます
- ・お亡くなりになった場合

④その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業所が破産した場合、利用者様に文書で通知をすることによって即座にサービスを終了することができます
- ・サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず支払わない場合
- ・正当な理由なくサービス中止をしばしば繰り返した場合
- ・入院もしくは病気等により3ヶ月以上にわたって、サービスが利用できない状態である事が明らかになった場合
- ・ご家族などが当事業所や当事業所サービス従事者に対して本契約を継続し難い行為を行った場合は文書で通知することにより即座に契約を終了させていただく場合があります

5、当事業所の特徴等

サービス利用のために

- ・サービスマニュアルの作成
- ・当事業所は診療所と併設のため、緊急時すぐに当院医師に診ていただくことが出来ます

6、サービス利用にあたっての留意事項

サービスの利用にあたっては、利用申込者またはその家族に対し、重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用者様・家族の同意を得ます。

- ・施設の設備および器具の利用にあたっては、適切な方法により使用するとともに、事故のないよう細心の注意をお願いします
 - ・来所時バイタルチェックを行います。健康状態に異常がある場合には申し出てください。体調不良時のサービスの中止変更は家族、主治医との連携をもとに適切に対処いたします
- また、キャンセル（欠席）の場合は当日の8時半までにお電話で連絡ください。
8時半以降のキャンセルは昼食費を頂くこととなります
- ・送迎時間の変更は前日、もしくは当日の8時30分までに電話でお知らせください

7、事故発生時の対応

サービス提供中に事故発生があった場合、速やかに事故の概要及び怪我などの状況を把握すると共に適切な救急処置を行い、家族、市町村、及び介護支援専門員に連絡します。また、必要な場合は治療のために適切な病院などに搬送いたします。又その後は誠意を持って家族との損害賠償等の話し合いに応じると共に今後の再発防止に努めます。

8、非常災害対策

(1) 非常災害に関する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、事業所の見やすい場所に掲示します。

(2) 前項の計画に基づき、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

| | |
|--------|--------------------------|
| 防災時の対応 | 医療法人すずきクリニック防災計画による |
| 防災設備 | 火災報知設備を設置し速やかに消防署に通報されます |
| 防災訓練 | 年に2回 |

9、虐待防止の取組み

高齢者虐待防止法に基づき、ご利用者様の人権の擁護、虐待の未然防止、早期発見 迅速かつ適切な対応に努めます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 虐待防止委員会を設置し適切に実施するための担当者を置きます。
- (5) サービス提供中に当該施設従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

10、身体的拘束について

- (1) 利用者様の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わないこととします。
- (2) やむを得ず身体的拘束を行う場合は、その態様・時間・利用者様の心身の状況・緊急やむを得ない理由を記録します。

11、ハラスメントについて

暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

12、秘密保持について

- (1) 事業者および事業所の使用者は、サービス提供をする上で知り得た利用者様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。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者様の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者様の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

13、損害賠償責任

- (1) 事業所は、契約に基づくサービスの提供にあたって、利用者様の生命・身体・財産に損害が発生した場合は速やかにご家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (2) 前項の場合において、当該事故の発生につき事業者の故意もしくは重大な過失が

ある場合には損害を賠償いたします。

ただし、損害の発生についてご利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者様の置かれた心身の状況（認知症・嚥下困難等）を斟酌して減額又は免除（免責）するのが相当と認められた場合には、事業者は損害賠償責任を減じることや、免除することができます。

1 4、業務継続計画の策定等

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する本サービスの提供を継続的に実施するための計画、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を年に1回以上実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 5、衛生管理

感染症の予防及び、まん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を作成し掲示を行う。また、研修会や訓練を実施し、感染対策に努める。

1 6、サービス内容に関する苦情

指定通所リハビリテーション・介護予防指定通所リハビリテーションに関するご相談・苦情を以下で承ります。

- (1) 当事業所ご利用・苦情相談担当

デイケア松陵 担当者 渡邊晃

TEL 024-567-2661

苦情受付相談時間 8時30分～17時30分

- (2) 当事業所以外に、公的機関にも苦情相談などを申し出ることができます。

【別紙 重要事項説明書】

〈令和6年4月現在〉

●要介護（日額）

| サービス内容 | 介護報酬額 | 自己負担額（1割の場合） |
|---------------------|----------|--------------|
| 要介護1 | 7,150円 | 715円 |
| 要介護2 | 8,500円 | 850円 |
| 要介護3 | 9,810円 | 981円 |
| 要介護4 | 11,370円 | 1,137円 |
| 要介護5 | 12,900円 | 1,290円 |
| 入浴 | 400円 | 40円 |
| サービス提供体制強化 加算 ※1 | 220円 | 22円 |
| | 180円 | 18円 |
| | 60円 | 6円 |
| 重度療養管理加算 ※2 | 1,000円 | 100円 |
| 中重度者ケア体制加算 ※3 | 200円 | 20円 |
| 送迎を行わない場合 | ▲470円／片道 | ▲47円／片道 |

※1 サービス提供体制強化加算

①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合を100分の70以上配置

②勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合を100分の25以上配置

※2 重度療養管理加算

要介護3～要介護5であり、厚生労働大臣が定めた状態にある方に対して医学的管理のもと通所リハビリテーションを行った場合

※3 中重度者ケア体制加算

定められた期間の通所リハビリテーションの利用者総数のうち、要介護3～要介護5を占める割合が一定数以上であり、看護職員1名以上配置している場合

●要支援（月額）

| サービス内容 | 介護報酬額 | 自己負担額（1割の場合） |
|----------|-------------|--------------|
| 要支援1 | 22,680円 | 2,268円 |
| 要支援2 | 42,280円 | 4,228円 |
| サービス提供体制 | 要支援1・・・880円 | 要支援1・・・88円 |

| | | |
|------|--------------|-------------|
| | 720円 | 72円 |
| | 240円 | 24円 |
| 強化加算 | 要支援2・・・1760円 | 要支援2・・・176円 |
| | 1440円 | 144円 |
| | 480円 | 48円 |

平成27年8月から一定以上の所得がある方については利用者負担額が2割か3割となる場合があります。

●その他料金

| | |
|--------------|-----------|
| 昼食費（外部委託） | 710円（税込み） |
| おやつ・作業材料費 | 200円（税込み） |
| 紙オムツ（持込み可） | 200円（税込み） |
| 尿取りパット（持込み可） | 100円（税込み） |

※「3、料金」に記載の通り、キャンセル料金は710円いただきます