

指定通所リハビリテーション
重要事項説明書

指定通所リハビリテーション

こころのクリニック山形

こころのクリニック山形

「指定通所リハビリテーション」重要事項説明書

当事業所は山形県より通所リハビリテーションの指定を受けています。

(介護保険事業所番号：0610114340)

当事業所は、ご契約者に対して指定通所リハビリテーションを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果、「要介護」と認定された方が対象となります。

要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 経営主体

〈名称〉 医療法人社団 楽聖会
〈所在地〉 山形市江俣4丁目18番26号
〈電話番号〉 023-681-6226
〈代表者〉 理事長 古沢 信之
〈業種〉 医療
〈設立年月〉 平成11年8月

2. 事業所の概要

〈事業所の種類〉 指定通所リハビリテーション
平成21年4月1日山形県みなし指定
介護保険事業所番号0610114340

〈事業所の目的〉 指定通所リハビリテーション事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の医師、理学療法士等、及び介護職員（以下「従業員」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とします。

〈事業所の名称〉 ころのクリニック山形

〈事業所の所在地〉 山形市江俣四丁目18番26号ころのクリニック山形ビル4階

〈事業所の電話〉 023-682-7575

〈事業所のFAX〉 023-682-7573

〈事業所のホームページ〉 <http://rakusei-kai.or.jp/>

〈管理者の氏名〉 古沢 信之

〈事業所の運営方針〉 指定通所リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の従業員は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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リハビリテーションを行うことにより、要介護者の心身機能の維持回復を図ります。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター 居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

〈開設年月日〉 平成27年6月1日

〈利用定員〉 25名

〈施設の概要〉 指定通所リハビリテーションサービスの提供に当たり、当事業所は以下の施設、設備及び備品を整備しております。

| | |
|---------------|--|
| 介護保険法で定められた施設 | 食堂、機能訓練室、相談室、静養室、事務室 |
| その他の施設 | 浴室、脱衣室、洗面所、洗濯室、便所、その他 |
| その他の主な設備・備品 | 一般浴槽、車いす、ベッド、テーブル、イス、ソファ、テレビ、車いす対応送迎車両、その他 |

3. 事業実施地域及び営業時間

＜通常の事業の実施地域＞ 山形市、山辺町、中山町とします。

＜営業日及び営業時間＞

| | |
|----------|---------------------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日（ただし12月31日～1月3日休業） |
| 営業時間 | 午前8時～午後6時 |
| サービス提供時間 | 午前9時～午後4時30分 |

4. 従業員の職種及び職務内容

| | |
|--------|--|
| 管理者 | 職員の管理、業務実施状況、その他の管理を一元的に行います。 |
| 医師 | 医学的な管理指導等を行います。 |
| 作業療法士等 | リハビリの実施、及び介護職員への指導、その他の通所リハビリテーションの提供にあたります。 |
| 看護職員 | 看護・口腔ケア、その他の通所リハビリテーションの提供にあたります。 |
| 介護職員 | 介護、その他の通所リハビリテーションの提供にあたります。 |
| 歯科衛生士 | 利用者の口腔ケアを一元的に行います。 |

5. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職種 | 常勤専従 | 常勤兼務 | 非常勤専従 | 非常勤兼務 | 合計 |
|----------------|------|------|-------|-------|----|
| 管理者 | — | 1名 | — | — | 1名 |
| 医師 | — | 1名 | — | — | 1名 |
| 作業療法士 | — | 4名 | — | — | 4名 |
| 理学療法士 | 1名 | — | — | — | 1名 |
| 看護師 (リハビリ職) | — | — | — | 2名 | 2名 |
| 介護職員 | — | 1名 | 1名 | — | — |
| 歯科衛生士 | — | — | 2名 | — | 2名 |
| 送迎運転手 | — | — | — | 1名 | 1名 |

6. 当事業所が提供するサービス

| サービス名 | 内容 |
|-----------|--|
| 送迎 | ご自宅から事業所までの送迎を行います。 |
| 健康チェック | 利用時にはバイタルサインチェック（血圧、体温、脈拍等の測定）を行います。身体状況に応じた介助で入浴していただきます。 |
| リハビリテーション | 利用者の能力に応じて、作業療法士等が専門的知識に基づき、リハビリテーションを行います。 |

| | |
|---------|-----------------------------|
| 生活相談 | 在宅での介護、その他日常生活に関するご相談に応じます。 |
| 日常生活の援助 | 日常生活一般の援助および支援をします。 |

7. 利用料

○利用料金

(単位：円)

| 項 目 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | |
|------------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 利用料 | 利用料 | 利用料 | 利用料 | 利用料 | |
| 介護 保 険 対 象 | 通所リハビリテーション費 3時間以上4時間未満 | 4,460 | 5,230 | 5,990 | 6,970 | 7,930 |
| | 2時間以上3時間未満 | 3,450 | 4,000 | 4,570 | 5,130 | 5,690 |
| | 1時間以上2時間未満 | 3,310 | 3,600 | 3,900 | 4,190 | 4,500 |
| | リハビリテーション提供体制加算 (3時間以上4時間未満) | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| | サービス提供強化加算Ⅰイ(注1) | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 |
| | 入浴介助実施加算 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 |
| | リハビリマネジメント加算Ⅰ(注2) | 3,300 | 3,300 | 3,300 | 3,300 | 3,300 |
| | リハビリマネジメント加算Ⅱ(注2) (開始から6月以内/月) | 8,500 | 8,500 | 8,500 | 8,500 | 8,500 |
| | (開始から6月超/月) | 5,300 | 5,300 | 5,300 | 5,300 | 5,300 |
| | リハビリマネジメント加算Ⅲ(注2) (開始から6月以内/月) | 11,200 | 11,200 | 11,200 | 11,200 | 11,200 |
| | (開始から6月超/月) | 8,000 | 8,000 | 8,000 | 8,000 | 8,000 |
| | リハビリマネジメント加算Ⅳ(注2) (開始から6月以内/月) | 12,200 | 12,200 | 12,200 | 12,200 | 12,200 |
| | (開始から6月超/月) | 9,000 | 9,000 | 9,000 | 9,000 | 9,000 |
| | 短期集中個別リハビリテーション実施加算 (開始から3月以内/日) | 1,100 | 1,100 | 1,100 | 1,100 | 1,100 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ (開始から3月以内/日) | 2,400 | 2,400 | 2,400 | 2,400 | 2,400 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ (開始から3月以内/月・注2) | 19,200 | 19,200 | 19,200 | 19,200 | 19,200 |
| | 生活行為向上リハビリテーション実施加算 (開始から3月以内/月・注2) | 20,000 | 20,000 | 20,000 | 20,000 | 20,000 |
| (開始から3月超6月以内/月・注2) | 10,000 | 10,000 | 10,000 | 10,000 | 10,000 | |
| 口腔機能向上加算(注3) | 1,500 | 1,500 | 1,500 | 1,500 | 1,500 | |

| | | | | | |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 若年性認知症受入加算（注4） | 600 | 600 | 600 | 600 | 600 |
| 栄養スクリーニング加算（注5） | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| 送迎を行わない場合の減算（注6） | 片道-470 | 片道-470 | 片道-470 | 片道-470 | 片道-470 |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（注7） | 注7 | 注7 | 注7 | 注7 | 注7 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ（注8） | 注8 | 注8 | 注8 | 注8 | 注8 |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（注9） | 注9 | 注9 | 注9 | 注9 | 注9 |

※介護保険対象利用料の自己負担は各利用者の負担割合に応じた額となります。尚、おむつ・紙パンツ代は介護保険対象外実費負担となります。

注1：サービス提供強化加算Ⅰイは、区分支給限度基準額には含まれません。

注2：月単位の算定となります。

注3：月に2回までの算定となります。

注4：40歳以上65歳未満の若年性認知症利用者を受け入れた場合に算定します。

注5：6月に1回を限度に算定します。

注6：送迎を実施しない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算します。

注7：厚生労働省で定められた地位に居住している利用者に対して、通常の事業実施区域を越えて通所リハビリテーションを行った場合、介護費用の5%を算定します。

注8：介護職員処遇改善加算Ⅰの額は、介護保険対象利用料（介護職員等特定処遇改善加算Ⅰを除く加算等を含む）の4.7%となり、区分支給限度基準額には含まれません。

注9：介護職員等特定処遇改善加算Ⅰの額は、介護保険対象利用料（介護職員処遇改善加算Ⅰを除く加算等を含む）の2.0%となり、区分支給限度基準額には含まれません。

—その他の留意点—

- ① 利用料は介護報酬の総額であり、利用者の負担は、各利用者の負担割合に応じた額となっております。
- ② 要介護認定を受けていない場合、居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されていない場合等により、償還払となる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ③ 介護保険の区分支給限度基準額を超えてサービスを利用される場合は、利用料の全額がご契約者の負担となります。

<自己負担利用料金のお支払方法>

月末締めで翌月10日～15日迄に利用料を請求いたします。お支払いの方法については、原則として銀行口座引おとし（山形銀行、きらやか銀行、各本支店）による支払いとさせていただきます。毎月27日（休日の場合は翌日）が引き落とし日となります。

※銀行口座引おとし以外でのお支払いについては、個別に相談させていただきます。

<利用の中止、変更、追加>

定員に空きがある場合、ご契約者の都合による指定通所リハビリテーションサービスの利用中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができますので、介護支援専門員にご相談のうえ、お申し出ください。

8. サービス利用にあたっての留意事項

| 項 目 | 留 意 内 容 |
|----------------------|--|
| 送 迎 時 間 | 道路事情や天候等により、予定時間を前後する場合があります。安全運行上の観点より原則送迎時間はご指定頂けません。また、営業時間外の送迎、利用の中断時の送迎は原則実施しません。 |
| 体 調 確 認 | ご自宅においての体調変化、受診状況、服薬内容の変更等は必ずお知らせください。 |
| 体調不良等による利用内容の変更および中止 | 健康チェックにて異常がある場合や健康状態がすぐれない場合には、サービスの中止または内容を変更することがあります。 |
| 設備・器具の利用について | 施設内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただく場合がございます。 |
| 勧 誘 活 動 | 施設内で職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような勧誘活動（宗教、政治、営利）を行うことはできません。 |
| 喫 煙 | 事業所の敷地内全域は、禁煙となっています。 |

9. 苦情の受付について

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

<苦情受付窓口(担当者)> 柏倉友喜 高橋太 船田亜衣

<受 付 時 間> 午前8時30分～午後5時30分（営業日）

<電 話 番 号> 023-682-7575

<F A X 番 号> 023-682-7573

<E-m a i l > rakuseiclub@ab.auone-net.jp

その他の苦情、ご相談窓口

- ① 山形市福祉推進部指導監査課高齢福祉指導係 TEL 023-641-1212 (内線863)
月曜日～金曜日 午前8:30～午後5:00
山辺町保健福祉課介護保険係 TEL 023-667-1107
月曜日～金曜日 午前8:30～午後5:00
中山町健康福祉課福祉グループ TEL 023-662-2456
月曜日～金曜日 午前8:30～午後5:00
- ② 山形県国民健康保険団体連合会(苦情処理室) TEL 0237-87-8006
月曜日～金曜日 午前9:00～午後4:00 FAX 0237-83-3354

10. 事故発生時の対応

- ① 速やかに主治の医師や家族、支援担当者、市町村に対して連絡する等の必要な措置を講じ、事故内容に応じて適切な対応を行います。
- ② 事故の状況及び対応について記録し、事故の原因解明や再発防止対策に役立てます。
- ③ 指定通所リハビリテーションサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

11. 非常災害対策

防火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するとともに、非常災害時の関係機関への通報および連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難・救出等必要な訓練を行います。

附則

この重要事項説明書は平成27年6月1日に施行する。
この重要事項説明書は平成27年8月1日内容一部変更し施行する。
この重要事項説明書は平成27年11月1日内容一部変更し施行する。
この重要事項説明書は平成29年4月1日内容一部変更し施行する。
この重要事項説明書は平成29年10月1日内容一部変更し施行する。
この重要事項説明書は平成30年4月1日内容一部変更し施行する。
この重要事項説明書は平成30年8月1日内容一部変更し施行する。
この重要事項説明書は平成30年10月1日内容一部変更し施行する。
この重要事項説明書は令和元年8月1日内容一部変更し施行する。
この重要事項説明書は令和元年10月1日内容一部変更し施行する。

令和 年 月 日

指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、本書面にもとづき重要事項の説明を行いました。

こころのクリニック山形

説明者 (氏名)

印

私は、本書面を受領し事業者から重要事項の説明を受け、指定通所リハビリテーションの提供開始に同意しました。

利用者 (住所) _____

(氏名) _____ 印

[署名代行者] (住所) _____

(氏名) _____ 印 (続柄: _____)