

**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**

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人 愛生館
主たる事業者所在地	愛知県碧南市新川町三丁目 88 番地
代表者名	理事長 小林 清彦
電話番号	0566(41)0004

2. 事業所概要

1) 事業所の所在地等

事業所名称	小林記念病院デイケアセンター
主たる事業所所在地	愛知県碧南市新川町三丁目 88 番地
管理者の氏名	小田 高司
電話番号	0566(41)3000
FAX 番号	0566(41)9503
介護保険事業所番号	第 2312800119

2) 事業の目的と運営方針

事業の目的	医療法人愛生館が開設する小林記念病院デイケアセンターが行う通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション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・作業療法士その他の従業者が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所リハビリテーション及び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します。
運営方針	ご利用者が可能な限り、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・作業療法その他の必要なリハビリテーションを行うことにより、心身機能及び生活機能の維持回復を図ります。

3) 職員の種類、員数、及び職務内容

管理者	1名	常勤兼務1名 職員の管理及び業務の管理を一元的に行うものとする。
理学療法士 作業療法士	5名 以上	ご利用者の心身機能及び生活機能の維持、回復のための理学療法、 作業療法を行う。
介護職員	1名 以上	ご利用者の日常生活全般の介護及び生活援助を行う。
運転手	1名 以上	ご利用者の送迎業務全般を行う。
管理栄養士	1名 以上	理学療法士・作業療法士・歯科衛生士と共同して個別機能訓練・栄養・ 口腔に係る実施計画書を作成し、これに基づいて栄養の評価、支援を 行う。
歯科衛生士	1名 以上	理学療法士・作業療法士・歯科衛生士と共同して個別機能訓練・栄養・ 口腔に係る実施計画書を作成し、これに基づいて口腔の評価、支援を 行う。

4) 営業日及びサービス提供時間

営業日	(1単位目～3単位目) 月曜日から土曜日	サービス提供時間	1単位目 9時00分～10時20分 2単位目 10時40分～12時00分 3単位目 13時30分～14時50分
休業日	日曜日・12月31日～1月3日・および国民の祝日のうち指定日		

5) 通常の事業の実施地域

サービス提供地域 (送迎可能範囲)	碧南市・高浜市・安城市(根崎町、東端町)
----------------------	----------------------

※ 上記以外の方でもご希望の方はご相談ください。

3. 提供するサービスの内容

- 1) 健康チェック、健康相談
- 2) 身体機能評価、自宅でも行える自主トレーニングの指導
- 3) 短期集中個別リハビリ、認知症短期集中リハビリ、生活行為向上リハビリ
- 4) 自宅環境の確認と必要な福祉用具、家屋改修のアドバイス
- 5) 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の実施

4. 利用料金（別紙参照）

1) 介護保険からの給付を利用する場合は、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額を徴収します。介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は、全額自己負担となります。

2) 交通費

サービス提供地域(別紙 1)以外の地区にお住まいの方につきましては、通常の事業の実施地域境から片道1km毎に 100 円となります。

5. 利用料の請求と支払い方法について

利用料は、別紙に定める利用料金等を基に計算された月毎の合計金額を、翌月口座振替により請求させていただきます。(振替手数料は、ご利用者負担となります)

- ・毎月10日前後に口座振替金額を請求書にて連絡させていただきます。
- ・口座振替日は毎月27日です。土・日・祝日にかかる場合は次の金融機関営業日となります。
- ・口座振替以外の支払い方法を希望される方は、お申し出ください。

6. 料金の変更

介護保険の改定、及びその他のサービス料金に変更が生じた場合は、その都度新たな料金に基づく説明を行い、文書で同意を頂きます。

7. 利用の中止、変更、追加

1) ご利用者の都合によりサービスの利用を中止又は変更する際には、下記の時間までにご連絡ください。ご連絡のない無断のキャンセルは、キャンセル料を申し受ける場合がありますので、ご了承ください。

＊午前利用の方：当日午前8時まで

＊午後利用の方：当日午後12時まで

連絡先 TEL(0566)41-3000

2) サービスの利用の変更・追加の申し出に対して、事業所及び職員の稼働状況により利用者の希望する日時にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能期間又は日時を利用者に提示して協議します。

8. サービス実施時の留意事項

台風接近時、地震、水害、降雪等でサービス提供が困難な場合、中止する事があります。

9. 個人情報の秘密保持について

- 1) 事業者は、当該事業を行う上で知り得たご利用者・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。
- 2) ご利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めます。
- 3) この秘密を保持する義務は、契約が終了した後、又は職員が退職した後も継続します。
- 4) 事業者は、ご利用者・ご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において、ご利用者及びご家族の個人情報を用いません。
- 5) 事業者は、ご利用者及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、その処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

10. 肖像権の使用について

事業者は、施設紹介やリハビリテーションの取り組みを紹介する用途に限り、事業所で撮影したご利用者の映像・写真を使用させていただく場合があります。写真の掲載について、ご利用者、ご家族に承諾していただきますようお願いしております。尚、使用に関しては、文書にて同意を頂きます。

11. 虐待の防止について

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 1) 虐待の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、従業員に周知徹底を図ります。
- 2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- 3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- 4) 前項に掲げる措置を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、当該事業所従業員又は養護者等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します。

虐待防止に関する責任者	管理者:小田 高司
-------------	-----------

12. 身体拘束について

事業者は、原則としてご利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、ご利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

1) 緊急性

直ちに身体拘束を行わなければ、ご利用者本人または他人の生命身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限り。また、虐待防止に関する責任者を選定しています。

2) 非代替性

身体拘束以外に、ご利用者本人または他人の生命身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限り。また、成年後見制度の利用を支援します。

3) 一時性

ご利用者本人または他人の生命身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

13. 損害賠償について

- 1) 事業者は、サービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。但し、ご利用者に故意または、過失が認められる場合には、損害賠償責任を減じることができます。
- 2) 事業者は前項の損害賠償責任を速やかに履行します。
- 3) 損害賠償がなされない場合
 - ・ご利用者が契約締結時(サービス提供時)に心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
 - ・ご利用者の急激な体調の変化等、事業所が実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合。

14. 緊急時における対応について

- 1)事業所の職員は、サービスの提供中に事故・利用者の症状の急変・その他緊急事態が生じた時は、速やかにご利用者のご家族へ連絡を取り、必要に応じて主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡等必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告します。
- 2)管理者は、市町村、利用者に係る介護支援事業者等関係機関に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

主治医	ご利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地	
	電話番号	
ご家族等	緊急連絡先のご家族等	
	住所	
	電話番号	

15. サービス提供に関する相談、苦情について

1) 苦情の受付

苦情は、面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、苦情申立機関に直接苦情を申し出ることもできます。

2) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者は、受け付けた苦情を苦情解決責任者と苦情申立機関に報告します。苦情申立機関は、内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

3) 苦情の解決

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、苦情申立機関の助言や立会いを求めることができます。なお、苦情申立機関の立会いによる話し合いは、次により行います。

ア 苦情申立機関による苦情内容の確認

イ 苦情申立機関による解決策の調整、助言

ウ 話し合いの結果や改善事項等の確認

サービス提供に関する相談・苦情の窓口

小林記念病院デイケアセンター 担当：松原 研斗	所在地：碧南市新川町3丁目88番地 T E L：(0566) 41-3000 F A X：(0566) 41-9503 受付時間：月曜日～土曜日 (午前8時30分～午後5時30分)
愛知県国民健康保険団体連合会	所在地：名古屋市東区泉一丁目6番5号 T E L：(052) 971-4165 F A X：(052) 962-8870 受付時間：月～金 (午前9時～午後5時)
碧南市 健康推進部 高齢介護課	所在地：愛知県碧南市松本町28番地 T E L：(0566) 41-3311 F A X：(0566) 46-5510 受付時間：月～金 (午前8時30分～午後5時15分)
高浜市 福祉まると相談グループ いきいき広場	所在地：高浜市春日町五丁目165番地 T E L：(0566) 52-9610 F A X：(0566) 52-7918 受付時間：月～金 (午前8時30分～午後5時15分)
西尾市 健康福祉部 長寿課	所在地：西尾市寄住町下田22番地 T E L：(0563) 65-2121 F A X：(0563) 64-0995 受付時間：月～金 (午前8時30分～午後5時15分)
安城市 福祉部 高齢福祉課	所在地：安城市桜町18番23号 T E L：(0566) 71-2226 F A X：(0566) 76-1112 受付時間：月～金 (午前8時30分～午後5時15分)

2020年6月1日作成

2024年6月1日最終改訂

小林記念病院デイケアセンター 料金表

令和6年6月～

【介護予防通所リハビリテーション】（要支援） 1ヶ月あたりの料金

単位：円/月

介護保険給付分								
	基本分	科学的介護 推進体制加算	サービス提供 体制加算(I)	処遇改善 加算(I)	保険分合計 (単位)	自己負担分(円)		
						1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1	2,268	40	88	206	2,602	2,688	5,376	8,064
要支援 2	4,228	40	176	382	4,826	4,986	9,971	14,956

<その他加算項目>

	1割負担	2割負担	3割負担
利用開始から通算12ヶ月を超えて利用(要支援1)	▲124円	▲248円	▲372円
利用開始から通算12ヶ月を超えて利用(要支援2)	▲248円	▲496円	▲744円
退院時共同指導加算	620円	1,240円	1,860円
一体的サービス提供加算	496円	992円	1,488円
栄養アセスメント加算	52円	104円	155円
口腔・栄養スクリーニング加算 I (6ヶ月に1回)	21円	42円	62円

※この料金表は、目安の金額になります。

※1単位あたり10.33円乗じる為、
自己負担額に若干の相違が生じる場合があります。

小林記念病院デイケアセンター 料金表

令和6年6月～

【通所リハビリテーション】（要介護） 1回あたりの金額

単位：円/回

介護保険給付分（サービス提供時間1時間以上2時間未満）								
	基本分	理学療法士等体制強化加算	サービス提供体制加算(I)	処遇改善加算(I)	保険分合計(単位)	自己負担分(円)		
						1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	369	30	22	36	457	472	944	1,416
要介護 2	398	30	22	39	489	506	1,011	1,516
要介護 3	429	30	22	41	522	540	1,079	1,618
要介護 4	458	30	22	44	554	573	1,145	1,717
要介護 5	491	30	22	47	590	610	1,219	1,829

<その他加算項目>

	1割負担	2割負担	3割負担
科学的介護推進体制加算（1ヶ月）	42円	83円	124円
短期集中個別リハ加算（1回）	114円	228円	341円
リハビリマネジメント加算（ロ）（1ヶ月）	613円	1,225円	1,838円
事業所が送迎を行わない場合（片道）	▲49円	▲97円	▲146円
栄養アセスメント加算	52円	104円	155円
退院時共同指導加算	620円	1,240円	1,860円
口腔・栄養スクリーニング加算 I（6ヶ月に1回）	21円	42円	62円

※この料金表は、目安の金額になります。

※1単位あたり10.33円乗じる為、自己負担額に若干の相違が生じる場合があります。

※送迎費用は含まれています。