

重 要 事 項 説 明 書
(通所リハビリテーション)

医療法人三秋会
一関中央クリニック
(一関中央リハビリ なのはな)

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日現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 三秋会
代表者名	長澤 茂
所在地・連絡先	(住所) 岩手県一関市中央町二丁目4番2号 (電話) 0191-21-0613 (FAX) 0191-21-0677

2 事業所（ご利用施設）

施設の名称	一関中央クリニック（一関中央リハビリ なのはな）
所在地・連絡先	(住所) 岩手県一関市中央町二丁目4番2号 (電話) 0191-48-5403 (FAX) 0191-48-5404
事業所番号	0370900086
施設長の氏名	長澤 仁 嗣
利用定員	65名

3 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

通所リハビリテーションは、要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」といいます。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、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、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

(2) 運営方針

ア 当施設では、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法及び作業療法その他必要なリハビリテーションを行うとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるように在宅ケアの支援に努めます。

イ 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れ等緊急やむを得ない場合を除き、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。

ウ 当施設では、地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携を図り、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。

エ 当施設では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。

オ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又は代理人、利用者の家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに、利用者の同意を得て実施するよう努めます。

カ 当施設では、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護療養型医療施設サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援します。また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるように短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、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、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援します。

キ 当施設では、地域に根ざした医療・保健・福祉の推進と心のこもったサービスと安心の提供をモットーに、広く地域住民と交流する中で、地域に開かれた施設、明るく家庭的な雰囲気が感じられる施設、そして常に利用者の立場に立ってお世話させていただく施設として、何時でも安心して皆さんからご利用いただけるよう心掛けた施設運営を行います。

4 施設の職員体制

従業者の職種	人数	職務の内容
管理者	1名	通所リハビリテーション携わる従業者の総括管理、指導を行います。
医師	1名以上	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。
看護職員	1名以上	医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行なうほか、計画に基づき利用者の看護を行います。
介護職員	2名以上	計画に基づき利用者の介護を行います。
理学・作業療法士・言語聴覚士	2名以上	医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画を作成すると共にリハビリテーションの実施に際し、指導を行います。
管理栄養士	1名以上	献立の作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等、利用者の食事管理を行います。(栄養管理)
事務職員	3名以上	施設運営の中で一般的な事務手続きを行います。
運転手	1名以上	施設等での送迎及び雑務を行います。

※ 医師、理学・作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士については、兼務を含みます。

5 事業の実施地域

一関市、平泉町

6 営業日

営業日	営業時間
平日	※ 8：30～17：30（送迎時間を含む場合） ※ 9：20～15：30（送迎時間を含まない場合） ・ 単位1（所用時間6時間以上7時間未満） ※ 9：20～16：25（送迎時間を含まない場合） ・ 単位2（所用時間3時間以上4時間未満）
営業しない日	日曜日・祝日・8月14日～8月16日・12月31日～1月3日

7 通所リハビリテーションサービスの内容及び費用

(1) サービス内容

- ・ 通所リハビリテーション計画の立案
- ・ 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。(単位1が対象)
 昼食 12時15分～
- ・ 入浴（単位1が対象）
 ※ 一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。
- ・ 介護
- ・ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ・ 相談援助サービス
- ・ 栄養管理、栄養ケア計画の作成
- ・ 居宅及び施設間の送迎
- ・ その他
 ※ これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

(2) 費用

通所リハビリテーションをご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる通常1割の自己負担分と保険給付対象外の費用（食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、クラブ等で使用する材料費、診断書等の文書作成費等）を利用料としてお支払いいただく2種類があります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。

す。その場合、利用者は介護保険給付額の全額（下記料金表の利用料金×10）をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

当施設の利用者負担につきましては、下記以降をご参照下さい。

【料金表】

ア 保険給付の自己負担額

通所リハビリテーション費（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1回あたりの自己負担分です。）

なお、料金表には利用者負担が1割の方の負担金額を掲載しております。このため、2割負担の方は負担金額が2倍、3割負担の方は負担金額が3倍となりますのでご留意願います。

[所要時間1時間以上2時間未満の場合]

要介護1 369円	要介護2 398円	要介護3 429円	要介護4 458円	要介護5 491円
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

[所要時間2時間以上3時間未満の場合]

要介護1 383円	要介護2 439円	要介護3 498円	要介護4 555円	要介護5 612円
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

[所要時間3時間以上4時間未満の場合]

要介護1 486円	要介護2 565円	要介護3 643円	要介護4 743円	要介護5 842円
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

[所要時間4時間以上5時間未満の場合]

要介護1 553円	要介護2 642円	要介護3 730円	要介護4 844円	要介護5 957円
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

[所要時間5時間以上6時間未満の場合]

要介護1 622円	要介護2 738円	要介護3 852円	要介護4 987円	要介護5 1,120円
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------

[所要時間6時間以上7時間未満の場合]

要介護1 715円	要介護2 850円	要介護3 981円	要介護4 1,137円	要介護5 1,290円
--------------	--------------	--------------	----------------	----------------

[所要時間7時間以上8時間未満の場合]

要介護1 762円	要介護2 903円	要介護3 1,046円	要介護4 1,215円	要介護5 1,379円
--------------	--------------	----------------	----------------	----------------

* リハビリテーション提供体制加算

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を基準よりも手厚く配置している場合、次の金額が加算されます。

- ① 所要時間3時間以上4時間未満の場合、1回につき12円が加算されます。
- ② 所要時間4時間以上5時間未満の場合、1回につき16円が加算されます。
- ③ 所要時間5時間以上6時間未満の場合、1回につき20円が加算されます。
- ④ 所要時間6時間以上7時間未満の場合、1回につき24円が加算されます。
- ⑤ 所要時間7時間以上8時間未満の場合、1回につき28円が加算されます。

* 所要時間7時間以上8時間未満のサービスを提供した後に引き続きサービス行った場合、次の金額が加算されます。

- ① 所要時間8時間以上9時間未満の場合、1回につき50円を加算されます。
- ② 所要時間9時間以上10時間未満の場合、1回につき100円を加算されます。
- ③ 所要時間10時間以上11時間未満の場合、1回につき150円を加算されます。
- ④ 所要時間11時間以上12時間未満の場合、1回につき200円を加算されます。
- ⑤ 所要時間12時間以上13時間未満の場合、1回につき250円を加算されます。
- ⑥ 所要時間13時間以上14時間未満の場合、1回につき300円を加算されます。

* 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

* 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数が前年度より減少した場合、1回につき通所リハビリテーション費の100分の3に相当する金額が3ヶ月以内の期間で加算されます。やむを得ない事情があると認められる場合は、3ヶ月以内に限り延長されます。

- * 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
指定通所リハビリテーション事業所の医師等が通常の事業の実施地域を越えて、中山間地域等に居住する利用者に通所リハビリテーションを行った場合、1日につき通所リハビリテーション費の100分の5に相当する金額が加算されます。
- * 理学療法士等体制強化加算
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を2名以上配置している場合、1日につき30円が加算されます。(所要時間が1時間以上2時間未満の場合に限ります。)
- * 入浴介助加算
 - ① 入浴介助加算 (I)
入浴中の利用者に対し、自立生活支援のための(見守的援助を含む)入浴介助を行った場合、1日につき40円が加算されます。
 - ② 入浴介助加算 (II)
入浴介助加算 (I)に加え、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員等が居宅を訪問し、利用者が居宅において、家族や訪問介護員等の介助によって入浴ができるよう計画を作成し、入浴介助を行った場合、1日につき60円が加算されます。
- * リハビリテーションマネジメント加算
リハビリテーション会議の開催を通じた医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合、1月につき次のいずれかの金額が加算されます。
 - ① リハビリテーションマネジメント加算 (イ)
退院(所)後間もない利用者、新たに要介護認定等を受けた利用者、又は、その家族に対して、リハビリテーション計画の内容等の説明を理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が行った場合、同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月以内は1月につき560円、6ヶ月を超えた場合は1月につき240円が加算されます。
 - ② リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)
リハビリテーションマネジメント加算 (イ)に加え、リハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省に提出し、提出情報及びフィードバックした情報を活用することによってケアの質の向上を図った場合、同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月以内は1月につき593円、6ヶ月を超えた場合は1月につき273円が加算されます。
 - ③ リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)に加え、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行い、言語聴覚士等が口腔の健康状態を評価・解決すべき課題の把握を行った場合、併せて、関係職種が口腔の健康状態及び栄養状態に関する情報を共有し、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、情報提供した場合、同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月以内は793円、6ヶ月を超えた場合は473円が加算されます。
 - ④ 医師が利用者又は家族に対して、リハビリテーション計画書等の説明をして同意を得た場合は①～③に加えて、1月につき270円が加算されます。
- * 短期集中個別リハビリテーション実施加算
医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の退院(所)日又は介護保険認定日から起算して3ヶ月以内の期間に集中的に個別リハビリテーションを行った場合、1日につき110円が加算されます。
- * 認知症短期集中リハビリテーション実施加算
リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれる認知症利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、個別にリハビリテーションを集中的に行なった場合、次の金額が加算されます。
 - ① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)
退院(所)日又は通所開始日から起算して3ヶ月以内の期間に行なった場合、1日につき240円が加算されます。(週2日限度)
 - ② 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)
リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等を加えた通所リハビリテーション計画を作成し、退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3ヶ月以内の期間に行なった場合、1月につき1,920円が加算されます。
- * 生活行為向上リハビリテーション実施加算
生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等を利用者に対するリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、利

用者の有する能力の向上を支援した場合、利用を開始した日の属する月から起算して6ヶ月以内に限り、1月につき1,250円が加算されます。

* 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症利用者に対して通所リハビリテーションを行った場合、1日につき60円が加算されます。

* 栄養改善加算

低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が共同して利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを行った場合、1回につき200円が加算されます。(1月に2回を限度)

* 口腔・栄養スクリーニング加算

① 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ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、利用者の口腔の健康状態又は、栄養状態に関する情報を介護支援専門員に提供した場合、1回につき20円が加算されます。

② 口腔・栄養スクリーニング加算 (II)

栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定し、口腔の健康状態や栄養状態のいずれかの確認を行い、利用者の口腔の健康状態、又は、栄養状態に関する情報を介護支援専門員に提供した場合、1回につき5円が加算されます。

* 口腔機能向上加算

① 口腔機能向上加算 (I)

口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対し、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員、介護職員等が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスを行った場合、1回につき150円が加算されます。(1月に2回を限度)

② 口腔機能向上加算 (II) イ

口腔機能向上加算 (I) に加え、リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) を算定し、口腔機能改善管理指導計画書等の情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けた情報を活用することによってケアの質の向上を図った場合、1回につき155円が加算されます。(1月に2回を限度)

③ 口腔機能向上加算 (II) ロ

口腔機能向上加算 (I) に加え、リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) を算定せず、口腔機能改善管理指導計画書等の情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けた情報を活用することによってケアの質の向上を図った場合、1回につき160円が加算されます。(1月に2回を限度)

* 栄養アセスメント加算

利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して低栄養状態のリスクや栄養管理上における課題の把握を行い、栄養管理等に関する情報を厚生労働省に提出し、提出情報及びフィードバックした情報を活用することによってケアの質の向上を図った場合、1月につき50円が加算されます。

* 科学的介護推進体制加算

利用者ごとの日常生活動作 (ADL) の値や栄養状態、口腔機能、認知症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場合、1月につき40円が加算されます。

* 重度療養管理加算

手厚い医療が必要な利用者 (要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である利用者に限る) に対して、計画的な医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合、1日につき100円が加算されます。

* 中重度者ケア体制加算

中重度要介護者の受け入れ割合が30%以上に達し通所リハビリテーションを行った場合、1日につき200円が加算されます。

* 送迎を行わない場合の減算

利用者に対して送迎を行わない場合、通所リハビリテーション費から片道につき47円が減算されます。

* 移行支援加算

リハビリテーションを行い、利用者が通所介護等へ移行した場合、1日につき12円が加算されます。

* 退院時共同指導加算

病院等から退院するに当たり、医師又は理学療法士等が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回の通所リハビリテーションを行った場合、1回に限り600円が加算されます。

* サービス提供体制強化加算

① サービス提供体制強化加算 (I)

介護職員の介護福祉士資格保有者の割合が70%以上の場合、又は介護職員の総数のうち、勤続年数が10年以上の介護福祉士を25%以上配置している場合、1回につき22円が加算されます。

②サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

介護職員の介護福祉士資格保有者の割合が50%以上の場合、1回につき18円が加算されます。

* 介護職員等処遇改善加算

① 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

介護職員処遇改善基準を満たすため、通所リハビリテーション費に上記に該当する加算を加えた金額に8.6%が加算されます。

② 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

介護職員処遇改善基準を満たすため、通所リハビリテーション費に上記に該当する加算を加えた金額に8.3%が加算されます。

イ 利用料(介護保険給付対象外サービス)

項目	金額	備考
食費(昼食代)	690円	1食あたり
教養娯楽費	実費	個別に使用する器具・遊具費及び材料費等
おむつ代(紙おむつ)	180円	1枚あたり
尿取りパット	70円	1枚あたり
証明書作成費	2,200円	通所利用証明書、各種証明書作成・発行に係る費用

(3) サービス内容及び費用の変更

サービス内容及び費用が変更となる場合、変更後の重要事項説明書、または利用サービス内容変更説明書により、その内容をご説明し、同意を得ることとします。

8 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに「7 通所リハビリテーションサービスの内容及び費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料請求書により、利用者及び代理人が指定する送付先に対し請求いたしますので、毎月月末までに現金、口座引落または下記口座に振込送金してお支払いください。入金確認後、領収証を発行、送付いたします。

振込先 一関信用金庫 山目支店
 普通預金 口座番号 1075616
 口座名義 医療法人三秋会 一関中央クリニック 内科 胃腸科 小児科
 理事長 長澤 茂

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 当施設における苦情等相談窓口

当施設お客様相談窓口	窓口責任者 事務長 青柳 由博 ご利用時間 8:30~17:30 ご利用方法 電話(0191-21-1222) 投書箱(一関中央リハビリなのはな 2階エレベーターホール前に設置)
------------	---

(2) 当施設以外の苦情等相談窓口

岩手県国民健康保険団体連合会 保健介護課分室	所在地 盛岡市大沢川原三丁目7番30号 電話 019-604-6700 FAX 019-604-6701 受付 9:00~17:00 (土曜、日曜、祝祭日、12/29~1/3は除く)
---------------------------	---

保 険 者	一関地区広域行政組合 介護保険課	所在地 一関市竹山町7番2号 電 話 0191-31-3223 受 付 8:30~17:15 (土曜、日曜、祝祭日、12/29~1/3は除く)
	上記以外	所在地の各市町村介護保険担当課 (介護保険の相談苦情窓口)

10 事故発生時・緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合または事故が発生した場合は、速やかに必要な処置を行うとともに、必要に応じて他の専門的機関（主治医、救急隊等）、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

また、サービスの提供にあたって、賠償すべき事故が発生した場合は、契約書第16条により、その損害をします。

11 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「一関中央クリニック 消防計画」にのっとり対応を行います。
避難訓練及び防災設備	別途定める「一関中央クリニック 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して行います。
	消火器・非常通報装置、カーテン等、防災性能のあるものを使用しています。

12 保持・個人情報保護

事業者、従業者は当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者及び代理人、利用者の家族の秘密・個人情報を保護します。但し、介護サービス上必要ある場合（別紙「個人情報の利用目的」の範囲内）については、利用者及び代理人、利用者の家族の情報を使用します。

13 施設の利用にあたっての留意事項

- (1) 飲酒・喫煙は禁止します。
- (2) 火気の取扱いは禁止します。
- (3) 設備・備品の利用は、危険を伴う場合もあるので、職員に相談してください。
- (4) 所持品・備品等の持込みは、日常及び療養上必要と思われるもの以外は、利用時に相談してください。
- (5) 金銭・貴重品の管理は、原則として利用者又は家族の責任のもとで管理してください。
- (6) 医療機関での受診は、通所リハビリテーション利用時間外としてください。
- (7) 宗教活動は、禁止します。
- (8) ペットの持ち込みは、禁止します。
- (9) 利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は、禁止します。
- (10) 他利用者への迷惑行為は禁止します。
- (11) 施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がり頂きます。食費は、保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としていますので、その実施には、食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮頂きます。

14 お客様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証を提示して下さい。

その他、必要に応じて各種書類等提出を求める場合があります。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業所 住所 岩手県一関市中央町二丁目4番2号
事業者(法人)名 医療法人 三秋会
事業所名 一関中央クリニック

説明者 職名
氏名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受け、通所リハビリテーションサービスに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 印

身元引受人 住所
氏名 印

連帯保証人 住所
氏名 印

【本契約書第10条の請求書・明細及び領収書の送付先】

請求書及び領収書送付先	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	()

【緊急時の連絡先】

緊急時連絡先(家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	()