

**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
契約書別紙 兼 重要事項説明書**

◎わたしたち（以下、事業者）の概要は次のとおりです。

事業所名	社会医療法人 新潟勤労者医療協会 舟江診療所	法人名	社会医療法人 新潟勤労者医療協会
所在地	新潟市中央区入船町3丁目3629-1	電話番号	025-228-2606
県指定 年月日	平成13年4月1日 (番号1510124983)	利用定員	30人(2単位)
管理者	小林 あかね	通常の事業の 実施地域	新潟市中央区 東区の一部
従業員の 概要	医師	1人以上	
	理学療法士又は作業療法士	1人以上	
	看護職員	1人以上	
	介護職員	3人以上	
	給食・送迎担当	1人以上	
	送迎車両	4台	

事業者が提供するサービスの概要は次のとおりです。

1 提供するサービスの内容

提供するサービスの内容は、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です。

「通所リハビリテーション」とは、病院、診療所又は介護老人保健施設において、あなた(以下、ご利用者様)の心身の機能の維持や回復を図るために理学療法、作業療法やそのほか必要なりハビリテーションを行うサービスをいいます。

【ご利用者様に提供するサービス】

月曜日から土曜日まで営業します。

サービスの内容	おおむねの提供時間(帯)
通所リハビリテーション・介護予防リハビリテーション	9:00 ~ 16:00
送迎の提供	8:40 ~ 9:30、15:30 ~ 16:30
食事の提供	12:10 ~ 13:00
リハビリテーション	9:00 ~ 12:00 午後からは希望による

※休業日：お盆8月15日・年末年始12月31日～1月3日。その他、祝祭日は都合により休業とさせていただきます場合があります。

【業務取扱い方針】

ご利用者様の心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者・地域包括支援センターの作成する「居宅サービス計画」と、事業者の作成する「通所リハビリテーション計画」「介護予防通所リハビリテーション計画」に従い、心身機能の維持及び回復を図ることができるよう、通所リハビリテーションを提供します。

2 ご利用者様負担金

このサービスを利用するにあたって、ご負担して頂く料金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

1 介護保険サービス

① 基本料金

- ・利用時間は原則的に7時間以上8時間未満とさせていただきます。

(1日当たりの料金)

介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
762単位	903単位	1046単位	1215単位	1379単位

② 介護保険サービスの加算料金

- ア、通所リハマネジメント加算(イ) 同意日の属する月から6月以内 560単位
 同意日の属する月から6月超 240単位

- ・リハビリテーション会議を開催し、医師、理学療法士等、居宅介護支援専門員、居宅サービス等の担当者、その他関係者と会議の内容を共有し、個人の身体状況に合わせたリハビリテーション計画書を作成した場合に頂きます。6ヵ月以内の場合は1ヶ月に1回以上、6ヵ月を超える場合は3ヵ月に1回以上開催します。
 - ・また、個人の日常生活状況や家屋環境を確認した上でリハビリテーション計画書を作成致します。
- 通所リハマネジメント加算(共通) 医師が利用者に説明し、同意を得た場合 270単位

- イ、短期集中個別リハビリテーション実施加算 1日につき 110単位

- ・理学療法士等が計画書に沿って、リハビリテーションを概ね週2回以上実施した場合に頂きます。
- ・退院または退所又は要介護認定日から3ヵ月以内の場合に限り頂きます。

- ウ、入浴介助加算(Ⅰ) 1日につき 40単位
 実際に入浴介助を行った場合に頂きます。

- エ、中重度者ケア体制加算 1日につき 20単位
 指定の人員配置基準を満たし、前年度または算定日が属する月の前3ヶ月間の利用者総数のうち、要介護3以上の利用者が占める割合が100分の30以上である場合に頂きます。

- オ、サービス提供体制加算(Ⅰ) 1回につき 22単位
 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上の事業所で算定されます。

- カ、通リハ処遇改善加算(Ⅰ) +所定単位数×86/1000
 介護職員の賃金改善に充てることを目的に、区分支給限度基準額外で加算されます。

キ、送迎減算

事業所が送迎を行わない場合、片道につき47単位減算

ク、退院時共同指導加算 一回につき 600単位
 入院中の方が新規利用・再開される場合、職員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際に加算されます。

ケ、科学的介護推進体制加算 1月につき 40単位
 事業者が科学的介護情報システム「LIFE（ライフ）」に情報を提供した際に加算されます。

2、介護予防サービス

① 介護予防サービスの基本料金

利用時間は6時間以上7時間未満とさせていただきます。

(月当たりの料金)

要支援1	要支援2
2268単位	4228単位

要支援1：週1回の利用を原則とさせていただきます。

要支援2：週2回の利用を原則とさせていただきます。

② 介護予防サービスの加算料金

ア、予防通所一体的サービス提供加算 480単位

栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施し、利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、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月につき2回以上設けている場合を評価する加算です。

イ、サービス提供体制強化加算(I) 1ヶ月につき 要支援1 88単位
 要支援2 176単位

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上の事業所を評価した加算です。

ウ、介護職員処遇改善加算(I) 1月につき+所定単位数×86/1000

介護職員の賃金改善に充てることを目的に、区分支給限度基準額外で加算されます。

エ、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

要支援1	要支援2
120単位減算	240単位減算

オ、退院時共同指導加算 一回につき 600単位

入院中の方が新規利用・再開される場合、職員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際に加算されます。

カ、科学的介護推進体制加算 1月につき 40単位

事業者が科学的介護情報システム「LIFE（ライフ）」に情報を提供した際に加算されます。

○これらにかかる料金の合計額の1割または2割または3割をご負担頂きます。（1単位10.17円）

○但し介護保険の報酬改定があった場合は、改定された内容でご負担頂きます。

介護保険の改定により、法定利用料が改定された場合は、この料金も自動的に改定させていただくこととなりますので、ご了承ください。なお、改定料金については、別途書面でお知らせします。

介護保険の給付対象外費用

・給食費 食材料費と調理費を合わせて 600円/日をいただきます。

・作業活動及び製作活動に関わる参加費用 500円/月

定期的にリハビリの一環として机上活動（作業及び製作活動）を行っていきます。ご利用者様がその活動に参加された場合、その材料費等の一部費用負担をお願い致します。

○実費については、全額ご利用者様のご負担となります。

○サービス計画以外のご利用を受けられる場合は、その部分について介護報酬に準じた金額をご負担いただく場合があります。

○ご利用回数増等のご希望がある場合は、あらかじめ担当の介護支援専門員、あるいは当事業者のサービス提供責任者にご相談ください。

3 キャンセル料

ご利用者の都合でサービスの利用を中止する場合は前日の17時までにご連絡下さい。利用日当日の体調不良や緊急やむを得ない事情でのお休みについてはキャンセル料を頂きませんが、それ以外の休みに関しましては昼食代金として600円のキャンセル料が発生いたしますのでご了解ください。お休みの場合はできるだけ早めにご連絡ください。また、振替利用を希望される方はその旨をお伝え下さい。

4 苦情・相談窓口

提供したサービスについての相談や苦情は、利用者から苦情があった場合は、迅速かつ誠実に対応します。

○通所リハビリテーション苦情・相談窓口責任者 氏名 山口 薫

025-228-2606

上記以外の苦情相談窓口でも受付けています。

○新潟市高齢介護課 025-226-1273

○新潟県国民健康保険団体連合会 025-285-3022

5 サービスの利用にあたっての注意事項

- 1 介護保険証をサービス利用初日にご持参ください。
- 2 体調の変化などでサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めにご連絡ください。
- 3 ご利用前に体調の変化等が気になる時やサービスの利用中に気分が悪くなったときは、職員に直ちにお申し出ください。
- 4 その他、ご利用時に指示されたものをご持参ください。
- 5 送迎車を利用して通院や買い物をしていただくことはできませんのでご了承ください。

- 6 道路状況や災害、他のご利用者様の状態などにより予定通りの送迎が行えない場合があります。
- 7 利用者の安全を守るため、大切なペットを守るため、また、職員が安全に送迎介助・業務を行うためにも、訪問時はリードに繋いでいただくか、ケージへ入れて頂く等の配慮をお願いします。

附則	平成 16 年 4 月 1 日	施行	平成 30 年 4 月 1 日	一部改訂	令和 3 年 12 月 1 日	一部改訂
	平成 18 年 4 月 1 日	一部改訂	平成 31 年 4 月 1 日	一部改訂	令和 4 年 4 月 1 日	一部改訂
	平成 21 年 4 月 1 日	一部改訂	令和元年 10 月 1 日	一部改訂	令和 6 年 4 月 1 日	一部改訂
	平成 24 年 4 月 1 日	一部改訂	令和 2 年 4 月 1 日	一部改訂	令和 6 年 6 月 1 日	一部改訂
	平成 27 年 4 月 1 日	一部改訂	令和 3 年 4 月 1 日	一部改訂	令和 7 年 4 月 1 日	一部改訂

西暦 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、上記のとおり説明しました

(事業者) 所在地 新潟市中央区入船町 3 丁目 3629 番地 1

事業者名 社会医療法人 新潟勤労者医療協会

舟 江 診 療 所

管理者名 小林 あかね

説明者名

事業者より上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文章が契約書の別紙(一部)となる事についても同意します。

(利用者) ご住所

お名前

(代理人) ご住所

お名前