

重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業者名	医療法人財団 華林会 村上華林堂病院 通所リハビリテーション事業所(デイケア)
所在地	福岡市西区戸切2丁目14番45号
提供サービス	通所リハビリテーションおよび 介護予防通所リハビリテーション
事業者番号	4071200473
責任者および連絡先	椎葉 博基 TEL 811-3880(直通) TEL 811-3331(代表)
サービス提供地域	福岡市【西区・早良区・城南区の一部】
定員	【70名】1単位

2. 運営の方針

事業所の従業者は、要介護者等の心身機能の回復または維持を図り、日常生活上の自立を助けることを目的とした、理学療法・作業療法・その他必要なりハビリテーションを行います。

3. サービス提供時間

	営業時間
平日	午前8時30分～午後17時00分
土曜日	午前8時30分～午後17時00分
営業しない日	日曜・祝日・12月30～1月3日・8月14日～15日

* 送迎の都合により、滞在時間は個別に設定しております。

4. 事業所の職員体制および勤務体制

職種	勤務形態	人数
医師(兼務)	常勤	1名以上
理学療法士等	常勤	3名以上
看護職	常勤	1名以上
介護職	常勤	5名以上
事務職員	常勤	1名以上

5. 職務内容

医師は、管理者の命を受け、利用者の健康管理及び医療の処置に適切なる処置を講ずる。

看護職員は、管理者の命を受け、利用者の保健衛生及び看護業務を行う。

介護職員は、管理者の命を受け、利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。

理学療法士又は作業療法士は、管理者の命を受け、利用者に対する理学療法業務、作業療法業務を行う。

事務職員は、管理者の命を受け、事務処理を行う。

6. サービス内容

- ・日常生活上での援助
- ・入浴サービスの提供(特別入浴も対応)
- ・食事サービスの提供
- ・健康状態のチェック
- ・送迎サービスの提供(片道のみも対応)
- ・機能訓練サービス(個別リハビリ・集団リハビリ・物理療法・パワーリハビリ)の提供
(個別リハビリとは、理学療法士又は作業療法士がマンツーマンで行うリハビリです)
- ・その他の通所リハビリテーション業務及び介護予防通所リハビリテーション業務

7. サービス利用料及び利用者負担

利用料等は、下記のとおりです。

利用者負担金は、原則として介護保険給付の対象となります。介護保険負担割合証に記された負担割合の料金となります。

大規模事業所

●要介護認定の方

1単位の単価:10.55円

			大規模事業所の場合					大規模事業所(以下の1と2を共に満たした事業所)の場合				
基本料金 (時間区分)	介護 (介護区分)	算定回数	単位数	介護 報酬額	利用者 負担額 (1割)	利用者 負担額 (2割)	利用者 負担額 (3割)	単位数	介護 報酬額	利用者 負担額 (1割)	利用者 負担額 (2割)	利用者 負担額 (3割)
基本料金 (2時間未満利用)	要介護1	1日につき	357	3,766	377	754	1,131	(369)	(3,892)	(390)	(780)	(1,170)
	要介護2	1日につき	388	4,093	410	820	1,230	(398)	(4,198)	(420)	(840)	(1,260)
	要介護3	1日につき	415	4,378	438	876	1,314	(429)	(4,525)	(453)	(906)	(1,359)
	要介護4	1日につき	445	4,694	470	940	1,410	(458)	(4,831)	(484)	(968)	(1,452)
	要介護5	1日につき	475	5,011	502	1,004	1,506	(491)	(5,180)	(518)	(1,036)	(1,554)
基本料金 (3時間未満利用)	要介護1	1日につき	372	3,924	393	786	1,179	(383)	(4,040)	(404)	(808)	(1,212)
	要介護2	1日につき	427	4,504	451	902	1,353	(439)	(4,631)	(464)	(928)	(1,392)
	要介護3	1日につき	482	5,085	509	1,018	1,527	(498)	(5,253)	(526)	(1,052)	(1,578)
	要介護4	1日につき	536	5,654	566	1,132	1,698	(555)	(5,855)	(586)	(1,172)	(1,758)
	要介護5	1日につき	591	6,235	624	1,248	1,872	(612)	(6,456)	(646)	(1,292)	(1,938)
基本料金 (4時間未満利用)	要介護1	1日につき	470	4,958	496	992	1,488	(486)	(5,127)	(513)	(1,026)	(1,539)
	要介護2	1日につき	547	5,770	577	1,154	1,731	(565)	(5,960)	(596)	(1,192)	(1,788)
	要介護3	1日につき	623	6,572	658	1,316	1,974	(643)	(6,783)	(679)	(1,358)	(2,037)
	要介護4	1日につき	719	7,585	759	1,518	2,277	(743)	(7,838)	(784)	(1,568)	(2,352)
	要介護5	1日につき	816	8,608	861	1,722	2,583	(842)	(8,883)	(889)	(1,778)	(2,667)
基本料金 (5時間未満利用)	要介護1	1日につき	525	5,538	554	1,108	1,662	(553)	(5,834)	(584)	(1,168)	(1,752)
	要介護2	1日につき	611	6,446	645	1,290	1,935	(642)	(6,773)	(678)	(1,356)	(2,034)
	要介護3	1日につき	696	7,342	735	1,470	2,205	(730)	(7,701)	(771)	(1,542)	(2,313)
	要介護4	1日につき	805	8,492	850	1,700	2,550	(844)	(8,904)	(891)	(1,782)	(2,673)
	要介護5	1日につき	912	9,621	963	1,926	2,889	(957)	(10,096)	(1,010)	(2,020)	(3,030)
基本料金 (6時間未満利用)	要介護1	1日につき	584	6,161	617	1,234	1,851	(622)	(6,562)	(657)	(1,314)	(1,971)
	要介護2	1日につき	692	7,300	730	1,460	2,190	(738)	(7,785)	(779)	(1,558)	(2,337)
	要介護3	1日につき	800	8,440	844	1,688	2,532	(852)	(8,988)	(899)	(1,798)	(2,697)
	要介護4	1日につき	929	9,800	980	1,960	2,940	(987)	(10,412)	(1,042)	(2,084)	(3,126)
	要介護5	1日につき	1,053	11,109	1,111	2,222	3,333	(1,120)	(11,816)	(1,182)	(2,364)	(3,546)
基本料金 (7時間未満利用)	要介護1	1日につき	675	7,121	713	1,426	2,139	(715)	(7,543)	(755)	(1,510)	(2,265)
	要介護2	1日につき	802	8,461	847	1,694	2,541	(850)	(8,967)	(897)	(1,794)	(2,691)
	要介護3	1日につき	926	9,769	977	1,954	2,931	(981)	(10,349)	(1,035)	(2,070)	(3,105)
	要介護4	1日につき	1,077	11,362	1,137	2,274	3,411	(1,137)	(11,995)	(1,200)	(2,400)	(3,600)
	要介護5	1日につき	1,224	12,913	1,292	2,584	3,876	(1,290)	(13,609)	(1,361)	(2,722)	(4,083)
基本料金 (8時間未満利用)	要介護1	1日につき	714	7,532	754	1,508	2,262	(762)	(8,039)	(804)	(1,608)	(2,412)
	要介護2	1日につき	847	8,935	894	1,788	2,682	(903)	(9,526)	(953)	(1,906)	(2,859)
	要介護3	1日につき	983	10,370	1,037	2,074	3,111	(1,046)	(11,035)	(1,104)	(2,208)	(3,312)
	要介護4	1日につき	1,140	12,027	1,203	2,406	3,609	(1,215)	(12,818)	(1,282)	(2,564)	(3,846)
	要介護5	1日につき	1,300	13,715	1,372	2,744	4,116	(1,379)	(14,548)	(1,455)	(2,910)	(4,365)

●要介護認定の方

1単位の単価:10.55円

加算項目	介護(加算)	期間他	算定回数他	単位数	介護報酬額	利用者負担額		
						(1割)	(2割)	(3割)
加算項目	リハビリテーションマネジメント加算(イ)	開始月から6か月以内	1月につき	560	5,908	591	1,182	1,773
		開始月から6か月超	1月につき	240	2,532	254	508	762
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	開始月から6か月以内	1月につき	593	6,256	626	1,252	1,878
		開始月から6か月超	1月につき	273	2,880	288	576	864
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	開始月から6か月以内	1月につき	793	8,366	837	1,674	2,511
		開始月から6か月超	1月につき	473	4,990	499	998	1,497
	リハビリテーションマネジメント加算(共通)	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	1月につき	270	2,848	285	570	855
	退院時共同指導加算	退院時1回を限度	1回につき	600	6,330	633	1,266	1,899
	短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院後3か月以内	1日につき	110	1,160	116	232	348
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	退院後3か月以内	1日につき(週2回)	240	2,532	254	508	762
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	退院後3か月以内	1月につき	1,920	20,256	2,026	4,052	6,078
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始6か月以内	1月につき	1,250	13,187	1,319	2,638	3,957
	若年性認知症利用者受入加算	—	1日につき	60	633	64	128	192
	送迎を行わない場合の減算	—	片道につき	-47	-495	-50	-100	-150
	入浴介助加算(Ⅰ)	—	1日につき	40	422	43	86	129
	入浴介助加算(Ⅱ)	個別入浴計画作成	1日につき	60	633	64	128	192
	栄養アセスメント加算	—	1月につき	50	527	53	106	159
	栄養改善加算	原則3か月	1回につき(月2回)	200	2,110	211	422	633
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	—	6ヶ月に1回	20	211	22	44	66
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	—	6ヶ月に1回	5	52	6	12	18
	口腔機能向上加算(Ⅰ)	原則3か月	1回につき(月2回)	150	1,582	159	318	477
	口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	原則3か月	1回につき(月2回)	155	1,635	164	328	492
	口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	原則3か月	1回につき(月2回)	160	1,688	169	338	507
	重度療養管理加算	介護度3.4.5で定められた状態の方	1日につき	100	1,055	106	212	318
	理学療法士等体制強化加算	1時間以上2時間未満	1日につき	30	316	32	64	96
	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	1日につき	12	126	13	26	39
		4時間以上5時間未満	1日につき	16	168	17	34	51
		5時間以上6時間未満	1日につき	20	211	22	44	66
		6時間以上7時間未満	1日につき	24	253	26	52	78
		7時間以上	1日につき	28	295	30	60	90
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	—	1日につき	22	232	24	48	72
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	—	1日につき	18	189	19	38	57
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	—	1日につき	6	63	7	14	21
	中重度者ケア体制加算	介護度3.4.5の方の割合が一定以上の場合	1日につき	20	211	22	44	66
	科学的介護推進体制加算	—	1月につき	40	422	43	86	129
	移行支援加算	—	1日につき	12	126	13	26	39

※別途、総単位数に介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)の加算率8.6%を乗じた単位数が加わります。

※感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じた場合は、アカイを適用します。(翌々月から適用)

ア. 報酬区分の特例:月の利用延べ人数が750人以下の場合、通常規模の区分の単位で算定します。

イ. 前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、別途総基本単位数に加算率3%を乗じた単位数が加わります。

●要支援認定の方

1単位の単価:10.55円

基本料金	支援(介護度区分)		算定回数	単位数	介護報酬額	利用者負担額		
						(1割)	(2割)	(3割)
基本料金	要支援1(入浴含む)	—	1月につき	2268	23,927	2,393	4,786	7,179
	要支援2(入浴含む)	—	1月につき	4228	44,605	4,461	8,922	13,383
基本料金	開始月から12ヶ月超利用の場合の減算	要支援1	1月につき	-120	-1266	-127	-254	-381
	(3月に1回以上リハビリテーション会議を開催しない場合)	要支援2	1月につき	-240	-2532	-254	-508	-762
加算項目	生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から6か月以内	1月につき	562	5,929	593	1,186	1,779
	退院時共同指導加算	—	1回につき	600	6,330	633	1,266	1,899
	若年性認知症利用者受入加算	—	1月につき	240	2,532	254	508	762
	栄養アセスメント加算	—	1月につき	50	527	53	106	159
	栄養改善加算	原則3か月	1月につき	200	2,110	211	422	633
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	—	6ヶ月に1回	20	211	22	44	66
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	—	6ヶ月に1回	5	52	6	12	18
	口腔機能向上加算(Ⅰ)	原則3か月	1月につき	150	1,582	159	318	477
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	原則3か月	1月につき	160	1,688	169	338	507
	一体的サービス提供体制加算	—	1月につき	480	5,064	507	1,014	1,521
	科学的介護推進体制加算	—	1月につき	40	422	43	86	129
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	1月につき	88	928	93	186	279
		要支援2	1月につき	176	1,856	186	372	558
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1	1月につき	72	759	76	152	228
		要支援2	1月につき	144	1,519	152	304	456
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	要支援1	1月につき	24	253	26	52	78
		要支援2	1月につき	48	506	51	102	153

※別途、総単位数に介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)の加算率8.6%を乗じた単位数が加わります。

食費	1食につき	自費	—	550	550	550
----	-------	----	---	-----	-----	-----

◆利用料のお支払い方法◆

毎月10日前後に、前月分の請求を致しますので、25日までにお支払いください。

お支払い方法は、来所時に現金払い・病院会計窓口払い・銀行振込み・銀行又は郵便局引落としのいずれかよりお選び下さい。

※ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。

8. キャンセル・変更について

- ・利用者が現在受けているサービスを中止・変更したい場合は、すみやかに第1項の連絡先までご連絡ください。
- ・利用者の都合でサービスを中止・変更する場合は、サービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、利用者負担金の100%を申し受けることになりますので、ご了承ください。（ただし、利用者の容態の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）
- ・キャンセル料は利用者負担額に合わせてお支払い頂きます。

※ 悪天候（台風・積雪等）のため、やむを得ずサービスを中止することがあります。その際は、前日または当日の営業時間前迄にご連絡致します。振替日等をご相談ください。

9. 損害賠償

被害者に支払うべき法律上の損害賠償

- ・身体事故（治療費）
例：利用者様をベッドや椅子から転落させ、ケガをさせてしまった など
- ・財物事故（修理費等）
例：利用者宅所有の車椅子を操作している際に、誤って壊してしまった など
- ・人格権侵害に対する慰謝料
例：利用者のプライバシー情報を不注意で外部に漏らしてしまい、家族に不安を与えてしまった など

10. 緊急時の対応

- ・通所リハビリテーション利用中に利用者の急変やその他緊急事態（転倒など）が生じた場合は臨機応変に応急処置を行うとともに、速やかに主治医または当直医に報告し、適切な処置を行います。
- ・同時にご家族、ケアマネージャーに報告します。
- ・緊急時以外の利用中の受診は行っておりません。

11. 事故発生の対応について

- ・サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに対応し、必要な処置を行います。
- ・重大な事故や事態が発生した場合は、県・市町村に報告を行います。
- ・同時にご家族、ケアマネージャーに報告します。

12. 災害時の対応

- ・デイケア利用中に災害（火災・地震など）が発生した場合は、村上華林堂病院にて災害対策本部設置後、指示に従い利用者の安全確保を優先します。
- ・利用者が負傷などをされた場合は、緊急時の対応を適切に行います。
- ・同時にご家族、ケアマネージャーに報告します。

13. 守秘義務

守秘義務は法律により定められており、緊急による利用者の生命・身体等に危険がある場合を除いて第三者に漏らすことはありません。個人情報使用同意書にあります目的以外に情報を外部に提供しなければならない時は、事前に同意を得ます。

14. 記録の提供

「サービス提供記録書」等の記録は、利用者の求めに応じて閲覧に応じ、または実費負担によりそのコピーを交付します。

15. サービス内容に関する相談・苦情

・サービスに関する相談や苦情については次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号	092-811-3331(代)
	FAX番号	092-812-2161(代)
	通所リハビリ責任者	椎葉 博基
	対応時間	午前9時～午後4時30分

・公的機関においても次の機関において苦情申し出等ができます。

西区役所 福祉・介護保険課	所在地 電話番号 対応時間	福岡市西区内浜1丁目4番1号 092-881-2131(代) 午前9時～午後5時 まで
早良区役所 福祉・介護保険課	所在地 電話番号 対応時間	福岡市早良区百道2丁目1番1号 092-841-2131(代) 午前9時～午後5時 まで
城南区役所 福祉・介護保険課	所在地 電話番号 対応時間	福岡市城南区鳥飼6丁目1番1号 092-822-2131(代) 午前9時～午後5時 まで
福岡県国民保険課 保険団体連合会 介護サービス相談窓口	所在地 電話番号 対応時間	福岡市博多区吉塚本町13番47号 092-642-7859(代) 午前9時～午後5時 まで

【実習生の受入れについて】

デイケアでは、介護・医療従事者を目指す実習生を受入れております。

スタッフの指導・監督のもと、利用者様の安全とプライバシーの保護を遵守するよう努めておりますので、ご理解とご協力の程よろしくお願い申し上げます。

令和6年6月改訂