

指定通所リハビリテーション
[指定介護予防通所リハビリテーション]

重要事項説明書

1 指定通所リハビリテーション [指定介護予防通所リハビリテーション] サービスを提供する事業者

事業者名称	社会医療法人 頌徳会		
所在地	大阪府堺市東区北野田 6 2 6 番地 TEL：072-235-2068 FAX：072-235-3820		
代表者	理事長 日野 頌三	設立年月日	昭和61年4月1日

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所

名称	日野クリニック メディカルフィットネス ソレイユ		
所在地	大阪府堺市中区深井中町 1 2 4 8 番地 TEL：072-276-5111 FAX：072-276-5701		
管理者	院長 今野 雄介	開設年月日	平成25年3月1日
指定番号	2 7 1 6 1 0 0 1 2 4		

3 事業の目的

指定通所リハビリテーション [指定介護予防通所リハビリテーション] 事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、要介護状態 [要支援状態] のご利用者に対し、適切な指定通所リハビリテーション [指定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。

4 運営方針

- (1) ご利用者の心身の状況・病歴を踏まえてご利用者が可能な限り居宅において、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等その他必要なりハビリテーションを行うことによりご利用者の心身機能の維持回復をはかり、あるいは生活機能の維持又は向上を目指します。
- (2) ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- (3) 市区町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- (4) その他「堺市介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成24年12月14日条例第58号)」に定める内容を遵守し、事業を実施します。

5 事業所の概要

(1) 設備等

構造	鉄骨造 2階建	延床面積	270.08 m ²
フィットネスルーム	1階 93.24 m ² (指定基準：1人当り 3.0 m ²)		

(2) 利用定員

1単位 各20人

6 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況と勤務体制(令和3年4月1日現在)

職 種	職員数	人員基準	勤務区分	勤務時間
医 師	1.0 人	1.0 人	日勤	8:40～17:30 他
看 護 ・ 介 護 職 員	2.7 人	1.0 人	日勤	
理 学 療 法 士 等	2.0 人		日勤	
管 理 栄 養 士	0.1 人	－	日勤	

※職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

(2) 配置職員の業務

職 種	業 務 内 容
医 師	診療等医学的管理。
看 護 職 員	健康管理、医療補助、療養上の世話、リハビリテーションや看護。
介 護 職 員	生活全般にわたる介護及び療養環境整備。
理 学 療 法 士	機能訓練、訓練記録の整備充実。
管 理 栄 養 士	栄養改善サービスにおける評価及び指導。

7 契約期間と更新

- (1) 契約の有効期間は、契約締結の日から、ご利用者の要介護〔要支援〕認定の有効期間満了日までとします。但し、契約期間満了以前に要介護状態区分の変更認定を受け、有効期間満了日が更新された場合には、変更後の有効期間満了日までとします。
- (2) 契約期間満了日の2日前までにご利用者又は事業者から契約終了の申し出がない場合は、契約は同じ条件で自動更新され、以後も同様とします。
- (3) 但し、ご利用最終日から1年以上ご利用がなかった場合は、当該期間の経過した日をもって契約は終了します。

8 サービスの内容

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

介護保険が適用されますので、ご利用者負担は1割(一定以上所得者の場合は2割又は3割)となります。

① リハビリテーション

- ・理学療法士等がご利用者の状況に適合したリハビリテーションを行い、身体機能の低下防止に努めます。

② 送 迎

- ・事業実施地域内において事業者の車両でご自宅と事業所間の送迎を行います。但し、道路が狭い等の事情でご自宅までの送迎が困難な場合は、車イス又は歩行介助による送迎を行う場合や、ご家族等にご協力をいただく場合があります。
- ・通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、後記(2)②特別な送迎の扱いとなります。

③ 相談・援助

- ・ご利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、ご利用者や代理人からのご相談について必要な助言その他の援助を行うよう努めます。

④ その他

- ・事業者は、認知症についての理解のもと、ご利用者主体の介護を行い、認知症の方の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての職員の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員の内、医療・福祉関係の資格を有さない職員については、

認知症介護基礎研修を受講します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

介護保険は適用されませんので、全額ご利用者負担となります。

① 複写物の交付

複写物の交付をご希望の場合には別に定める料金をご負担いただきます。

② 特別な送迎

事業実施地域外の方で送迎をご希望の方に送迎を行います。その際は、別に定める料金をご負担いただきます。

(3) 職員の禁止行為

① 医療行為(但し、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除く。)

② 身体拘束及び行動制限(但し、ご利用者または第三者の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く。)

③ ご利用者、又はご家族等への宗教活動、政治活動、営利活動その他迷惑行為

9 通常の事業実施地域

堺市

10 営業日とサービス提供時間

月～土 午前9時10分～午後4時40分

但し、12月30日から1月3日までは休業とします。

11 サービス計画の作成と変更

事業者は、ご利用者の意向や心身の状況に応じて予め作成されている居宅サービス計画に沿って第8条「サービスの内容」による必要かつ適切な指定通所リハビリテーション〔指定介護予防通所リハビリテーション〕サービス計画を作成し、ご利用者や代理人の同意を得てサービスを提供します。状況の変化やご意向の変化等によりご相談の上、計画を変更することができます。

12 サービス提供困難時の対応

ご利用申込者の病状、専用の機器を使用した機能訓練を含むサービス提供、及び事業所の通常の事業実施地域等を勘案し、事業者が、当該ご利用申込者への指定通所リハビリテーション〔指定介護予防通所リハビリテーション〕の提供が困難と判断した場合は、居宅介護支援事業者、地域包括支援センターに対して必要な対応を行います。

13 利用料とその他費用

(1) 通常は、介護保険給付対象サービスの利用料のうち自己負担額と、その他費用をご負担いただきます。後掲の＜ソレイユ 指定通所リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表＞、及び＜ソレイユ 指定介護予防通所リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表＞をご参照ください。

(2) 介護保険の支給限度額を超えるサービスをご利用された場合、限度額を超えた分のサービス費用は全額ご利用者にご負担いただきます。

(3) キャンセル

ご利用の中止や変更をご利用予定日の前日午後5時までにお申し出いただかなかった場合、基

本サービス費のご利用者負担額をキャンセル料としてお支払いいただきます。但し、ご利用者の急な体調不良等のやむを得ない場合や、同月内に振替の場合は除きます。

※要支援 1・2 の方のキャンセル料はいただきません。

14 利用料及びその他費用のご請求とお支払い方法

(1) ご請求

- ① 利用料及びその他費用は、ご利用月ごとに計算し、ご利用月ごとの合計金額をご請求いたします。
- ② 請求書は、毎月末日で締めて、翌月の 15 日までにお届けします。

(2) お支払方法

- ① ご指定の金融機関口座からご利用月の翌月 27 日に自動引落としによりお支払いいただきます。(但し、引落日が土・日・祝日の場合は、翌営業日となります。)
 - ② 引落としが確認できましたら、領収書をお届けしますので、保管してください。
- ※ 利用料及びその他費用のお支払いが、お支払期日から 1 ヶ月以上遅延し、更に支払いの督促の日から 14 日以内にお支払いがない場合には、契約を解除した上で、未支払分をお支払いいただきます。

15 代理人・費用支払者・連帯保証人の届出

下記内容に相応の代理人・費用支払者・連帯保証人を届出させていただきます。

(1) 代理人

代理人とは、当事業所とご利用者の話し合いに支障が生じた場合や、ご利用者自身が希望した場合に、ご利用者を代理し、かつ親族一同の窓口になる方とします。

・代理人に一時的に支障のある場合は、親族縁者も同意の上で、代理人が指定し委任状を交付した方にのみ委任することができます。代理人に支障がある状態が長く続く場合は、所定の届出書を提出し、代理人の変更をお願いします。

また、ご利用者がサービス利用中に急変等を起こされた際等に、責任をもってご利用者を引き取ったり、その際に必要な手続きを行う方とします。

(2) 費用支払者

費用支払者とは、ご利用者負担の利用料その他費用をお支払いいただく自動引落口座の名義人である方とします。

(3) 連帯保証人

連帯保証人とは、ご利用者負担の利用料その他費用の事業者に対する一切の金銭債務につき、費用支払者と連帯して履行責任を負う方とします。費用支払者と生計の異なる方をお立てください。

この場合、連帯保証人の負担は、極度額 100,000 円を限度とします。

また、連帯保証人の請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、ご利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

16 サービスの記録

事業者は、介護サービスに関する記録書類を整備し、その完結の日から 2 年間(サービス提供記録は提供日から 5 年)保存します。

17 契約内容の変更

事業者は、契約内容に重要な変更を必要とする場合は、変更について文書を作成してご利用者へその内容を通知し、ご利用者が同意された場合は、同意書を作成します。

利用料等の変更の場合は、変更予定日の原則として1ヶ月以上の予告期間をおくものとします。

18 契約の解除と終了

(1) ご利用者は、7日間以上の予告期間をおいて契約を解除することができます。

但し、ご利用者、事業者ともに予告期間なく契約解除又は契約終了となる場合があります。詳しくは利用契約書をご参照ください。

(2) いずれの解除、終了の場合も未払い金は直ちにご清算いただきます。

19 身体拘束について

事業者は、ご利用者に対する身体拘束を原則として行いません。但し、ご利用者又は他のご利用者等の生命、身体を保護するためやむを得ない理由がある場合には、記録に記載するなど適正な手続きにより実施する場合があります。

20 高齢者虐待防止について

(1) 事業者は、ご利用者等の人権の擁護や虐待等の防止のために次の措置を講じます。

- ① 高齢者虐待防止委員会の開催及び高齢者虐待防止指針の整備。
- ② 虐待を防止するための研修の実施。
- ③ ご利用者及びご家族からの苦情処理体制の整備。
- ④ 高齢者虐待防止に係る担当者の設置。
- ⑤ その他虐待防止のために必要な措置。

(2) 事業者は、サービス提供中に職員又は養護者(ご利用者のご家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合には、速やかにこれを市区町村へ通報します。

21 感染症の発生及びまん延等防止について

事業者は、感染症の発生及びまん延防止のために次の措置を講じます。

- (1) 感染防止委員会の開催及び感染対策指針の整備。
- (2) 感染症を防止するための研修・訓練の実施。

22 業務継続に向けた取り組みについて

事業者は、感染症や災害が発生した場合であっても必要な介護保険サービスが継続的に提供可能な体制を構築するよう次の措置を講じます。

- (1) 事業継続に向けた計画の整備。
- (2) 自然災害等に関する研修及び被災時を想定した訓練の実施。

23 秘密の保持と個人情報の保護

(1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得たご利用者や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。この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。

(2) 事業者は、後掲の「個人情報の取扱いについて」に基づき、ご利用者及びご家族に関わる個人情報を必要な範囲で利用・提供し、頌徳会グループにおいて共同利用します。また、介護保険

サービスを受ける場合の「サービス担当者会議」等において介護支援事業者、その他の関係先に利用・提供します。ご利用者及び代理人は、これらの利用について異議・意見・要望・質問等がある場合、事業者に申し出て協議の上、その結果に従い事業者が対処することに同意するものとします。

- (3) 緊急入院等緊急を要する場合には、事業者は医療機関や介護関係者等必要な機関にご利用者やご家族に関する情報を提供することができるものとします。
- (4) 事業者は、ご利用者やご家族の個人情報の記録を善良なる管理者の注意をもって管理し、処分の際にも漏洩を防止します。

24 緊急時及び事故発生時の対応

事業者は、サービス提供中にご利用者に緊急の事態や事故が発生した場合、速やかに代理人等に連絡するとともに必要な措置を講じます。万一、代理人等と連絡が取れない場合、事業者の判断により協力医療機関へ受診していただき、必要な治療や処置を行います。

25 協力医療機関

名 称	社会医療法人頌徳会 日野クリニック
所 在 地	大阪府堺市中区深井中町1248番地
電 話 番 号	072-276-5111
診 療 科	内科・腎臓内科・人工透析内科・皮膚科・アレルギー科・整形外科・形成外科・リハビリテーション科

26 非常災害時の対策

- (1) 非常時の対応
別途定める「日野クリニック消防計画」に則り対応を行います。
- (2) 平常時の訓練等
年2回避難訓練を実施します。
- (3) 設 備
自動火災報知機、非常通報装置、誘導灯、非常用照明

27 損害賠償責任

- (1) 事業者は、契約に基づくサービスの提供に伴って、事業者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は、その責任の範囲において賠償する責任を負います。第23条に定める守秘義務又は個人情報の保護に違反した場合も同様とします。但し、ご利用者に過失が認められる場合には、損害賠償を減じたり、損害賠償責任を負わない場合もあります。
- (2) 事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行します。

28 損害賠償がなされない場合

事業者は、事業者の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れるものとします。

- (1) ご利用者が契約締結時にご利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項をはじめ、利用契約並びに利用契約に付随する届出内容について、故意又は重大な過失によりこれを告げず、又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。
- (2) ご利用者がサービス提供のために必要な事項に関する事業者の聴取・確認に対して、故意又は重

- 大な過失によりこれを告げず、又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。
- (3) ご利用者の急激な体調の変化等、事業者の提供したサービスに起因しない損害が発生した場合。
- (4) ご利用者が事業者の指示や依頼に反して行った行為に起因して損害が発生した場合。

29 苦情等申立先

(1) 事業所窓口

・ご利用時間：午前9時～午後5時	・苦情解決責任者：山中忠
・電話番号：072-276-5111	・苦情担当者：芦谷泰基

(2) 市区町村等の窓口

市区町村	名 称	所 在 地	電話番号
・堺 市	健康福祉局長寿社会部介護保険課	堺市堺区南瓦町 3-1	072-228-7513
・堺市堺区	堺保健福祉総合センター地域福祉課	堺市堺区南瓦町 3-1	072-228-7477
・堺市中区	中保健福祉総合センター地域福祉課	堺市中区深井沢町 2470-7	072-270-8195
・堺市東区	東保健福祉総合センター地域福祉課	堺市東区日置荘原寺町 195-1	072-287-8112
・堺市西区	西保健福祉総合センター地域福祉課	堺市西区鳳東町 6-600	072-275-1918
・堺市南区	南保健福祉総合センター地域福祉課	堺市南区桃山台 1-1-1	072-290-1812
・堺市北区	北保健福祉総合センター地域福祉課	堺市北区新金岡町 5-1-4	072-258-6771
・堺市美原区	美原保健福祉総合センター地域福祉課	堺市美原区黒山 167-1	072-363-9316

(3) 公的団体の窓口

・大阪府国民健康保険団体連合会	大阪府中央区常磐町 1-3-8	06-6949-5418
-----------------	-----------------	--------------

30 第三者評価の実施状況

実施している	実施していない
【実施日： 年 月 日】	【評価機関名： 】
【結果の開示状況：	】

31 ご利用者のご家族の方に遵守いただく事項

(1) 設備・器具の利用

事業所内の設備や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等が生じた場合には賠償していただく場合があります。

(2) 喫煙・飲酒

全館禁煙です。飲酒は不可になっています。

(3) 迷惑行為等

騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

(4) 所持品・現金等の管理

ご利用者ご自身の責任で管理していただきます。貴重品は持ち込まないでください。

(5) 宗教活動・政治活動・営利活動

事業所内での他の人に対する宗教活動や政治活動、及び営利活動はご遠慮ください。

(6) 動物飼育

ペットの持ち込みはお断りします。

(7) 職員等への贈り物

いかなる場合であってもご利用者並びにご家族の皆さんからの贈り物の受け取りは硬く禁じております。公平なサービスを提供させていただくための措置ですので、ご理解ください。

(8) 撮影・録画・録音の禁止

- ① ご利用者や職員のプライバシー及び個人情報を保護するため、事業所内に限らず敷地内での無断撮影・録画・録音は固くお断りします。撮影・録画・録音を希望される場合は、事前にご相談ください。
- ② 無断で撮影・録音が発覚した場合、データ等の内容を確認させていただき、他のご利用者や職員の映像や音声が含まれている場合は、肖像権・プライバシー権に基づき、内容を削除させていただきます。
- ③ 許可を得て撮影・録画・録音などを行った場合でも、他のご利用者や職員の映像や音声が含まれているかどうかに関わらずSNSを含むインターネットへの投稿は固くお断りします。撮影者や投稿者が法令違反に問われても当事業所は一切責任を負いません。
- ④ 上記に反した場合、施設管理権に基づき、立ち入りをお断りすることがあります。

32 その他のお願い

- (1) 当事業所では、「ご自宅で自立した生活を送っていただく」ため、ご自分でできることを少しでも増やす方向で介護します。運動器具の使用、送迎など提供するサービスは一般的なスポーツクラブなどと同様に、ご利用者自身が自立し主体的に関わっていただく必要があることをご理解ください。手取り足取りの介護は、自立の妨げになります。自立により「自分にもこんな力が残っていた」という発見をしていただき、ご自分でできることが増えていく喜びを見いだしていただきたいのです。
- (2) 一方、充分注意はいたしますが、特に高齢のご利用者は、転倒やベッドからの転落、誤嚥等のリスクが少なからずあり、このような出来事を事前に確実に予測する方法は現在も存在しません。さらに、限られた人員配置による施設での介護には限界がありますので、転倒やベッドからの転落、誤嚥などの事故の発生を100%防ぐことは不可能であることをご理解ください。また、転倒や転落を確実に防ぐためには、少しでもリスクのあるご利用者には行動制限や身体拘束を行うこととなり、誤嚥等を確実に防ぐためには、経口摂取を避けたり、誤嚥のリスクの比較的低い形態での食事提供（ミキサー食等）をしたりすることになりますが、このような対策はご利用者の自立と尊厳、生きる楽しみを奪いQOL（※）を低下させることになります。施設では、ご利用者の自立と尊厳の確保を最も重視しておりますので、このような対応はいたしませんので、ご理解ください。なお、事業者側の明らかな管理上のミス（過失）によってこの種の事故が起きた場合は、当会が加入している施設賠償責任保険の対象となりますが、それ以外の場合の補償制度はありません。例えば、器具につまずいて転倒したことによる骨折や、ベッドからずり落ちて転落したことによる骨折、経口摂取による誤嚥、窒息などの事故であっても事業者側の管理責任はなく、ご利用者の注意義務範囲内であると保険会社が判断すれば、補償の対象にはなりません。もし、何らかの事故が起きた場合に治療費等に心配がございましたら、日常全般が補償される一般的な傷害保険にご加入されることをお勧めします。但し、加入を強要するものではありません。
- (3) より快適な時間を過ごしていただくために、個別のご要望をできるだけ尊重させていただくつもりですが、介護体制には自ずと限りがあり、すべてに100%お応えできないこともご理解ください。

※QOL：Quality of life。「生活の質」「生命の質」などと訳され、ご利用者の身体的な苦痛の軽減、精神的、社会的活動を含めた総合的な活力、生きがい、満足度をいう。

＜ソレイユ 指定通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表＞

利用者負担割合 1割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和6年6月1日現在(単位＝円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額の目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費(通常規模型1～2時間)	390	420	453	484	518
(通常規模型2～3時間)	404	464	526	586	646
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	19	19	19	19	19
理学療法士等体制強化加算	32	32	32	32	32
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定				
①週2回、月8回ご利用時の1か月当りの自己負担額	3,823	4,089	4,372	4,638	4,941
(2時間を超えてご利用の場合)	3,676	4,189	4,730	5,252	5,774

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

加 算 項 目 の 名 称	1回当たり	備 考
短期集中個別リハビリテーション実施加算	126	退所・退院日または新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
栄 養 改 善 加 算	229	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	172	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ) イ	178	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ) ロ	184	月2回限度
移 行 支 援 加 算	14	1回につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	26	1回につき
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	8	1回につき
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	57	1月につき
科学的介護推進体制加算	46	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算イ	642	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	276	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算ロ	680	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	313	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算ハ	909	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	543	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハマネ加算を算定したご利用者に対して 医師が利用者又は家族に説明した場合	310	1月につき
事業所が送迎を行わない場合	-54	片道につき
退 院 時 共 同 指 導 加 算	688	1回につき

上記の額は、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

③キャンセル料(不課税)

利用日前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

上記の基本サービス費の自己負担額相当分

(例)要介護1の方で1～2時間ご利用の方の場合

基本サービス費 390円

④その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
地 域 外 送 迎	10 km 未 満 825
	10 km 以 上 1,650
複 写 物 の 交 付 (1 枚 当 り)	22
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

＜ソレイユ 指定通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表＞

利用者負担割合 2割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和6年6月1日現在(単位＝円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額の目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費(通常規模型1～2時間)	779	840	905	967	1,036
(通常規模型2～3時間)	808	927	1,051	1,171	1,292
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	38	38	38	38	38
理学療法士等体制強化加算	64	64	64	64	64
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定				
①週2回、月8回ご利用時の1か月当りの自己負担額	7,645	8,177	8,744	9,276	9,881
(2時間を超えてご利用の場合)	7,352	8,377	9,459	10,504	11,548

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1回当り	備 考
短期集中個別リハビリテーション実施加算	251	退所・退院日または新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
栄養改善加算	458	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅰ)	344	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	355	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	367	月2回限度
移行支援加算	28	1回につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	51	1回につき
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	15	1回につき
栄養アセスメント加算	114	1月につき
科学的介護推進体制加算	91	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算イ	1,283	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	551	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算ロ	1,359	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	625	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算ハ	1,817	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	1,085	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハマネ加算を算定したご利用者に対して 医師が利用者又は家族に説明した場合	619	1月につき
事業所が送迎を行わない場合	-108	片道につき
退院時共同指導加算	1,376	1回につき

上記の額は、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

③キャンセル料(不課税)

利用日前日の午後5時までに申し出がなかった場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

上記の基本サービス費の自己負担額相当分

(例)要介護1の方で1～2時間ご利用の方の場合

基本サービス費 779円

④その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
地域外送迎	10 km 未 満 825
	10 km 以 上 1,650
複写物の交付(1枚当り)	22
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

<ソレイユ 指定通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表>

利用者負担割合 3割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和6年6月1日現在(単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額の目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費(通常規模型1～2時間)	1,168	1,260	1,358	1,450	1,554
(通常規模型2～3時間)	1,212	1,390	1,576	1,757	1,937
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	57	57	57	57	57
理学療法士等体制強化加算	95	95	95	95	95
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定				
①週2回、月8回ご利用時の1か月当りの自己負担額	11,467	12,265	13,116	13,914	14,822
(2時間を超えてご利用の場合)	11,027	12,565	14,189	15,756	17,322

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

加 算 項 目 の 名 称	1回当り	備 考
短期集中個別リハビリテーション実施加算	377	退所・退院日または新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
栄 養 改 善 加 算	687	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	516	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)イ	532	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)ロ	551	月2回限度
移 行 支 援 加 算	42	1回につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	76	1回につき
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	22	1回につき
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	171	1月につき
科学的介護推進体制加算	136	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算イ	1,925	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	826	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算ロ	2,039	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	937	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算ハ	2,725	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	1,627	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハマネ加算を算定したご利用者に対して 医師が利用者又は家族に説明した場合	928	1月につき
事業所が送迎を行わない場合	-162	片道につき
退 院 時 共 同 指 導 加 算	2,064	1回につき

上記の額は、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

③キャンセル料(不課税)

利用日前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

上記の基本サービス費の自己負担額相当分

(例)要介護1の方で1～2時間ご利用の方の場合

基本サービス費 1168円

④その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
地 域 外 送 迎	10 km 未 満 825
	10 km 以 上 1,650
複 写 物 の 交 付 (1 枚 当 り)	22
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

＜ソレイユ 指定介護予防通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表＞

利用者負担割合 1割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和6年6月1日現在(単位＝円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要支援1	要支援2
介護予防通所リハビリテーション費	2,393	4,461
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	76	152
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	2,681	5,010

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1ヶ月当り	備考
栄養改善加算	229	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅰ)	172	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅱ)	184	1月につき
一体的サービス提供加算	550	1月につき
栄養アセスメント加算	57	1月につき
科学的介護推進体制加算	46	1月につき
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて通所リハを行った場合で要件を満たさない場合	-138	要支援1
	-276	要支援2
退院時共同指導加算	688	1回につき

上記の額は、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

③その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
地域外送迎	10 km 未 満 825
	10 km 以 上 1,650
複写物の交付(1枚当り)	22
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

＜ソレイユ 指定介護予防通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表＞

利用者負担割合 2割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和6年6月1日現在(単位＝円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要支援1	要支援2
介護予防通所リハビリテーション費	4,786	8,921
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	152	304
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	5,362	10,019

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1ヶ月当り	備考
栄養改善加算	458	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅰ)	344	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅱ)	367	1月につき
一体的サービス提供加算	1,100	1月につき
栄養アセスメント加算	114	1月につき
科学的介護推進体制加算	91	1月につき
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて通所リハを行った場合で要件を満たさない場合	-275	要支援1
	-551	要支援2
退院時共同指導加算	1,376	1回につき

上記の額は、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

③その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
地域外送迎	10 km 未 満 825
	10 km 以 上 1,650
複写物の交付(1枚当り)	22
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

＜ソレイユ 指定介護予防通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表＞

利用者負担割合 3割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和6年6月1日現在(単位＝円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要支援1	要支援2
介護予防通所リハビリテーション費	7,179	13,382
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	228	456
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	8,043	15,028

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1ヶ月当り	備考
栄養改善加算	687	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅰ)	516	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅱ)	551	1月につき
一体的サービス提供加算	1,649	1月につき
栄養アセスメント加算	171	1月につき
科学的介護推進体制加算	136	1月につき
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて通所リハを行った場合で要件を満たさない場合	-412	要支援1
	-826	要支援2
退院時共同指導加算	2,064	1回につき

上記の額は、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

③その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
地域外送迎	10 km 未 満 825
	10 km 以 上 1,650
複写物の交付(1枚当り)	22
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

個人情報の取扱いについて

当会では、ご利用者の人格の尊重を理念とし、「個人情報の保護に関する法律」を遵守してご利用者に関わる個人情報を取扱い管理します。また、当会グループである社会医療法人頌徳会及び社会福祉法人頌徳福祉会の間で、個人情報の共同利用を行います。

ここに同法及び厚生労働省の「ガイドライン」に基づき、個人情報の利用目的につき下記のとおりお知らせします。

【ご利用者への医療・介護の提供に必要な利用目的】

〔当会及び頌徳会グループでの共同利用〕

- 社会医療法人頌徳会及び社会福祉法人頌徳福祉会の施設で、ご利用者に提供する医療・介護（検診・健診を含む）
- 医療保険事務・介護保険事務
- ご利用者に係る管理運営業務のうち、
 - 入退院・入退所等の病棟・居室管理
 - 会計・経理
 - サービスの質向上・安全確保・医療・介護事故あるいは未然防止等の分析・報告
 - 医療・介護サービスの向上
- 共同利用する個人データの項目
氏名・生年月日・性別、所属事業所名、健康保険の種類（名前）・被保険者／被扶養者区分、健康保険証の記号・番号、ご本人・ご家族の住所・電話番号等の連絡先情報、現病歴、既往歴、家族歴、生活習慣、検査・診断・治療の状況及び結果、処方歴及び処方内容、他院及び他施設からの情報提供内容、当グループでの ID 番号、入院病棟・室番号等、担当職員名、その他同意の上取得する情報
- 共同利用に関する個人データの管理について責任を有する者
社会医療法人頌徳会

〔他の事業者・機関等への情報提供（電子データの提供（渡し切り）を含む）〕

- 当会がご利用者に提供する医療・介護のうち、
 - 他の病院・診療所・助産所・薬局・訪問看護ステーション・介護サービス事業者等との連携
 - 他の医療機関・介護機関等からの照会への回答
 - ご利用者への診療・介護等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - 業務委託 ●家族等への病状等の説明
- 医療保険・介護保険事務のうち、
 - 保険事務の委託
 - 審査支払機関又は保険者へのレセプト（DPC データ含む）の提出
 - 審査支払機関又は保険者への照会
 - 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
- 医師賠償責任保険等に係る医療・介護に関する専門の団体・保険会社・顧問弁護士等への相談又は届出等
- 第三者機関へのサービスの質向上・安全確保・医療又は介護事故対応・未然防止等のための報告のうち、
 - 外部監査機関への報告
 - 法令・行政機関・裁判所・検察庁・警察等の機関・監査機関からの命令・捜査・調査に対する回答
 - 人命・身体等の保護のために必要な場合の情報提供
 - 大規模災害時の家族・警察等からの問い合わせに対する回答や意識不明、身元不明者についての家族・警察等からの安否確認に対する回答

【上記以外の利用目的】

〔当会での利用〕

- 医療・介護機関等の管理運営業務のうち、
 - 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - 医療・介護及び関連業務についての学生実習への協力
 - 職員の教育・研修 ●症例検討・研究
 - 治療・介護経過及び予後調査、満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
 - 広報誌の送付

〔学会・医学誌等への発表、臨床試験等〕

- 特定のご利用者・関係者の症例や事例の学会、学会誌等での発表・報告（氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化）
- 臨床試験及びこれに係わる調査並びに支援業務の委託

ご異議・ご意見・ご要望・ご質問等がございましたら、ご遠慮なく相談窓口・当会職員・事務部、又は総務部にお申し出ください。

また、当施設では、皆さんの安全を守るため防犯カメラを設置し常時録画しています。ご理解とご協力をお願いします。

社会医療法人 頌徳会
社会福祉法人 頌徳福祉会 理事長 日野 頌三

(ご説明日) 令和 年 月 日

指定通所リハビリテーション〔指定介護予防通所リハビリテーション〕サービス提供開始に際し、
本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

<u>事業 者</u>	住 所	大阪府堺市東区北野田 6 2 6 番地
	事業者名	社会医療法人 頌徳会
	代表者名	理事長 日 野 頌 三

<u>事業 所</u>	住 所	大阪府堺市中区深井中町 1 2 4 8 番地
	事業所名	社会医療法人 頌徳会 日野クリニック
		メディカルフィットネス ソレイユ

重要事項説明者氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、その内容に同意の上で指定通所リハ
ビリテーション〔指定介護予防通所リハビリテーション〕のサービス提供開始に同意しました。

<u>ご利用者</u> (本 人)	氏 名 (自署)	_____
	住 所	_____
	電 話 番 号	_____

<ご利用者(本人)の署名を代筆の場合(代理人に限ります)>

代筆者氏名	_____
理 由	_____

<u>代 理 人</u>	氏 名 (自署)	_____
	住 所	_____
	電 話 番 号	_____
	続 柄	ご利用者の _____

費用支払者 氏 名 (自署) _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____
続 柄 本人・代理人・その他(ご利用者の _____)

※この重要事項説明書は、厚生省令第 37 号(平成 11 年 3 月 31 日)第 119 条及び 8 条、厚生労働省令第 35 号(平成 18 年 3 月 14 日)第 123 条及び 8 条の規定に基づき、重要事項を説明するために作成したものです。

※本書を 2 通作成し、ご利用者、事業者が署(記)名の上、各 1 通を保有するものとします。