

指定（介護予防）通所リハビリテーション

サービス内容説明書

重要事項説明書

個人情報及び守秘義務に関する同意書

医療法人社団 明佑会

メディカルトレーニングセンター みねとま

サービス内容説明書

営業時間：月曜日～土曜日 8：00～17：00

事業所所在地：〒866-0061 熊本県八代市渡町 1717 番地

事業所名称：メディカルトレーニングセンター みねとま

サービス内容：(介護予防) 通所リハビリテーション計画書に沿って、送迎、食事の提供、入浴・リハビリテーションその他必要な日常生活援助等を行います。

【ご利用料金の案内】

法定代理受領分において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とし、法定代理受領分以外は介護報酬告示上の10割の支払いを受ける。

【通所リハビリテーション費】

項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
4時間以上～5時間未満 (リハビリテーション提供体制加算)	549単位	637単位	725単位	838単位	950単位
(16単位)					
5時間以上～6時間未満 (リハビリテーション提供体制加算)	618単位	733単位	846単位	980単位	1112単位
(20単位)					
6時間以上～7時間未満 (リハビリテーション提供体制加算)	710単位	844単位	974単位	1129単位	1281単位
(24単位)					
入浴介助加算	(I)	40単位/日			
※(I)と(II)は併算定不可	(II)	60単位/日			
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	同意日の属する月から6月以内			560単位/月	
	同意日の属する月から6月超			240単位/月	
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	同意日の属する月から6月以内			593単位/月	
	同意日の属する月から6月超			273単位/月	
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	同意日の属する月から6月以内			830単位/月	
	同意日の属する月から6月超			510単位/月	
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	同意日の属する月から6月以内			863単位/月	
	同意日の属する月から6月超			543単位/月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110単位/日				
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)	240単位/日 (週2日を限度)				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	6月以内			1,250単位/月	
若年性認知症利用者受入加算	60単位/日				

口腔・栄養スクリーニング加算	(I)	20単位/回
	(II)	5単位/回(6月に1回を限度)
口腔機能向上加算	(I)	150単位/回
	(II)	160単位/回(3月以内、月2回を限度)
栄養アセスメント加算	50単位/月	
栄養改善加算	200単位/回(3月以内、月2回を限度)	
重度療養管理加算	100単位/日	
移行支援加算	12単位/日	
サービス提供体制強化加算(I)	22単位/回(日)	
科学的介護推進体制加算	40単位	
介護職員処遇改善加算(I)	※ 合計算定単位数に4.7%を乗じた金額がご利用者の負担となります	
介護職員等 特定処遇改善加算(I)	※ 合計算定単位数に2.0%を乗じた単位数がご利用者の負担となります	
介護職員等 ベースアップ等支援加算	※ 合計算定単位数に1.0%を乗じた金額がご利用者の負担となります	

【 介護予防通所リハビリテーション費 】

項目	要支援1	要支援2
単位数 ※利用開始月から12月経過で減算	2,053単位/月 (12月経過後は20単位/月減算)	3,999単位/月 (12月経過後は40単位/月減算)
サービス提供体制強化加算(I)	88単位/月	176単位/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算	6月以内	562単位
若年性認知症利用者受入加算	240単位/月	450単位/月
運動器機能向上加算	225単位/月	
口腔・栄養スクリーニング加算	(I)	20単位/回
	(II)	5単位/回(6月に1回を限度)
口腔機能向上加算	(I)	150単位/回
	(II)	160単位/回(3月以内、月2回を限度)
栄養アセスメント加算	50単位/月	
栄養改善加算	200単位/回(3月以内、月2回を限度)	
選択的サービス複数実施加算	(I) 480単位/月	(II) 700単位
科学的介護推進体制加算	40単位	
介護職員処遇改善加算(I)	※ 上記の合計金額に4.7%を乗じた金額がご利用者の負担となります	
介護職員等 特定処遇改善加算(I)	※ 合計算定単位数に2.0%を乗じた単位数がご利用者の負担となります	
介護職員等 ベースアップ等支援加算	※ 合計算定単位数に1.0%を乗じた金額がご利用者の負担となります	

【 実 費 】

昼食費	580円 / 食
レクリエーション材料費	150円 / 月
連絡袋	220円 / 袋
リハビリパンツ・おむつ代	110円 / 枚
滅菌粘着パッド代	30円 / 枚
尿取りパッド・カテーテルキャップ代	60円 / 個
ガーゼ代	60円 / 枚
綿棒代	20円 / 本
その他「サービス提供」に必要な費用	実 費 （ 衛生材料費含む ）
通常の実施地域外の交通費	通常の実施地域を越えた地点から起算し片道1km以内/30円、片道1km以上/40円（1kmあたり）

（ 上記料金表内の介護保険利用料に関しては1割負担の場合の単位数 ）

- 「キャンセル料」について当事業所ではサービス利用に伴う「キャンセル料」を徴収致しません。但し、利用者の都合により「昼食」等のキャンセルが間に合わなかった場合に限り（580円 / 回）徴収致します。
- 「健康上の理由による中止・中断」については、利用中に体調が悪くなった場合にサービス内容の変更又は中断する事があります。その場合、家族等への連絡を行い適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取るなどの措置を講じます。
- 所管省庁より「各種災害」及び「感染症対策」等による「臨時的な取り扱い」で、別途サービス費を頂くなどの対応を行う場合があります。

※ 中止等の場合は原則、ご家族等での送迎となります

重 要 事 項 説 明 書

1、事業者の概要

名 称	医療法人社団 明佑会
代表者名	理事長 峯 苜 貴明
所在地	〒869-6105 熊本県八代市坂本町坂本 4139 番地 1 TEL 0965-62-8721 FAX 0965-62-8725

2、事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	メディカルトレーニングセンターみねとま
所在地 連絡先	〒866-0061 熊本県八代市渡町 1717 番地 TEL 0965-62-8723 FAX 0965-62-8735 E-mail:mtc_minetoma@minetoma-hos.jp
管理者の氏名	峯 苜 貴明
利用定員	35名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人 数
管理者	1名 (常勤専任)
医 師	1名 (兼務)
看護職員	1名以上 (兼務)
理学療法士等 (作業療法士・言語聴覚士含む)	1名以上
介護職員	5名以上

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	八代市
------------	-----

(営業時間等)

月曜日～土曜日	8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
定休日	日曜日・祝祭日 (夏季) 8月13日、8月14日、8月15日 (冬季) 12月31日、1月1日、1月2日、1月3日

3、事業の目的

要支援・介護状態等になった場合においても、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出来るよう、充実したリハビリテーション等を行う事により、心身の機能の維持回復を図るものです。また、予防給付においては、介護保険によるサービスで要支援1と要支援2を対象に実施されるものであり、予防給付の対象者である要支援1・2は介護認定審査会にて認定され、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」の選択的サービスが利用可能です。

4、サービスの内容

種 別	内 容
食 事	ご利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うとともに、食事の自立についても適切な援助を行います。食事サービスの利用は任意ですが、衛生管理、食中毒、その他の感染予防や誤嚥予防の観点から、正当な理由があり事前に管理者の承諾がある場合以外の飲食物の持込はご遠慮いただきますようお願いいたします。 ※「嗜好」及び多種多様な「食事形態」等について対応できない場合があります
入 浴	入浴又は清拭を行います。入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	理学療法士又は言語聴覚士が、個別のリハビリ等の訓練により、身体機能の維持回復を目的に、ご利用者に適した訓練プログラムを作成し評価を実施します。
レクリエーション	気分転換や社交の場を提供し、楽しくご参加頂けるレクリエーションの実施により日常生活意欲の向上と心身機能の活性化を図ります。
健康管理	体温・血圧測定や問診を通じ、医師の指示のもと健康管理致します。
相談及び援助	ご利用者又はご利用者の代理人、ご利用者の家族又は身元引受人もしくはその後見人等からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎に必要と思われる人数（ドライバー及び介護助手・補助）を確保し安全に送迎を実施致します。 ※「送迎時間」については、概ねの時間となり運行上の関係で変更する場合がございます。また、送迎時間の指定については、原則、お受けできません

※ 服薬情報（お薬手帳など）については利用毎にご持参ください。また、心身状態等（病院受診等含む）の変化や薬（内服薬・軟膏等）の変更があった場合は当事業所の担当職員までお申出ください。

5、請求・支払い方法について

①請求方法等	利用料、利用者負担額その他の費用の額は、サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求致します。 上記に係る請求書は、毎月 10 日までに「サービス内容説明書」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明細書により請求いたします。
②支払い方法等	利用者負担額及びその他の費用の支払いは、原則としてご指定金融機関口座からの自動振替とさせていただきます。利用料は、1 カ月単位とし、当該月の利用料は、翌月 20 日にご利用様が 指定する口座より振替えますので、20 日までにご準備下さい。入金確認後、領収証を発行致します。

6、契約の終了

次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- (ア) ご利用者が、要支援・要介護認定を受けられなかったとき。
- (イ) 第 2 条 1 項及び 2 項により、契約期間満了日の 7 日前までにご利用者から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。
- (ウ) 契約書第 13 条に基づき、ご利用者が契約を解除したとき
- (エ) 契約書第 1 1 条 3 項又は第 1 4 条に基づき、当事業所が契約を解除したとき
 - ※ 他利用者及びスタッフ、関係者等への「暴言」ならびに「暴力行為」「ハラスメント」等があり、他者の心身状態に影響がある場合、または、その恐れがある場合等について契約の解除を行なう など
- (オ) ご利用者が、介護保険施設や医療施設等への入所又は入院等をしたとき
 - ※ 上記の理由等が概ね 30 日以上継続する場合、または、利用者及び家族、居宅介護支援事業所等の担当ケアマネージャーなどからの申し出がなく、上記の状況等が判明した場合に契約終了となります
- (カ) ご利用者が、死亡したとき
 - ※ その他 サービス利用料金のお支払いが請求した月末までに行われず、料金をお支払い頂く様に催促した日より 2 週間以内にお支払い頂けない場合や、ご利用者が正当な理由なくサービスの中止を度々繰り返される場合は、契約を終了させて頂く場合がございます。

7、緊急時の対応方法と事故発生時の対応及び損害賠償

- (ア) サービス提供中に容態の変化等があった場合は、当事業所の管理者等、「医師」の指示により速やかな対応を行なうとともにご利用者の主治医、緊急連絡先（ご利用者の代理人、ご利用者の家族又は身元引受人もしくはその後見人等ご家族）、居宅支援事業所（ケアマネージャー）等、関係機関へのご連絡を行ない必要な措置を講じます。
- (イ) 前項において、ご利用者の生命、身体、財産に損害が生じた場合には、当事業所は速やかにご利用者の損害を賠償します。ただし、乙に故意・過失がない場合にはこの限りで

はありません。

(ウ) 前項の場合において、当該事故発生につきご利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することがあります。

(エ) 当事業所は、ご利用者の故意又は重過失により当施設又は備品に通常の保守、管理の程度を超える補修等が必要となった場合、ご利用者がその費用を負担します。

- ・ サービス内容に関するご相談・ご要望・苦情等相談窓口
- ・ 通所リハビリテーションに関するご相談・ご要望・苦情等は、下記の窓口までお申し出ください。

①【解決責任者】センター長 【担当者】主任・支援相談員 (TEL)0965-62-8723 (FAX)0965-62-8735 (E-mail)mtc_minetoma@minetoma-hos.jp ※ 事業所訪問による面接は随時対応 ※ 責任者不在の時や受付時間外は転送され、(年中24時間体制で)相談、苦情の窓口となり、担当者から管理者に24時間体制で連絡をとります。また、上記にて解決困難な場合は、下記にも申し立てが出来ますので、その際は必要な報告や諸手続き・連携・協力をお願い致します。	
②八代市介護保険課	TEL 0965-33-4145
③熊本県国民健康保険団体連合会	TEL 096-214-1101

- ・ 緊急連絡先一覧

【緊急搬送先】

下記 (主治医) 医療機関

その他 (病院/医院名)

(電話番号)

主治医	医療機関名	医師名
	所在地	電話番号
自宅連絡先	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯
自宅連絡先と 居所が異なる 場合	住所 (名称)	電話番号
緊急連絡先 1	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯
緊急連絡先 2	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯

個人情報及び守秘義務に関する同意書

【個人情報保護の趣旨】

当事業所が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。また、従業員等については退職後も継続いたします。

【個人情報利用範囲】

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行なうために、連携が必要な場合の情報共有
 - サービス提供に係る請求業務などの事務手続き
 - サービス利用にかかわる管理運営事務（会計、経理、事務報告、サービスの質の向上に関わる業務）
 - 緊急時等の医師（医療機関）、介護関係機関への連絡、連携
 - ご家族（キーパーソンなど）及び後見人などへの状況説明及び報告
 - 当事業所の維持、改善にかかる資料
 - 当事業所の職員研修などにおける資料
 - 法令上義務付けられている各関係機関からの依頼があった場合の確認及び照会
 - 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供並びに保険会社等への届出、相談など
 - 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する
 - その他、公益に資する運営業務（基礎資料作成、「医療」「福祉」の発展に資する協力、実習協力など）
- ※ 当事業所における「介護サービス提供記録」及び「経過記録」等に関しては、ご利用者本人やそのご家族の求めに応じて開示致します。

【肖像権について】

当事業所の「ホームページ」「パンフレット」「事業所内研修」「掲示物」「広報誌」などにおいて、ご利用者及びご家族の映像、写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同意する ・ 同意しない

※ 当法人が「医療及び福祉の発展」「社会貢献」等として特に認めた場合に限り、「行政機関」「日本医師会」等の撮影協力や依頼に伴い上記について使用させていただく場合もございます。

サービス利用時リスク説明書及び同意書

当事業所では、利用者が能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことが出来る様（介護予防）通所リハビリテーションを提供し、利用者の心身の機能維持・回復を図るよう努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》 ※ご確認頂きましたら□にチェックをお願いします

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性にあります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血ができやすい状態にあります。（湿布を剥がす際にも皮下出血しやすい状態等）
- 利用者の身体状況や様々な病気や疾患、加齢や認知症等に伴う症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患にて、急変・急死される場合もあります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、当事業所医師の判断で緊急搬送を行うことがありますが、その際は 速やかにご家族様へ連絡を行います。

特に_____様は、高齢に伴う病気や慢性疾患、症状により誤嚥・転倒・表皮剥離・骨折その他様々な突発的な事故・急変が起こりうる危険性があると考えられます。この事は、日常生活におきましても十分にご留意頂きます様お願い申し上げます。尚、説明においてご不明な点等ありましたら、ご相談くださいますようお願い申し上げます。

私は、上記項目について「メディカルトレーニングセンターみねとま」より、利用者の貴事業所サービス利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

同意書

私は、下記について事業者（乙）よりの説明を受け、この内容に同意いたします。

- 一、（介護予防）通所リハビリテーションサービス内容説明書
- 一、（介護予防）通所リハビリテーションサービス重要事項説明書
- 一、個人情報及び守秘義務に関する同意書
- 一、サービス利用時リスク説明書及び同意書

※ サービス利用「請求書」及び「領収書」の送付先にチェックをお願いいたします

【その他の送付先】（住所）〒 (氏名)

利用者（甲）様へお渡しする場合、チェックまたは送付先の記入は不要です

令和 年 月 日

利用者（甲） 住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者家族代表 住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人 住所 _____

氏名 _____ (印)

(ご利用者様本人の判断能力又は身体機能に障害が見られる場合において代筆が必要な場合等選任した場合)

当事業者は、利用者（甲）に対し「サービス内容説明書」「重要事項説明書」「個人情報及び守秘義務に関する同意書」に基づいて、通所リハビリテーションサービス等の内容及び重要事項の説明を行ないました。

令和 年 月 日

説明者 職名 センター長

氏名 沢田 浩暢 (印)

事業者（乙） 所在地 熊本県八代市渡町 1717 番地

事業者（法人）名 医療法人社団 明佑会

事業所名称 メディカルトレーニングセンター みねとま

代表者名 理事長 峯 貴明 (印)