

# 重要事項説明書 <指定(介護予防)通所リハビリテーション> (令和7年10月1日現在)

## 1. 事業所の概要

### (1) 事業所のサービスの種類等

|             |                                      |
|-------------|--------------------------------------|
| 事業所名        | 医療法人 栄寿会 真珠園療養所                      |
| 所在地         | 長崎県西海市西彼町八木原郷 3453 番地 1              |
| 電話番号        | 0959-28-0038(代表)<br>0959-28-0206(直通) |
| サービスの種類     | 指定(介護予防)通所リハビリテーション                  |
| 介護保険指定番号    | 4271101075                           |
| 利用者の定員      | 40 名/日                               |
| 通常のサービス提供地域 | 西海市内で事業所から車で片道30分を目安とする範囲の地域とする      |

### (2) 職員体制

令和7年4月1日改定

|                          |     |  |
|--------------------------|-----|--|
| 管理者                      | 1 名 |  |
| 医師                       | 8 名 |  |
| 機能訓練指導員<br>(理学療法士、言語聴覚士) | 5 名 |  |
| 看護職員                     | 7 名 |  |
| 介護職員                     | 9 名 |  |
| 管理栄養士                    | 1 名 |  |

### (3) 設備の概要

専有面積 179.4 m<sup>2</sup>  
浴室(普通浴槽)  
診察室(一般外来兼用)  
車椅子用トイレ  
送迎車両 5 台  
ホットパック(温熱治療器)  
その他リハビリ用器械、器具等

#### (4) 営業日及び営業時間

| 営 業 日         | 営 業 時 間         | 休 業 日                     |
|---------------|-----------------|---------------------------|
| 月曜日～土曜日<br>祝日 | 午前 8:30～午後 5:00 | 日曜日、8/14～8/15、<br>1/1～1/3 |

## 2. 運営方針

- ① 当事業所の看護職員、介護職員は、利用者の心身の特性を踏まえて、医学的管理のもと全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援いたします。
- ② 事業の実施にあたっては、居宅支援事業所・かかりつけ医・他介護サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものといたします。

## 3. サービス内容

| 区分              | サービス内容              |
|-----------------|---------------------|
| 指定通所リハビリテーション   | 入浴、医学的管理、機能訓練、生活訓練等 |
| 介護予防通所リハビリテーション | 医学的管理、機能訓練、生活訓練等    |

## 4. 料 金(令和6年6月1日改定)

### ① 基本料金例 (6時間以上7時間未満の場合)

※介護保険適用時の自己負担は1割負担の金額です。

| 項目 | 変更前<br>(6～7時間未満) | 変更後<br>(6～7時間) | 介護保険適用時の<br>自己負担額(1割負担) |
|----|------------------|----------------|-------------------------|
|    | 通常規模型            | 通常規模型          | 通常規模型                   |
| 介護 | 要介護1: 710単位      | 要介護1: 715単位    | 要介護1: 715円              |
|    | 要介護2: 844単位      | 要介護2: 850単位    | 要介護2: 850円              |
|    | 要介護3: 974単位      | 要介護3: 981単位    | 要介護3: 981円              |
|    | 要介護4: 1,129単位    | 要介護4: 1,137単位  | 要介護4: 1,137円            |
|    | 要介護5: 1,281単位    | 要介護5: 1,290単位  | 要介護5: 1,290円            |
| 予防 | 要支援1: 2,053単位    | 要支援1: 2,268単位  | 要支援1: 2,268円            |
|    | 要支援2: 3,999単位    | 要支援2: 4,228単位  | 要支援2: 4,228円            |

介護予防(要支援)の利用回数については、原則として要支援1:週1回、要支援2:週2回の利用とさせていただきます。また、要支援者の入浴は、基本的に見守りだけのサービスになります。将来的に入浴動作に関して直接的な介助が必要になった場合は、介護区分変更の申請をお願いすることがありますので予めご了承ください。



② 加算項目(介護)\_令和7年4月1日改定

|    | 連番 | 加算項目                   | 令和6年6月<br>からの単位                              | 介護保険適用時<br>の負担額<br>(1割負担の場合) |
|----|----|------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|
| 介護 | 1  | リハビリテーション提供体制加算(3~4時間) | 12単位/回                                       | 12円/回                        |
|    | 2  | リハビリテーション提供体制加算(4~5時間) | 16単位/回                                       | 16円/回                        |
|    | 3  | リハビリテーション提供体制加算(5~6時間) | 20単位/回                                       | 20円/回                        |
|    | 4  | リハビリテーション提供体制加算(6~7時間) | 24単位/回                                       | 24円/回                        |
|    | 5  | 入浴介助加算(Ⅰ)              | 40単位/日                                       | 40円/日                        |
|    | 6  | 入浴介助加算(Ⅱ)              | 60単位/日                                       | 60円/日                        |
|    | 7  | 通所リハマネジメント加算(ハ)6月以内    | 793単位/月                                      | 793円/月                       |
|    | 8  | 通所リハマネジメント加算(ハ)6月超     | 473単位/月                                      | 473円/月                       |
|    | 9  | 医師の説明                  | 270単位/月                                      | 270円/月                       |
|    | 10 | 短期集中個別リハビリテーション実施加算    | 110単位/日                                      | 110円/日                       |
|    | 11 | 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                                      | 240円/日                       |
|    | 12 | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ  | 1,920単位/月                                    | 1,920円/月                     |
|    | 13 | 生活行為向上リハ実施加算(6月以内)     | 1,250単位/月                                    | 1,250円/月                     |
|    | 14 | 若年性認知症利用者受入加算          | 60単位/回                                       | 60円/回                        |
|    | 15 | 栄養改善加算                 | 200単位/回                                      | 200円/回                       |
|    | 16 | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)      | 20単位/回                                       | 20円/回                        |
|    | 17 | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)      | 5単位/回                                        | 5円/回                         |
|    | 18 | 口腔機能向上加算(Ⅰ)            | 150単位/回                                      | 150円/回                       |
|    | 19 | 口腔機能向上加算(Ⅱ)イ           | 155単位/回                                      | 155円/回                       |
|    | 20 | 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ           | 160単位/回                                      | 160円/回                       |
|    | 21 | 重度療養管理加算               | 100単位/日                                      | 100円/日                       |
|    | 22 | 科学的介護推進体制加算            | 40単位/月                                       | 40円/月                        |
|    | 23 | 送迎未実施減算                | -47単位/回                                      | -47円/回                       |
|    | 24 | サービス提供体制加算(Ⅰ)          | 22単位/回                                       | 22円/回                        |
|    | 25 | 退院時共同指導加算              | 600単位/回                                      | 600円/回                       |
|    | 26 | ★介護職員等処遇改善加算Ⅳ          | 基本サービス費に各種加算、減算を加えた総単位数にサービス別加算率(5.3%)を乗じた単位 |                              |

③ 加算項目(予防)\_令和7年4月1日改定

|    | 連番 | 加算項目                   | 令和6年6月<br>からの単位                              | 介護保険適用時<br>の負担額<br>(1割負担の場合) |
|----|----|------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|
| 予防 | 1  | 退院時共同指導加算              | 600単位/回                                      | 600円/回                       |
|    | 2  | 生活行為向上リハ実施加算(6月以内)     | 562単位/月                                      | 562円/月                       |
|    | 3  | 若年性認知症利用者受入加算          | 240単位/月                                      | 240円/月                       |
|    | 4  | 栄養アセスメント加算             | 50単位/月                                       | 50円/月                        |
|    | 5  | 栄養改善加算                 | 200単位/月                                      | 200円/月                       |
|    | 6  | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)      | 20単位/回                                       | 20円/回                        |
|    | 7  | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)      | 5単位/回                                        | 5円/回                         |
|    | 8  | 口腔機能向上加算(Ⅰ)            | 150単位/月                                      | 150円/月                       |
|    | 9  | 口腔機能向上加算(Ⅱ)            | 160単位/月                                      | 160円/月                       |
|    | 10 | 一体的サービス提供加算            | 480単位/月                                      | 480円/月                       |
|    | 11 | 科学的介護推進体制加算            | 40単位/月                                       | 40円/月                        |
|    | 12 | サービス提供体制加算(Ⅰ)要支援1      | 88単位/月                                       | 88円/月                        |
|    | 13 | サービス提供体制加算(Ⅰ)要支援2      | 176単位/月                                      | 176円/月                       |
|    | 14 | 予防通所リハ12月超減算1(要件満たさない) | -120/月                                       | -120円/月                      |
|    | 15 | 予防通所リハ12月超減算2(要件満たさない) | -240/月                                       | -240円/月                      |
|    | 16 | ★介護職員等処遇改善加算Ⅳ          | 基本サービス費に各種加算、減算を加えた総単位数にサービス別加算率(5.3%)を乗じた単位 |                              |

#### ④ そ の 他

昼食代 1食あたり 550 円の自己負担です。

#### ⑤ 自己負担額のお支払方法

毎月、月末締めとし、お支払方法は口座自動引落としとなります。

口座自動引落としをされない方は、ご本人、又はご家族による現金での窓口支払い、郵便振込みがございます。

現金、あるいは郵便振込みでのお支払いの場合は、翌月 20 日以降の利用日に請求書をお渡ししますので、同月末日までにお支払い下さい。

口座自動引落としをご利用の場合は、翌月 20 日以降の利用日に請求書をお渡しし、翌々月 5 日に口座自動引落としとなります。

尚、残高不足にて引落としが出来なかった場合は、翌月に 2 ヶ月分引落としとなりますのでご了承下さい。

### 5. 事故発生時の対応

現に指定(介護予防)通所リハビリテーションを行っているときに利用者の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医に連絡を取るなど、必要な措置を講じます。

### 6. サービス内容に関する相談・苦情受付体制と手順

利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、指定(介護予防)通所リハビリテーションに関する利用者の要望、苦情などに対し、迅速に対応します。

#### ※ 当事業所ご利用者相談・苦情担当窓口

担当者 指定(介護予防)通所リハビリテーション室チーフ 細川 智明

電 話 (0959)28-0038 (代表)

(0959)28-0206 「指定(介護予防)通所リハビリテーション室直通」

#### ※ 公的相談・苦情窓口

・西海市役所長寿介護課介護保険班

電話(0959)37-0024

・長崎県国民健康保険団体連合会介護保険課

電話(095)826-1599