

重要説明事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定通所リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「札幌市介護保険事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例に定める「指定通所サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 25 年厚生省令第 8 号）」に基づき、指定通所リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定通所リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人グッドライフグループ グッドライフクリニック西町南
代表者氏名	野呂 昇平
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2F (011-663-1110)
法人設立年月日	2024 年 5 月

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	医療法人グッドライフグループ グッドライフクリニック西町南
介護保険指定 事業所番号	0110419736
事業所所在地	札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2F
相談担当者	西村 憲昭、佐斉 貴志 (011-663-1110)
事業所の通常の 事業の実施地域	札幌市内、札幌市内近郊

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月、火、水、木、金、
営業時間	8:45～16:45

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月、火、水、木、金
サービス提供時間	13:00～16:45

(5) 事業所の職員体制

管理者	野呂 昇平
-----	-------

職	職務内容	人員数
医師	通所リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画の作成に係る診療を行います。	1名
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	<p>1 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。</p> <p>2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が多職種協同により、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って指定通所リハビリテーション計画を作成します。計画作成に当たっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。</p> <p>3 通所リハビリテーション計画に基づき、指定通所リハビリテーションのサービスを提供します。</p> <p>4 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。</p> <p>5 それぞれの利用者について、指定通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。</p> <p>6 リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、適切なサービスを提供します。</p>	理学療法士 5名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
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	要支援・要介護状態となった場合においても、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生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。

(2) 通所リハビリテーションの禁止行為

指定通所リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- 1 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- 2 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- 3 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- 4 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等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）
- 5 その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険（1割負担）を適用する場合）について

(1) 介護予防通所リハビリテーションの利用料

【基本部分】

サービスの内容	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金（自己負担額1割の場合） （＝基本利用料の1割） ※（注2）参照
要支援1	22,680円	2,268円
要支援2	42,280円	4,228円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 （自己負担額1割の場合） ※（注2）参照

生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為の内容の充実を図るための目標及びその手段をサービス計画に定め、利用者の有する能力の向上を支援した場合（1月につき）	通所開始日の属する月から起算して6月以内	5,620円	562円
退院時共同指導加算	病院等から退院（もしくは退所）する利用者に対して、入院（もしくは入所）していた病院等のスタッフと共同で指導を行った場合（1月につき）		6,000円	600円
栄養アセスメント加算	看護師またはその他の職種が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又はその家族に対して栄養アセスメントの結果を説明し、利用者ごとの栄養状態等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出した場合（1月について）		500円	50円
口腔・栄養スクリーニング加算	利用開始及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔・栄養状態を確認し、口腔・栄養状態に関する情報を担当の介護支援専門員に提供した場合（1月につき）		200円	20円
口腔機能向上加算（II）	口腔機能が低下している又はそのおそれがある利用者に対し、口腔清掃の指導や実施を行った場合（1月につき）		1,600円	160円
栄養改善加算	低栄養状態にある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合（1月につき）		2,000円	200円
一体的サービス提供加算	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回以上儲けた場合		4,800円	480円

科学的介護推進体制加算	ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況やその他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を LIFE を用いて 3 月に 1 回の頻度で厚生労働省に提出した場合（1 月につき）	400 円	40 円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者を受け入れ、サービスを実施した場合（1 月につき）		600 円
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	上記基本利用料の 5 %	

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
	リハビリテーション実施計画書で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日の属する月の翌月から 6 月以内の期間に限り、同一の利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合（1 日につき）	所定単位数の 85 %
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者に行う場合（1 日につき） ・事業所と同一建物に居住する利用者 ・事業所と同一建物から事業所に通う利用者	要支援 1：3,760 円 要支援 2：7,520 円
	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（要件を満たさない場合）	要支援 1：1,200 円 要支援 2：2,400 円

※高齢者虐待防止措置未実施の場合

※業務継続計画未策定の場合

（2）通所リハビリテーションの利用料

【基本部分（通常規模型）】

所要時間 （1 回あたり）	利用者の要介護度	通所介護費	
		基本利用料 ※（注 1）参照	利用者負担金（自己負担 1 割の場合） ※（注 2）参照
1 時間以上 2 時間未満	要介護 1	3,690 円	369 円
	要介護 2	3,980 円	398 円

	要介護 3	4, 2 9 0 円	4 2 9 円
	要介護 4	4, 5 8 0 円	4 5 8 円
	要介護 5	4, 9 1 0 円	4 9 1 円
2 時間以上 3 時間未満	要介護 1	3, 8 3 0 円	3 8 3 円
	要介護 2	4, 3 9 0 円	4 3 9 円
	要介護 3	4, 9 8 0 円	4 9 8 円
	要介護 4	5, 5 5 0 円	5 5 5 円
	要介護 5	6, 1 2 0 円	6 1 2 円
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	4, 8 6 0 円	4 8 6 円
	要介護 2	5, 6 5 0 円	5 6 5 円
	要介護 3	6, 4 3 0 円	6 4 3 円
	要介護 4	7, 4 3 0 円	7 4 3 円
	要介護 5	8, 4 2 0 円	8 4 2 円
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	5, 5 3 0 円	5 5 3 円
	要介護 2	6, 4 2 0 円	6 4 2 円
	要介護 3	7, 3 0 0 円	7 3 0 円
	要介護 4	8, 4 4 0 円	8 4 4 円
	要介護 5	9, 5 7 0 円	9 5 7 円
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	6, 2 2 0 円	6 2 2 円
	要介護 2	7, 3 8 0 円	7 3 8 円
	要介護 3	8, 5 2 0 円	8 5 2 円
	要介護 4	9, 8 7 0 円	9 8 7 円
	要介護 5	1 1, 2 0 0 円	1, 1 2 0 円
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	7, 1 5 0 円	7 1 5 円
	要介護 2	8, 5 0 0 円	8 5 0 円

	要介護3	9, 810円	981円
	要介護4	11, 370円	1, 137円
	要介護5	12, 900円	1, 290円
7時間以上8時間未満	要介護1	7, 620円	762円
	要介護2	9, 030円	903円
	要介護3	10, 460円	1, 046円
	要介護4	12, 150円	1, 215円
	要介護5	13, 790円	1, 379円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件		加算額	
			基本利用料	利用者負担金（自己負担額1割の場合） （＝基本利用料の1割） ※（注2）参照
生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為の内容の充実を図るための目標及びその手段をサービス計画に定め、利用者の有する能力の向上を支援した場合（1月につき）	通所開始日の属する月から起算して6月以内	12, 500円	1, 250円
退院時共同指導加算	病院等から退院（もしくは退所）する利用者に対して、入院（もしくは入所）していた病院等のスタッフと共同で指導を行った場合（1月につき）		6, 000円	600円

栄養アセスメント加算	看護師またはその他の職種が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又はその家族に対して栄養アセスメントの結果を説明し、利用者ごとの栄養状態等の情報を LIFE を用いて厚生労働省に提出した場合（1月について）		500円	50円
口腔・栄養スクリーニング加算	利用開始及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔・栄養状態を確認し、口腔・栄養状態に関する情報を担当の介護支援専門員に提供した場合（1月につき）		200円	20円
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	口腔機能が低下している又はそのおそれがある利用者に対し、口腔清掃の指導や実施し、LIFE にて厚生労働省に情報を提出した場合（1回につき）		1,600円	160円
栄養改善加算	低栄養状態にある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合（1回につき）		2,000円	200円
科学的介護推進体制加算	ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況やその他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を LIFE に用いて3月に1回の頻度で厚生労働省に提出した場合（1月につき）		400円	40円
理学療法士等体制強化加算	人員基準に定める配置基準を超えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置し、サービスを提供した場合（1回につき）		300円	30円
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	医師、理学療法士等と協働して、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合（1月につき）	同意日の属する月から6月以内	5,600円	560円
		同意日の属する月から6月超	2,400円	240円
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）		同意日の属する月から6月以内	5,930円	593円
		同意日の属する月から6月超	2,730円	273円

リハビリテーション マネジメント加 算（ハ）		同意日の属す る月から6月 以内	7, 930円	793円
		同意日の属す る月から6月 超	4, 730円	473円
リハビリテーション マネジメント加 算（共通）	上記の説明を事業所医師が利用 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		2, 700円	270円
短期集中個別リハ ビリテーション実 施加算	利用者の状態に応じて日常生活 動作能力及び身体機能を向上さ せる機能訓練を集中的に提供し た場合（1回につき）		1, 100円	110円
若年性認知症利用 者受入加算	若年性認知症利用者を受け入 れ、サービスを実施した場合		600円	60円
中山間地域等に居 住する者へのサー ビス提供加算	中山間地域において、 <u>通常の事 業の実施地域以外</u> に居住する利 用者へサービス提供した場合		上記基本利用料の5%	

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
リハビリテーション実施計画書で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日の属する月の翌月から6月以内の期間に限り、同一の利用者に対して、指定通所リハビリテーションを行った場合（1日につき）		所定単位数の85%
事業所と同一建物 に居住する利用者 等へのサービス提 供減算	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合（1日 につき） ・事業所と同一建物に居住する利用者 ・事業所と同一建物から事業所に通う利用者	940円
送迎を行わない場合（片道につき）		470円

4 その他の費用について

① 交通費	札幌市内交通費無料です。	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	24 時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	12 時間前までにご連絡の場合	1 提供当りの料金の 50%を請求いたします。
	12 時間前までにご連絡のない場合	1 提供当りの料金の 75%を請求いたします。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		

(注) 当該事業所の運営規程において、定められている必要があります。

5 利用料、利用者様負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

1 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<p>1 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及び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いたします。</p> <p>2 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日までに利用者あてにお届け（郵送）するか直接お渡し致します。</p>
2 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>1 サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 27 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い</p> <p>2 お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡しますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)</p>

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 30 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当する職員の変更を希望される場合は、右の相談担当者までご相談ください。	ア 相談担当者氏名	佐 齊 貴志
		西 村 憲昭
	イ 連絡先電話番号	011-663-1110
	ウ 受付日及び受付時間	09 : 00~16:45

※ 担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行います。が、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、通所リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。
- (4) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	佐 齊 貴 志
-------------	---------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

9 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

10 秘密の保持と個人情報の保護について

1 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	1 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。
--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>2 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>3 また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>4 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
2 個人情報の保護について	<p>1 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>2 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>3 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

※複写料について

開示に関する諸費用（消費税等込み）	
開示基本料	2,200 円/件
開示に伴う医師面談料	5,500 円/30 分 30 分を超える毎に 5,500 円
閲覧 100 枚まで毎に	5,500 円/100 枚まで
診療記録等コピー代	カラー 33 円/枚 白黒 11 円/枚
画像記録の提供（CD 代）	1,100 円/枚
要約書交付料	5,500 円/件

1 1 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 日本理学療法士協会
保険名 理学療法士賠償責任保険
補償の概要 1 事故 300 万円まで

1 2 身分証携行義務

指定通所リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

1 3 心身の状況の把握

指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

1 4 居宅介護支援事業者等との連携

通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

1 5 サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は、サービスを提供した日から 5 年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

1 6 衛生管理等

- 1 サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- 2 指定通所リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

1 7 指定通所リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅を訪問し、あなたの心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて、あなたの療養生活の質の向上を図るために作成したものです。

- (1) 提供予定の通所訪問リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合の概算）

【要支援の方/月】（基本料金＋加算料金）

	料金（月）	利用者負担額 （概算） （1 割負担の場合）	利用者負担額 （概算） （2 割負担の場合）	利用者負担額 （概算） （3 割負担の場合）
要支援 1	28, 700 円	2, 870 円	5, 740 円	8, 610 円
要支援 2	48, 300 円	4, 830 円	9, 660 円	14, 490 円

（基本料金）

要支援 1：22, 680 円/月

要支援 2：42, 280 円/月

（加算料金）

生活行為向上加算（※）：562 円/月（開始月 6 月限定）

科学的介護推進体制加算 40 円/月

【要介護の方】

	料金（月） （基本料金＋加算）	利用者負担額 （概算） （1割負担の場合）	利用者負担額 （概算） （2割負担の場合）	利用者負担額 （概算） （3割負担の場合）
要介護1	48,020 円	4,800 円	9,604 円	14,406 円
要介護2	50,340 円	5,030 円	10,068 円	15,102 円
要介護3	52,820 円	5,280 円	10,564 円	15,846 円

（8回/月の場合）

（基本料金）	（加算料金）
要介護1：369 円/回	生活行為向上加算（※）：1,250 円/月（開始月6月間限定）
要介護2：398 円/回	科学的介護推進体制加算 40 円/月
要介護3：429 円/回	リハビリテーションマネジメント加算：6ヶ月以内 560 円/月、6ヶ月超 273 円/月

（2） 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	円
----------	---

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

18 サービス提供に関する相談、苦情について

（1） 苦情処理の体制及び手順

提供した指定通所リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

（2） 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 （事業者の担当部署・窓口の名称） グッドライフクリニック西町南	担当者 佐齊 貴志 西村 憲昭 所在地 札幌市西区西町南12丁目1-38 電話番号 011-663-1110 営業日 月、火、水、木、金 受付時間 09:00～16:45
【市町村（保険者）の窓口】 札幌市保健福祉局高齢保健福祉部 介護保険課	所在地 札幌市中央区北1条西2丁目 札幌市役所本庁舎3階 電話番号 011-211-2972 ファックス番号 011-218-5117 受付時間 8:45～17:15 （土日祝休み）

上記内容について、札幌市介護保険事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成25年厚生省令第8号）に基づき、指定通所リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明いたしました。

以上の内容に同意頂けた場合は、下記にご署名をお願い致します。

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

事業者	所在地	札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2 階
	法人名	医療法人グッドライフグループ グッドライフクリニック 西町南
	代表者名	野呂 昇平 印
	事業所名	グッドライフクリニック西町南
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住 所	
	氏 名	印

代理人	住 所	
	氏 名	印