

医療法人 有心会

重要事項説明書

(指定通所リハビリテーションサービス

及び指定介護予防通所リハビリテーションサービス)

当施設はご契約者に対して指定通所リハビリテーションサービス及び指定介護予防通所リハビリテーションサービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーション事業所

デイケアセンター内田橋

2025年3月1日作成

当事業所はご契約者に対して通所リハビリテーションサービス及び介護予防リハビリテーションサービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたい事を次のとおり説明します。尚、当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1 事業者

- (1) 法人名 医療法人 有心会
- (2) 法人所在地 豊橋市松村町51番地
- (3) 電話番号 0532-47-3663
- (4) 代表者氏名 新里 徹
- (5) 設立年月日 平成8年6月13日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所リハビリ事業 令和6年4月1日指定
指定予防通所リハビリ事業 令和6年4月1日指定
愛知県第2311202978号
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に通所リハビリテーションサービス及び介護予防通所リハビリテーションサービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 デイケアセンター内田橋
- (4) 事業所の所在地 名古屋市南区内田橋二丁目10番8号
- (5) 電話番号 052-602-6026
- (6) 事業所長（管理者）氏名 栗原 リナ
- (7) 開設（サービス開始）年月日 令和6年4月1日
- (8) 通常の事業の実施地域 名古屋市南区、熱田区、瑞穂区、港区、
- (9) 利用者の定員 32名
- (10) 営業日及び営業時間 月曜日～土曜日、祝日
(12月31日～1月3日を除く)
 - ・営業時間 8:30～16:30
 - ・サービス提供時間 9:30～15:40

3 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所リハビリテーションサービス及び介護予防通所リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を必要数配置しています。

1. 医師 1名以上（管理者と兼務1名）
全身状態の管理、医療処置、リハビリテーションの指示など
2. リハビリ職員 2名以上（理学療法士、作業療法士もしくは語聴覚士）
理学療法士
心身機能や座位・立位・歩行の基本動作のリハビリテーションなど
作業療法士
心身機能や日常生活動作、高次脳機能障害や認知症のリハビリテーションなど
言語聴覚士
言語機能や嚥下機能のリハビリテーション、高次脳機能障害や認知症のリハビリテーションなど
3. 看護職員 2名以上
全身状態の管理、医療的処置など
4. 介護職員 2名以上
入浴や食事、トイレなどの日常生活動作の介助・支援など
5. 管理栄養士 1名以上
食事の栄養管理など

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割又は8割、7割）が介護保険から給付されます。

（1）サービスの概要

- ①健康管理（基本単位に含まれます。）
- ②入浴介助（要支援の方は基本単位に含まれます。）
一般浴と機械浴の2種類の入浴方法があります
- ③送迎（基本単位に含まれます。）
- ④リハビリテーション
- ⑤口腔機能、嚥下機能に対するリハビリテーション
口腔機能向上加算を算定させていただく場合もあります。

◆ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた通所リハビリテーション計画（又は介護予防通所リハビリテーション計画）により定められます。

◆上記サービスの利用料金は、実際にサービスを要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画（又は介護予防通所リハビリテーション計画）に基づき計画されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて、介護給付費（又は予防給付費）体系により計算されます。

それぞれの内容について、その内容と平常の時間帯（午前8時30分から午後4時30分）の料金は以下のとおりです。

（２）利用料金（１回あたり）

通所リハビリテーションサービス（又は介護予防通所リハビリテーション）を提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、当該通所リハビリテーションサービス（又は介護予防通所リハビリテーションサービス）が介護保険の適用を受ける場合、ご契約者は当事業所に対し原則として、利用料の1割もしくは2割の負担額と事業所が所在する地域区分及びサービス種類に応じて介護報酬の告示上に掲げる割合を乗じて得た額をお支払い下さい。

利用料金計算方法※1割負担での計算

総単位数×10.83（3級地加算）端数切捨て－総単位数×10.83（3級地加算）端数切捨て×0.9＝①

総単位数×8.3%×10.83×0.1＝②（処遇改善加算）

利用者負担金額＝①＋②

通所リハビリテーションサービス利用に係る自己負担額（単位：10.83円）

・通所リハビリテーション費	表1を参照
・通所リハ提供体制加算	表2を参照
・通所リハ入浴介助加算	表3を参照
・通所リハ中重度者ケア体制加算	22円（回）
・通所リハサービス提供体制加算Ⅱ	20円（月）
・科学的介護推進体制加算	44円（月）
・通所リハ処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の8.3%加算

(必要に応じて算定する加算)

・通所リハ短期集中個別リハビリ加算 (退院や退所、認定日から3ヶ月間)	1 2 0 円 (回)
・退院時共同指導加算	6 5 0 円 (月)
・通所リハ重度療養管理加算	1 0 9 円 (回)
・通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ (1回/6月)	2 2 円 (回)
・通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ (1回/6月)	6 円 (回)
・通所リハ口腔機能向上加算Ⅰ (月2回)	1 6 3 円 (回)
・通所リハ口腔機能向上加算Ⅱ (月2回)	1 7 4 円 (回)
・通所リハ栄養アセスメント加算	5 5 円 (月)
・通所リハ栄養改善加算 (月2回)	2 1 7 円 (回)
・通所リハマネジメント加算	表4を参照

<表1>

6 - 7 時間利用

要介護1	7 7 5 円
要介護2	9 2 1 円
要介護3	1 0 6 3 円
要介護4	1 2 3 2 円
要介護5	1 3 9 7 円

4 - 5 時間利用

要介護1	5 9 9 円
要介護2	6 9 6 円
要介護3	7 9 1 円
要介護4	9 1 4 円
要介護5	1 0 3 7 円

3 - 4 時間利用

要介護1	5 2 7 円
要介護2	6 1 2 円
要介護3	6 9 7 円
要介護4	8 0 5 円
要介護5	9 1 2 円

<表2>

3 - 4 時間	1 3 円
4 - 5 時間	1 8 円
5 - 6 時間	2 2 円
6 - 7 時間	2 6 円
7 時間以上	3 1 円

<表3>

通所リハ入浴介助加算Ⅰ	44円
通所リハ入浴介助加算Ⅱ	65円

<表4>

リハビリマネジメント加算1 1 (算定月～6ヶ月)	607円
リハビリマネジメント加算1 2 (7ヶ月以降以降)	260円
リハビリマネジメント加算2 1 (算定月～6ヶ月)	643円
リハビリマネジメント加算2 2 (7ヶ月以降以降)	296円
リハビリマネジメント加算3 1 (算定月～6ヶ月)	859円
リハビリマネジメント加算3 2 (7ヶ月以降以降)	513円

介護予防通所リハビリテーションサービス利用に係る自己負担額(単位:10.83円)

(要支援1)

・介護予防通所リハビリテーション費	2,457円
・科学的介護推進体制加算	44円
・予防通所リハサービス提供体制加算Ⅱ 1	78円
・予防通所リハ処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の8.3%加算

(要支援2)

・介護予防通所リハビリテーション費	4,579円
・科学的介護推進体制加算	44円
・予防通所リハサービス提供体制加算Ⅱ 2	156円
・予防通所リハ処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の8.3%加算

(必要に応じて算定する加算)

・予防通所リハ1 2月超減算1 1	- 130円
・予防通所リハ1 2月超減算1 2	- 260円
・予防通所リハ口腔機能向上加算Ⅰ	163円
・予防通所リハ口腔機能向上加算Ⅱ	174円
・予防通所リハ栄養アセスメント加算	55円
・予防通所リハ栄養改善加算	217円
・予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ (1回/6月)	22円
・予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ (1回/6月)	6円

注1 ()内は特甲地(名古屋市)及び通所リハビリテーションサービスとして介護報酬の告示上に掲げる割合を乗じて得た額です。

注2 平成18年4月の介護保険の改正で送迎の費用は基本単位に含まれることになりました。

注3 要支援1、要支援2のサービス利用に係る自己負担額は一ヶ月単位の金額です。

- ご契約者が要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅介護サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ご契約者に提供する食費と教養娯楽費にかかる費用は別途いただきます。
- 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

(3) 利用料金の全額を契約者に負担いただくサービス

●介護保険給付(又は予防介護給付)の支給限度額をこえるサービス

介護保険給付(又は予防介護給付)の支給限度額をこえてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

●利用料金(1回あたり)

① 食事の提供(実費)

ご契約者に提供する食事の係る費用(食材料費+調理費)です。

昼食 1食 620円(税込:おやつも含む)

② 日用品費(実費) 50円/日

肌着、上着、下着、ズボン、靴下、タオル、バスタオル、シャンプー、リンス、ボディソープ、ハンドソープ、消毒液、トロミ剤、保湿クリーム、歯磨き粉、ティッシュ、くし、髭剃り、爪切り、スプーン、フォーク、
自助具用箸、自助具用コップ、取手付きコップなどデイケアの日用品を使用した時の費用です。

③ 通常の実施区域外の送迎

通常の実施区域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記の料金をいただきます。

料金:通常の実施区域を超える地点から往復路1km毎に110円(税込)

③ おむつ代(実費)

リハビリパンツ220円(税込) 尿とりパット80円(税込)

☆ 経済状況の著しい変化にともない、やむを得ず相当な額に変更する場合があります。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(2)、(3)の利用料金は、次のとおりお支払い下さい。

☆ 1ヶ月ごとに計算し、ご請求致します。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額になります。)

(5) 利用の中止、中断、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者申し出て下さい。
- 利用中に、体調の変化に伴い、医療機関への受診が必要となった場合、かかりつけ医または最寄りの医療機関への受診の際は、できる限りご家族で対応していただきます。但し、ご家族の都合により、適切な対応ができない場合はこの限りではありません。緊急度や状況を勘案し、対応させていただきます。また、利用者に治療及び療養が必要となった場合利用を中断させていただくことがあります。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合でも取消料は頂いておりません。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します

5. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- ① 共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ② 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。(原状復帰の義務)
・当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) 喫煙

喫煙はできません。

6. 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 通所リハビリテーションサービス及び介護予防通所リハビリテーションサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者及び扶養者が指定する者に連絡するとともに、必要な措置を講じる。
- (2) 通所リハビリテーションサービス及び介護予防通所リハビリテーションサービスの提供に伴って事故が発生した場合には、当事業所は、利用者に対して、損害を賠償するものとする。
- (3) 利用者の責に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、連帯して、当事業所に対して、その損害を賠償するものとする。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

デイケアセンター内田橋 苦情相談窓口

相談時間 8:30～16:30 担当者 橋本 綾

Tel 052-602-6026

(2) その他の苦情受付先

名古屋市役所 健康福祉局高齢福祉部介護保険課

Tel 052-972-2592

愛知県国民健康保険連合会 介護保険苦情相談担当

Tel 052-971-4165

—デイケアセンター内田橋のご利用に関する重要事項の説明について—

私は、本書面に基づいて事業者から、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションに関する重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

年 月 日

利用者住所 _____ 氏名 _____ 印

代理人住所 _____ 氏名 _____ 印
(利用者との関係: _____)

説明者 職名 _____ 氏名 _____ 印