

つくば双愛病院

「通所リハビリテーション雅」

重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して指定（介護予防）通所リハビリを提供します。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通り説明します。

※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。要介護認定を申請中の方は、ご相談の上サービスの利用が可能になります。

目次

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び、営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと料金
6. 苦情の受付について

1. 事業者

- | | |
|-----------|------------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人社団双愛会 |
| (2) 法人所在地 | 埼玉県さいたま市堀の内町2丁目238番地の2 |
| (3) 電話番号 | 029-873-2511 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 赤松郁夫 |
| (5) 設立年月 | 昭和63年10月 |

2. 事業所の概要

- 1) 事業所の種類 指定通所リハビリ事業所、指定予防介護通所リハビリ事業所
茨城県 0872000724 号
※当事業所はつくば双愛病院に併設されています。
- 2) 事業所の目的 通所リハビリテーション雅は
ご利用者に対し、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、医師の指導もしくは指示のもと必要なリハビリテーションを行う事を目的とする。
- 3) 事業所の名称 通所リハビリテーション雅
- 4) 事業所の所在地 茨城県つくば市高崎1008
- 5) 電話番号 029-871-7860
- 6) 管理者 青柳啓之
- 7) 当事業所の運営方針
 - 1・通所リハビリテーション雅は、
要介護状態、要支援状態にあるご利用者に対して、心身の機能の維持回復を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、援助する。
 - 2・通所リハビリテーション雅は、通院が困難なご利用者に対して療養上の管理及び指導を行い、療養生活の質の向上を図るものを目的とする。
 - 3・通所リハビリテーション雅は、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者が安心するサービスを提供できるよう努力する

- | | |
|----------|------------|
| (8) 開設年月 | 平成14年8月23日 |
| (9) 利用定員 | 25人 |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

つくば市（荃崎町、上岩崎、下岩崎、谷田部、六斗、九万坪、森の里、桜ヶ丘、梅ヶ丘、高崎
高見原1～5丁目、宝陽台、天宝喜、自由が丘、泊崎、樋の沢、大井、若栗、富士見台
市ノ台、観音台、高野台、城山、緑ヶ丘、房内、小荃）

牛久市（田宮町、刈谷町、牛久町、猪子町）

*その他地域についてはご相談下さい

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日 *祝祭日も営業 (12/30～1/3は除く)
営業時間	月～土曜日 8:00～17:00
サービス提供時間	月～土曜日 8:00～17:00

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています

<主な職員の配置状況>*職員の配置については、指定基準を遵守しています

1. 医師	常勤 1名以上
2. 介護職員	常勤 5名以上
3. 看護職員	常勤 1名以上
4. 機能訓練指導員	常勤 1名以上
5. 管理栄養士	常勤 1名

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します

当事業所が提供するサービスについて

- | |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |

以下のサービスについては、「介護保険負担割合証」が1割の方は9割が介護保険から給付されます。
2割の方は8割が介護保険から給付されます。
3割の方は7割が介護保険から給付されます。

<サービス利用料金（1回あたり）>（契約書第6条参照）

（1）下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金をお支払い下さい。

（サービスの利用料金のご利用者の要介護度に応じて異なります。またご利用の時間数、利用回数によっても料金が異なります。）

通所リハビリテーション費（通常規模の医療機関）料金表

サービス提供時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	通所リハ提供体制加算①～⑤
7時間以上 8時間未満	762	903	1046	1215	1379	⑤ 28単位
6時間以上 7時間未満	715	850	981	1137	1290	④ 24単位
5時間以上 6時間未満	622	738	852	987	1120	③ 20単位
4時間以上 5時間未満	553	642	730	844	957	② 16単位
3時間以上 4時間未満	486	565	643	743	842	① 12単位
2時間以上 3時間未満	383	439	498	555	612	
1時間以上 2時間未満	369	398	429	458	491	

介護度	サービス提供時間	基本料金	サービス体制加算	合計
要支援 1	7時間未満	2268単位 (12ヶ月超120単位減算)	★Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 88単位・72単位・24単位	2356単位
要支援 2	7時間未満	4228単位 (12ヶ月超240単位減算)	★Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 176単位・144単位・48単位	4404単位

*要支援1・2は一ヶ月の料金になります

その他加算料金表

リハビリテーションマネジメント加算			
イ		(月1回)利用開始から6ヶ月以内	560単位
		(月1回)6ヶ月以上	240単位
入浴加算	①	一般浴、機械浴一律 (1回につき加算)	40単位
	②		60単位
短期集中リハビリテーション加算		(1回につき)退院、退所、初回認定期間開始日より3ヶ月間	110単位
認知症短期集中リハビリテーション加算Ⅰ		(1回につき)退院、退所、通所開始日より3ヶ月間	240単位
退院時共同指導加算		(1回につき)退院後1回	600単位
★サービス提供体制加算Ⅰ		(1回につき)	22単位
サービス提供体制加算Ⅱ		(1回につき)	18単位
サービス提供体制加算Ⅲ		(1回につき)	6単位
科学的介護推進体制加算		(月1回)	40単位
介護職員処遇改善加算Ⅰ		利用料の8.6%が加算されます	
地域加算		利用料単位が1単位10円→10.55円で計算されます	
栄養改善加算		(1回につき)対象者 要介護は2回/月 支援は1回/月	200単位
通所リハ重度療養管理加算		(1回につき)介護度3以上の対象者	100単位
生活行為向上リハビリテーション加算		(月1回)利用開始から3ヶ月以内 (対象者)	1250単位
		(月1回)利用開始から3ヶ月以上6ヶ月以内 (対象者)	562単位

注：厚生労働省を通じて、県国保連から介護給付額に変更があった場合、変更された額に応じてご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<目費料金について>

① 食事提供料（食材費を含む）

ご利用者の希望や病状に合わせた食事を提供致します。

料金：1食あたり750円（おやつ代含む）

② レクリエーション、活動

ご利用者様の希望によりレクリエーションや活動に参加して頂くことが出来ます。

料金：材料代等の実費をいただきます。

学習プリント：1枚につき10円

写真代：1枚につき40円

③ 複写物の交付

ご利用者及びその家族は、サービス提供の記録、施設運営に関する収支についての閲覧ができます。

複写物を必要とする場合には複写料金をご負担いただきます。

コピー代：1枚につき10円

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

・紙オムツカバー：200円 ・紙パンツ型 200円 ・尿取りパッド 100円

・タオル貸し出し 1枚につき：100円

・連絡帳、連絡帳袋、名札（利用開始月のみ）500円

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、月末に集計し、月初に請求明細書を発行します。

発行した請求書と一緒に現金でのお支払いか、銀行振り込みでお願いします。

請求書に受領印を押印し、領収書となりますので、精算後は保管をお願いします。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

○ 利用予定日の前に、利用者の都合により、通所介護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。

この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

○ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用キャンセルの申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

利用日の前日までに申し出があった場合	無料
利用日の前日までに申し出が無かった場合	当日の食事提供費 750円

- *この規定は、平成28年6月1日から施行する
- *この規定は、平成29年4月1日から施行する
- *この規定は、平成30年4月1日から施行する
- *この規定は、令和元年10月1日から施行する
- *この規定は、令和3年4月1日から施行する
- *この規定は、令和4年10月1日から施行する
- *この規定は、令和6年4月1日から施行する
- *この規定は、令和6年6月1日から施行する

指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

通所リハビリテーション雅

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、指定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。

本契約を証する為、本書2通を作成し、契約者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日 契約者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

契約者との関係 _____