

重要事項説明書

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

利用者： _____ 様

_____ 通所リハビリテーション びさい

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	社会福祉法人 杏嶺会
所在地	愛知県一宮市富田字宮東 1718 番地 1
連絡先	0586-62-2123
管理者名	上村 治
サービス種類	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
介護保険指定番号	23122205079 号
サービス提供地域	一宮市内（一部地域を除く）・稲沢市（一部地域）・羽島市（一部地域）・海津市（一部地域）

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

月曜日～金曜日	午前 8 : 30～12:00 午後 13:00～17:00
休日	土曜、日曜、祝日、年末年始（12 月 30 日から 1 月 3 日）

営業開始時間になりましたら、入り口ドアを開けさせていただきますので、時間までお待ち下さい。

当施設のサービス提供時間は、介護度・送迎の有無に関係なく、どのご利用者様も 1 時間以上 2 時間未満となります。ご案内させていただきます利用時間内でのご利用をお願い致します。

(3) 職員体制

	資格	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	合計
管理者	医師		1 名			1 名
医師	医師		1 名			1 名
理学療法士	理学療法士	4 名				4 名
作業療法士	作業療法士				1 名	1 名
言語聴覚士	言語聴覚士		1 名			1 名
介護福祉士	介護福祉士	4 名				4 名
介護士		0 名				0 名

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 0 5 8 6 - 6 2 - 2 1 2 3

fax : 0 5 8 6 - 6 2 - 2 1 2 4

担当部署 : 通所リハビリテーション

担当者 : 村瀬 潤

受付時間 : 午前 8 : 30～午後 17 : 00

当事業所以外の苦情窓口

一宮市役所 介護保険課 電話 (0 5 8 6) 2 8 - 9 0 1 8

稲沢市役所 高齢福祉課介護保険グループ電話 (0 5 8 7) 3 2 - 1 2 8 6

羽島市役所 高齢福祉課 電話 (0 5 8) - 3 9 2 - 9 9 3 2

愛知県国民健康保険連合会 介護保険課 電話 (0 5 2) 9 7 1 - 4 1 6 5

3 サービスの内容と費用

(1) 費用

原則として、料金表をもとに、介護保険負担割合証に記載されている負担割合にてお支払い頂きます。

※利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額になります。

(2) 利用料等のお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月 1 0 日以降に当月分の料金の請求書をお渡しし、23 日（休日の場合は翌営業日）にお申込み頂きました口座より、引き落としさせていただきます。領収書は翌月初旬にお渡しします。

例) 11 月末締め→12 月 11 日～請求書の配布→12 月 23 日 引き落とし→1 月 11 日～11 月分の領収書配布
尚、領収書の再発行には手数料 1,080 円（1 ヶ月分）が発生いたしますので、大切に保管してください。

(3) 料金表（地域区分 6 級地 1 単位あたり 10.33 円での算定となります）

予防給付（1 ヶ月単位）＊介護保険負担割合証に記載されている負担割合でのお支払いになります

区 分	単 位
要支援 1	2.268 単位/月
要支援 2	4.228 単位/月

介護給付（1 時間以上 2 時間未満）＊介護保険負担割合証に記載されている負担割合でのお支払いになります

区 分	単 位
要介護 1	369 単位/回
要介護 2	398 単位/回
要介護 3	429 単位/回
要介護 4	458 単位/回
要介護 5	491 単位/回

(4) 加算＊介護保険負担割合証に記載されている負担割合でのお支払いになります

加 算	単 位
理 学 療 法 士 等 体 制 強 化 加 算	30 単位/回
リハビリテーションマネジメント加算 A11 イ・A12 イ	560 単位・240 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 A21 ロ・A22 ロ	593 単位・273 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/回
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 (I)	22 単位/回
通所リハ科学的介護推進体制加算	40 単位/月
通所リハ移行支援加算	12 単位/回
送迎減算（事業所が送迎を実施しない場合）	片道につき－47 単位
介護職員等処遇改善加算	1 ヶ月総単位数×加算率
介 護 予 防 加 算	
予 防 通 所 リ ハ サ ー ビ ス 提 供 体 制 加 算 (I) 1	88 単位/月
予 防 通 所 リ ハ サ ー ビ ス 提 供 体 制 加 算 (I) 2	176 単位/月
予防通所リハ科学的介護推進体制加算	40 単位/月
介護職員等処遇改善加算	1 ヶ月総単位数×加算率

(5) 介護保険給付対象サービス

種 類	内 容
排 泄 介 助	利用者の状況に応じ、適切な排泄介助を行います。
機 能 訓 練	利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下防止に努めます。
健 康 チェック	血圧測定など、利用者の全身状態を把握します。
レクリエーション等	利用者の生活面の指導を行い、各種レクリエーションを実施します。
送 迎	利用者の自宅から事業所までの送迎を行います。
相 談 及 び 援 助	利用者およびその後見人・家族・身元引受人からのご相談に応じます。

(6) 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外サービスの利用料金は、金額自己負担となります。

オムツ	テープ止めタイプM	— 円
	テープ止めタイプL	— 円
	らくらくパンツうす型M～L	136 円
	らくらくパンツうす型L～LL	149 円
	安心パットスーパー吸収男女共有	27 円
	ワイドパットα	— 円
日用品費		100 円
日用品費の内訳		
給茶機（コーヒー付） コーヒーセット・おしぼり・タオル・ペーパー類・雑誌・新聞・		

(7) 交通費・送迎等に関して

①通常の事業の実施地域を越える場合は、下記の交通費をいただきます。

実施地域を越えた地点から、片道 30 キロメートル未満	500 円
実施地域を越えた地点から、片道 30 キロメートル以上	1,000 円

②施設送迎に関して、ご利用者様の状態・体調等により、介助の為に人員が必要と認めた場合には、送迎時にその人員を配置します。

③ご家族の運転による送迎、ご利用者様ご本人の運転による来所も可能です。

特にご本人様の運転による来所の場合は、ご家族様、担当ケアマネージャー様とご相談のうえ、必ず双方の同意が得られた場合のみとさせていただきますので宜しくお願い致します。

④ご家族の運転による送迎中、ご利用者様ご本人の運転による来所・帰宅中に起きました事故等に関しましては一切の責任を負いかねますのでご了承下さい。来退所時はご家族様の介助のもと通所リハビリ室まで送迎をお願いします。

(8) キャンセル料金

①ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の 20 %

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金をいただきます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください

(9) 利用回数等に関して（特別理由は除く）

①介護度により利用回数に制限を設けさせて頂いております。

要支援1の方 1回/週 要支援2の方 2回/週 迄

要介護の方 2回/週 迄（＊要介護の方については、身体状況等にて利用回数の相談可）

②途中で介護度に変更があった場合につきましては、介護度に合わせまして利用回数が変更となります。

但し、回数が増える場合に関しましては、利用者総数・空き状況・送迎条件等によってはご希望に沿えない場合もございます。

③利用日・時間の途中変更は大変難しくなっております。契約前に十分ご検討いただきまして決めて頂きますようお願いいたします。特別な事情等ございましたら、検討はさせていただきますのでご相談下さい。

④利用お休みについて。入院以外で継続的にご利用をキャンセル（休み）の場合、一旦終了とさせていただきます。入院で休みの場合の目安としましては、約2か月ですが、当事業所運営状況によっては一旦終了となる場合もあります。

(10) その他

- ①当事業所のサービス利用時間は1時間以上2時間未満です。特に、ご自分でお越しいただく方、ご家族の送迎でお越しいただく方に関しましては、入室可能時間までお待ち頂く事になりますのでご理解・ご協力よろしくお願い致します。
- ②警報発令時の対応に関しましては、当事業所にて検討いたしまして、サービス実施の有無を決定させていただきます。場合によりましては、サービス実施時間内に急遽、サービスの提供を打ち切らせていただく場合もございます。

4 事故及び急変時の対応及び損害賠償について

- ① 当事業所は利用者に対し、事故や病状の急変が発生した場合には当院医師の医学的判断により他科受診及び対診が必要と認める場合、併設医療機関での診察を依頼する事があります。
- ② 当事業所は、利用者に対し、当通所リハビリテーションでの対応が困難な状態、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門機関を紹介します。また、利用中の利用者の心身の状態が急変した場合には、利用者及び家族又は扶養責任者が指定する者に対し緊急に連絡します。
- ③ 当事業所は利用者の求めに応じ、介護等のサービス提供に関する記録の開示を致します。
- ④ 前2項のほか、事故発生の際には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行う等必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するものとし、その原因を究明し再発防止の対策を講じることとします。
- ⑤ 介護保険サービスの提供に伴って、当事業所の責に帰すべき事由によって利用者が損害を被る損害賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償すべきものとし、そのために損害賠償保険に加入するものとし、
- ⑥ 利用者の責に帰すべき事由によって当事業所が損害を蒙った場合、利用者及び扶養者は連帯して、当事業所に対しその損害を賠償するものとし、

*契約者に故意又は過失が認められる場合には、提供時間内であっても責任を負いかねますのでご了承下さい。

5 協力医療機関

社会福祉法人 杏嶺会	一宮医療療育センター	愛知県一宮市富田字流筋 1679 番地 2	電話 0586 (62) 0002
社会医療法人 杏嶺会	一宮西病院	愛知県一宮市開明字平 1 番地	電話 0586 (48) 0077

6 施設利用にあたっての留意点

喫 煙	事業所内は禁煙
所持金管理	所持金品は、自己責任で管理してください。
設備の利用	事業所内の設備は、用法にしたがってご利用ください。
迷惑行為	騒音または他のご利用者様の迷惑になる行為などはご遠慮ください。
宗教・政治活動	事業所内での、宗教・政治活動などはご遠慮ください。

【事業内容】

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

【事業者】

住 所：一宮市富田字流筋 1679 番地 2

名 称：社会福祉法人 杏嶺会

代 表 者：理事長 上林 公子

【事業所】

住 所：一宮市富田字宮東 1718 番地 1

事業所名：通所リハビリテーション びさい

(指定番号 2312205079)

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】 住 所_____

氏 名_____

【家族又は扶養責任者】 住 所_____

氏 名_____（続柄 _____）

令和6年6月 一部見直し・改訂