

# 重要事項説明書

あなたに対する通所リハビリテーションの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1 事業者概要

事業者名称	特定医療法人 萬生会 合志第一病院
所在地	熊本県合志市御代志 8 1 2-2
法人種別	医療法人
代表者名	堀川 健太郎
電話番号	(096) 242-2745
FAX番号	(096) 242-3861

介護保険法令に基づき 熊本県知事から指定を受けている事 業所名称 (指定番号)	介護保険法令に基づき熊本県知事から指定を 受けている居宅介護サービスの種類
合志ダイケアひまわり (熊本県 4372600652 号)	通所リハビリテーション

## 2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	合志ダイケア ひまわり
指定番号	熊本県 4372600652 号
所在地	熊本県合志市御代志 8 1 2-2
電話番号	096-242-5969
FAX番号	096-242-5380
通常の事業の実施地域	合志市、熊本市 (北区)、菊池市、菊陽町の地域

## 3 事業の目的と運営方針

事業の目的	事業者は、利用者が要介護状態になった場合においても、可能な限り自宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことが出来るよう、理学療法、作業療法、言語療法等の訓練を行うことにより、利用者の心身の機能維持・回復を図ります。
運営の方針	事業者は、別に定める運営規程に従い、必要な人員を配置して、利用者に対して、適正な通所リハビリテーションを提供します。 また、事業所の従業者の質的向上を図るため、定期的な研修を行うとともに、事業の実施に当たっては、市町村、地域の保健・医療・福祉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ます。

## 4 営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで (ただし、年末年始は除く)
営業時間	午前8時30分から午後5時まで

## 5 ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の 従業者の職種	員 数 勤務の状態
医師（専任）	専任の常勤1名以上を配置
理学療法士	} 施設基準に定める理学療法士等（作業療法士 言語聴覚士を含む）を配置
作業療法士	
言語療法士	
看護師	} 施設基準に定める看護職員（准看護師含む）及び 介護職員等専従を配置
准看護師	
介護職員	
管理栄養士	専任の常勤職員1人以上を配置
事務員	専任の常勤職員を配置

## 6 サービスの概要

サービスの種類	内 容
送 迎	希望者には、当事業所とご自宅間の送迎を行います。
健康チェック	体温、血圧、脈拍の測定及び気分不良等の有無のチェックを行います。また、体調の急変時には当事業所の専任医師、及び主治医等に連絡をし、指示を受けます。
入 浴	当事業所の浴室にて入浴を行います。（一般浴・介助浴）
リハビリテーション	それぞれの利用者に応じて、適切なリハビリテーションを行います。（機能訓練・日常生活動作訓練等）
給食サービス	通所リハビリテーション利用時の昼食は、当事業所にてご用意します。
レクリエーション	ゲーム、カラオケ、手芸等の余暇活動を行います。
栄養マネジメント	栄養ケアのための適切なサービスを実施します。
口腔機能向上	口腔機能改善のための適切なサービスを実施します。

## 7 ご利用料金

### ①介護保険給付対象サービスについて

利用料金は、利用者の要介護度と、利用時間により異なり、別紙に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金となります。

### ②介護保険給付対象外のサービスについて

事業者と利用者との合意に基づき、介護保険給付の支給限度額を超える通所リハビリテーションを利用した場合、別紙に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金となります。但し、定員以上の利用希望があった場合は、介護保険給付対象サービス利用者を優先しますので、あらかじめご了承ください。

③その他の利用料金について

通常の事業の実施地域を越えて行う通所リハビリテーションに要した交通費、及び通所リハビリテーションを提供する際に必要な食材料費や、当事業所の紙オムツを使用された代金等については、別紙に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金となります。

ご利用に掛かる費用

通所リハビリテーションの利用料金は次の額となります。

- ①介護保険給付対象サービス（1回ご利用につき）（各給付額）
- 1) 通所リハビリテーション費 \_\_\_\_\_円
  - 2) 入浴介助加算 \_\_\_\_\_円 (I : 40円)
  - 3) 短期集中個別リハ加算 \_\_\_\_\_円 (110円)
  - 4) サービス提供体制強化加算 \_\_\_\_\_円 (18円)
  - 5) リハビリ提供体制加算 \_\_\_\_\_円 (各利用時間帯別に設定)
  - 6) 中重度者ケア体制加算 \_\_\_\_\_円 (20円)
  - 7) 移行支援加算 \_\_\_\_\_円 (12円)
  - 8) リハビリマネージメント加算 (イ) \_\_\_\_\_円 (560円 : 月1回半年間)
  - 9) リハビリマネージメント加算 (イ) \_\_\_\_\_円 (240円 : 月1回半年超)
  - 10) 通所リハマネージメント加算 \_\_\_\_\_円 (270円 : 月1回)
  - \*11) 栄養改善加算 \_\_\_\_\_円 ※原則3ヶ月間
  - \*12) 口腔機能向上加算 \_\_\_\_\_円 ※原則3ヶ月間\*各150円/回(月2回まで)
  - 13) 重度療養管理加算 \_\_\_\_\_円 (100)
  - 14) 理学療法士等体制強化加算 \_\_\_\_\_円 (30 : 短時間利用の場合)
  - 15) 介護職員処遇改善加算Ⅲ 自己負担金(月) × 6.6%の額

②介護保険給付対象外サービス

- 16) 食費 \_\_\_\_\_ 600円 (1回ご利用につき)  
\*当日10時以降のキャンセルは出来ません。料金はそのままで掛かります。\*
- 17) 紙オムツ (\*料金の詳細は別紙ページ③その他参照)  
\*ご利用時使用の有無に関わらず契約が必要となります。\*
- 18) 入浴用品利用料 (フェイスタオル、バスタオル、シャンプー、ボディソープ含み)  
\_\_\_\_\_ 110円 (1回ご利用につき)
- 19) 作業活動材料費
  - ① \_\_\_\_\_ 50円 / 作品
  - ② \_\_\_\_\_ 100円 / 作品
  - ③ \_\_\_\_\_ 110円 / 作品

◇ご利用1回あたりの合計 (概算な料金をお示ししております)

1) ~15) = \_\_\_\_\_円程度    16) ~19) = \_\_\_\_\_円程度  
合 計 = \_\_\_\_\_円



他の料金

食材料費（1回利用につき）		円
紙オムツ（当事業所の紙オムツを使用された場合）		
1）紙オムツ（マジックテープ付）	S寸：	1枚 円
	M寸：	1枚 円
	L寸：	1枚 円
2）紙オムツ（パンツ式）	S寸：	1枚 円
	M寸：	1枚 円
	L寸：	1枚 円
3）紙オムツ（フラットタイプ）	：	1枚 円
4）尿取りパット	：	1枚 円
※紙オムツに関して、使用後の紙オムツは、当事業所にて処分（業者委託）致します。		
入浴料（指定予防通所リハビリテーションご利用の方が入浴希望し契約をした場合）		
1） 300円/日		
入浴用品利用料		
入浴の際に使用するバスタオル等用品、及び洗髪用品を契約し、使用した場合 入浴用品利用料 110円 / 日（税込み）		
作業活動・材料費		
リハビリテーションにおける文化活動等に参加を希望し、活動実施した場合に掛かる 材料費等の費用が発生した場合。		
1）		50円 / 作品
2）		100円 / 作品
3）		110円 / 作品

令和 年 月 日

【説明者氏名】 印

事業者	当事業者は、居宅サービス事業者として利用者の申し込みを受託し、この契約に定める各種サービスの提供を、誠実に責任を持って行います。	
	日付	令和 年 月 日
	所在地	〒861-1104 熊本県合志市御代志812-2
	名称	合志ダイケアひまわり
	代表者	堀川 健太郎 印
電話番号	(096) 242-2745	

私は、事業者から書面により通所リハビリテーションについての利用契約書、及び重要事項説明書の説明を受けました。それらの内容を十分理解した上で同意し契約します。

また、サービス担当者会議等において、サービスの提供を受ける上で必要な利用者・当該家族の個人情報がいられることにも同意し、契約が成立したことを証するために本契約書を2通作成し、利用者及び事業者は記名押印の上、各自1通ずつ保有するものとする。

利用者 (契約者)	日 時	令和 年 月 日
	住 所	〒 —
	氏 名	印
	電話番号	( ) —
	F A X	( ) —

利用者の家族等 (契約代理)	私は、本人に代わり上記に署名を行いました。私は、本人の契約意思を確認しました。(署名を代行した理由： )	
	日 時	令和 年 月 日
	住 所	〒 —
	氏 名	印 (本人との関係： )
	電話番号	( ) —
F A X	( ) —	

利用者の身元引受人	私は、本人の契約意思を確認しました。	
	日 時	令和 年 月 日
	住 所	〒 —
	氏 名	印 (続柄 )
	電話番号	( ) —
F A X	( ) —	

(別紙)

加 算 料 金 等	
入浴介助加算	入浴を行なった場合 40円/日
短期集中個別 リハビリテーション 加算	退院・退所または介護度が上がった時から 3ヶ月以内 110円/1日
リハビリテーション マネージメント加算(イ)	事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他 職種の者が共同しリハビリ継続を管理した場合 初回～6ヶ月 560円/月 6ヶ月超 240円/月
サービス提供体制強化加算	介護福祉士の配置割合に対する事業所評価加算 18円/1日
リハビリ提供体制加算	リハビリ職員の配置基準に対する事業所評価加算 12～24円/1日
中重度ケア体制加算	3ヶ月間の通所リハ事業所の利用者の総数のうち、要介護3以上の 利用者の占める割合が、30%以上ある場合に事業所が算定でき る加算 20円/1日
通所リハリハビリ マネージメント加算	リハビリ計画を利用者または、利用者家族へ事業所の医師が 説明した場合 270円/月
重度療養管理加算	要介護状態区分が3～5の利用者に対し、計画的な医学的管理(適 合要件有)を行なう場合。 100円/1日
介護職員処遇改善加算Ⅲ	介護職員の質の向上及び雇用の改善、労働環境の改善へ取り組む事業 所が算定できる加算 その月のご利用料自己負担額 × 6.6%の額
移行支援加算	1年間の通所リハビリ終了者の総数の内、社会参加された利用者 の占める割合が5%以上ある場合に算定できる加算 12円/1日

## 加 算 料 金 等

入浴介助加算	入浴を行なった場合 400 円/日
短期集中個別 リハビリテーション 加算	退院, 退所、介護度が上がった時から 3ヶ月以内 1,100 円/1日
中重度ケア体制加算	3ヶ月間の通所リハ事業所の利用者の総数のうち、 要介護3以上の利用者の占める割合が、30%以上ある場合 に事業所が算定できる加算
リハビリテーション・ マネジメント加算	リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士 言語聴覚士、その他の職種が実施した場合
サービス提供体制強化加算	介護福祉士の配置割合に対する事業所評価加算 60 円/1日
リハビリ提供体制加算	リハビリ職員の配置基準に対する事業所評価加算 120~240 円/1日
栄養改善加算	利用者の栄養状態改善に取り組む場合  ※3月以内の期間に限り月2回を限
重度療養管理加算	要介護状態区分が3~5の利用者に対し、計画的な医学的管 理(適合要件有)を行なう場合。  1000 円/1日
介護職員処遇改善加算	介護職員の質の向上、雇用の改善、労働環境の改善へ取り組 む事業所が算定できる加算 その月のご利用料自己負担額 × 6.6%の額
移行支援加算	1年間の通所リハビリ終了者の総数の内、社会参加された利 用者の占める割合が5%以上ある場合に算定できる加算  120 円/1日