

医療法人羊蹄会 小牧ようてい記念病院通所リハビリテーション 重要事項説明書

〈令和 7年 2月 1日現在〉

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 0568-65-7512 (午前9時～午後5時まで)

担当 田谷 真弓

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 医療法人羊蹄会 小牧ようてい記念病院通所リハビリテーションの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	医療法人羊蹄会 小牧ようてい記念病院通所リハビリテーション
所在地	愛知県小牧市大字西之島字丁田1963
介護保険指定番号	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 2313801736
サービスを提供する対象地域 *	小牧市(西之島、三ツ淵、三ツ淵新田、西島町、小木、新小木、小木東、小木南、藤島、多気北町、多気西町、多気南町、多気中町、多気東町、下小針天神、下小針中島、小針、市之久田、南外山、春日寺、北外山、郷中、若草町、外堀、常普請、川西、舟津、元町、堀の内、小牧、中央、間々、間々本町、山北町、安田町、村中、新町、小牧原新田、小牧原、間々原新田、横内、岩崎原、岩崎、岩崎新田、久保本町、久保一色、久保一色東、久保一色南、小松寺、田県町、東田中、二重堀、応時、東、下末、長治町、郷西町、上末、高根、本庄、文津)丹羽郡大口町(豊田、替地、御供所、堀尾跡、奈良子、高橋、秋田、大屋敷、伝右、大御堂、竹田、小口、下小口、中小口、上小口坪、新宮、萩島、二ツ屋、仲沖、城屋敷、余野、垣田、河北)丹羽郡扶桑町(柏森、齊藤、高木)江南市(江森町、山尻町、高屋町、前野町、宮後町、山王町、野白町、古知野町、赤童子町、北野町、大間町、木賀町、上奈良町、島宮町、布袋町、力長町、今市場町、尾崎町、大海道町、寄木町、安良町、天王町、北山町、南山町、小郷町、小折町、小折本町、田代町、曾本町)一宮(瀬部、浅井町、富塚、佐千原、時之島、小原町、西小原町、高畑町、古見町、丹羽、西大海道、柚子蘆、大赤見、松山町、田島町、南郷町、東両郷町、千秋町、春明、定水寺、北小淵、南小淵、浅野、丹陽町、三ツ井)岩倉市(八劔町、神野町、石仏町、鈴井町、泉町、東町、本町、中本町、新柳町、西市町、宮前町、中央町、大地町、北島町、野寄町、川井町、中央町、稲荷町、南新町、大山寺町、曾野町、大市場町、東新町)北名古屋市(熊之庄、薬師寺、徳重、鍛冶ヶ一色、鍛冶ヶ一色東、鍛冶ヶ一色西、法成寺、山之腰、北野、宇福寺、西之保、弥勒寺、鹿田、熊田、片場、能田、六ツ師)西春日井郡豊山町(青山、豊場)春日井市(西屋町、牛山町、中町、黒鋒町、宮町、上田楽町、田楽町、新明町、大手町、前並町、西高山町)犬山市(楽田、羽黒)

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同センターの職員体制

	常勤	非常勤	計
医師(管理者)	1名		1名
管理栄養士	1名		1名
理学療法士	6名		6名
作業療法士	2名		2名
看護師・准看護師		2名	2名
介護職員	8名	5名	13名

管理者は施設の管理にあたる。

医師は利用者に対する適切な医療管理にあたる。

看護職員は利用者に対しての看護にあたる。

介護職員は利用者に対しての介護・日常生活のお世話にあたる。

理学・作業療法士は利用者の機能訓練にあたる。

管理栄養士は利用者の栄養管理および栄養指導にあたる。

多職種が協調してサービスにあたります。

(3) 同センターの設備の概要

定員	月曜日～土曜日 56名(1単位目48名・2単位目～5単位目8名)
食堂兼機能訓練室 デイルーム	1単位目 153.72㎡・2単位目 24.27㎡
浴室	一般浴槽・リフト浴・特殊浴槽
送迎車	4台

(4) 営業時間及びサービス提供時間

営業時間	午前8時30分～午後5時00分
サービス提供時間	1単位目 午前9時45分～午後4時00分
	2単位目 午前8時50分～午前10時20分までの内1時間以上2時間未満
	3単位目 午前10時30分～午前12時00分までの内1時間以上2時間未満
	4単位目 午後1時00分～午後2時30分までの内1時間以上2時間未満
	5単位目 午後2時40分～午後4時10分までの内1時間以上2時間未満

* 緊急連絡電話 0568-65-7512

* 営業日は月曜日から土曜日まで。ただし、12月31日から1月3日までを除く。

* 年末年始・その他法人の定めた休日があります。

3. サービス内容

- ① 送迎 介護に適した車両でご自宅まで送迎いたします。
送迎は運転手の他、介助のための職員を配置します。
- ② 食事 状態にあわせたお食事(疾病食、きざみ食等)を提供いたします。
- ③ 入浴 毎回健康チェックをし入浴の可否を判断し、介護度にあわせた入浴方法をとります。
- ④ 機能訓練 個人のケアプランに合わせた訓練をいたします。
- ⑤ 生活相談 ご本人・介護者ともに介護などのご相談をいたします。

4. 料金

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のサービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示額とし、当該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が法定代理受領サービスである時は、介護報酬告示上の額に、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

(1) 利用料金

① 介護予防通所リハビリテーション利用料(要支援の方)

下記単位数に地域区分(7級地)10.17円を乗じて算出します。

基本報酬	
要支援1	2,268 単位/月
要支援2	4,228 単位/月

※ 送迎、及び入浴に要する単位は介護予防通所リハビリテーション利用料に包括されます。

※ 介護予防通所リハビリテーションは月あたりの料金設定です。

加算等			
	項目	単位数	備考
1	生活行為向上リハビリテーション実施加算	562 単位/月	6か月以内の期間
2	長期利用減算(12か月以上利用) 要支援1	-120 単位/月	
3	長期利用減算(12か月以上利用) 要支援2	-240 単位/月	

4	栄養アセスメント加算	50 単位/月	
5	栄養改善加算	200 単位/月	
6	口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 単位/月	
7	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 単位/回	④⑤⑥を算定していない場合 *6月に1回
8	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 単位/回	④⑤⑥を算定し⑦を算定していない場合
9	科学的介護推進体制加算	40 単位/月	
10	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援1	72 単位/月	
11	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援2	144 単位/月	
12	一体的サービス提供加算	480 単位/月	
13	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	総単位数×8.6%	

※ 条件を満たした時の算定になります

② 通所リハビリテーション利用料(要介護度の方) 大規模型通所リハビリテーション(Ⅱ)

下記単位数に地域区分(7級地)10.17円を乗じて算出します。

基本報酬(6時間以上7時間未満)	
介護度	1日あたりの単位数
要介護1	675 単位/回
要介護2	802 単位/回
要介護3	926 単位/回
要介護4	1,077 単位/回
要介護5	1,224 単位/回

基本報酬(1時間以上2時間未満)	
介護度	1日あたりの単位数
要介護1	357 単位/回
要介護2	388 単位/回
要介護3	415 単位/回
要介護4	445 単位/回
要介護5	475 単位/回

※ 送迎に要する単位は通所リハビリテーション利用料に包括されます

加算等			
項目		単位数	備考
1	入浴介助加算(Ⅰ)	40 単位/日	
2	リハビリテーション提供体制加算	24 単位/回	6時間以上7時間未満のみ
3	リハビリテーションマネジメント加算ロ 6月以内	593 単位/月	
4	リハビリテーションマネジメント加算ロ 6月超	273 単位/月	
5	リハビリテーションマネジメント加算ハ 6月以内	793 単位/月	
6	リハビリテーションマネジメント加算ハ 6月超	473 単位/月	
7	短期集中リハビリテーション実施加算	110 単位/日	
8	生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250 単位/月	6か月以内
9	栄養アセスメント加算	50 単位/月	
10	栄養改善加算	200 単位/回	月2回まで
11	口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 単位/回	月2回まで
12	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 単位/回	⑨⑩⑪を算定していない場合 *6か月に1回
13	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 単位/回	⑨⑩⑪を算定し⑫を算定していない場合

14	科学的介護推進体制加算	40 単位/月	
15	移行支援加算	12 単位/日	
16	重度療養管理加算	100 単位/日	
17	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位/月	
18	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	総単位数×8.6%	

※ 条件を満たした時の算定になります

③ 自費利用料(共通:要支援・要介護の方)

- ・ 昼食代(おやつ代込) 1食あたり ¥696(全額自己負担)

- * その他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。
- * 介護保険適用でも、保険料の滞納により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、当人の介護保険証を発行した市町村の窓口提供しますと、差額の払戻しを受けることができます。

(2) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合 *	無料
② ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	¥500
③ ご利用日の当日午前8時30分までに連絡がなかった場合	¥1,000

* ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

(3) 支払方法

毎月、10日から前月分の請求をいたしますので、当月26日までにお支払いください。
お支払いいただきますと、領収証を発行します。
お支払方法は、口座自動引き落としとなります。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。
通所リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。
※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 健康上の理由による中止

- ① 風邪などの病気の際は、サービス提供をお断りすることがあります。
 - ② 当日、健康チェックの結果で体調が悪い場合、サービス内容の変更、または中止することがあります。その場合は、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。
 - ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合は、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。また必要に応じて、速やかに主治医、また歯科医師に連絡を取るなど必要な処置を講じます。
- * サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振りかえることができます。但し、定員数分の予約が入っている日には振替えできませんのでご了承ください。

緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	続柄	
主治医	病院・診療所名	
	医師名	
	住所	
	電話番号	

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合（※ この場合、条件を変更して再度契約することができます）
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

i. お客様は、次の事由に該当し場合は、文書で解約を通知することにより、即座に契約を終了することができます。

- ・ 当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・ 守秘義務に反した場合
- ・ お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・ 当センターが破産した場合

ii. 当センターは、次の事由に該当した場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合があります。

- ・ お客様がサービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず10日以内に、支払わない場合
- ・ お客様が正当な理由なくサービスの中止をししばしば繰り返した場合
- ・ お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
- ・ お客様やご家族様等が当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

6. 当センターの特長等

(1) 運営の方針

- ① 通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び通所リハビリテーション計画にもとづき、利用者の心身の機能の回復維持を図り、日常生活の自立に資するように、妥当適切に行います。
- ② 当センターは、通所リハビリテーションの提供を懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対して、療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導または説明を行います。
- ③ 通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている確な把握に努め、利用者に対して適切なサービスを提供いたします。特に認知症状態にある要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整えます。

(2) サービス利用のために、従業員への研修を年1回実施します。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡 変更等があるときは前日までにご連絡下さい。
- ・体調確認 ご家庭でご本人に変化があるときは、お迎えの時にお話いただくか、連絡帳にご記入下さい。

- ・体調不良等による
サービスの中止・変更 前日午後5時までにご連絡下さい。
- ・食事のキャンセル ご利用当日来所時までにご連絡下さい。
- ・時間変更 前日午後5時までにご連絡下さい。
- ・設備、器具の利用 従業員の指示に従ってご利用下さい。
- ・セクシャルハラスメント 職員に対するセクシャルハラスメント(性的嫌がらせ)には警察への通報やサービス提供中止を含め、厳格に対処いたします。
- ・記録の開示 利用者またはご家族の申し立てにより、サービス提供の記録や計画書の内容を開示いたします。
- ・貴重品の持ち込み 貴重品や金銭は必要以外は持ち込まないようにお願いします。紛失、破損については、責任を負いかねます。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前決めさせていただいた親族、および主治医、救急隊、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

8. 非常災害対策

- ・防災時の対応 防災計画に基づき法人内自衛消防隊による
- ・防災設備 火災報知装置、誘導等設備
- ・防災訓練 年2回
- ・防火責任者 大野 泰志

9. サービス内容に関する苦情

① 当センターご利用者相談・苦情担当

担当 医療法人羊蹄会事務局長 山田 靖 電話 0587-66-6655
受付時間 月曜日から金曜日の 9:00~17:00

② 愛知県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室 電話 052-971-4165

③ 当法人以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名

北名古屋市	高齢福祉課	電話	0568-23-6111
岩倉市	長寿介護課	電話	0587-38-5811
小牧市	小牧市役所健康福祉部長寿介護課	電話	0568-76-1198
一宮市	高齢者福祉課	電話	0586-28-9151
犬山市	長寿社会課	電話	0568-61-1800
豊山町	高齢者・介護係	電話	0568-28-0100
大口町	健康生きがい課	電話	0587-94-0051
江南市	高齢者生きがい課	電話	0587-54-1111
春日井市	健康福祉部 介護保険課	電話	0568-85-6182

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の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 愛知県小牧市大字西之島字丁田1963

名称 医療法人羊蹄会 小牧ようてい記念病院通所リハビリテーション

代表者名 医療法人 羊蹄会 理事長 中川 拓 印

説明者 所属 医療法人羊蹄会 小牧ようてい記念病院通所リハビリテーション
氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から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についての重要事項の説明を受けました。

< 利用者 >

住所

氏名

印

< 署名代行者 >

住所

氏名

印

署名を代行した理由