

# 医療法人羊蹄会 デイケアセンターしらゆりの里 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 0587-38-2223（午前9時～午後5時まで）

担当 加藤 郁

\* 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 デイケアセンターしらゆりの里の概要

### (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 デイケアセンターしらゆりの里   |
| 所在地             | 愛知県岩倉市曾野町郷前3番地   |
| 介護保険指定番号        | 通所リハビリテーション・予防介護通所リハビリテーション 2374700579   |
| サービスを提供する対象地域 * | 岩倉市、北名古屋市、小牧市（藤島町、藤島、小木、新小木、小木西、小木東、小木南、下小針、多気北町、多気南町、多気西町、多気中町、三ツ淵、舟津、元町、弥生町、西島町、小針、堀の内、曙町、間々、間々本町、安田町、川西、下小針中嶋）、一宮市（千秋町、浅野、丹陽町伝法寺、三ツ井、重吉）、名古屋市西区（城町、城西町、野南町、浮野町、西原町、平中町、上橋町、中沼町、平出町、円明町、木前町、山木一丁目、山木二丁目） |

\* 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

|       | 常勤換算  |
|-------|-------|
| 管理者   | 1名    |
| 医師    | 1名    |
| 理学療法士 | 5名以上  |
| 作業療法士 | 0名    |
| 看護職員  | 1名以上  |
| 介護職員  | 10名以上 |

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       | 70名                      | 静養室 | 3床 |
| 食堂兼機能訓練室 | 1室 250.39 m <sup>2</sup> | 相談室 | 2室 |
| 浴室       | 一般浴槽と特殊浴槽があります           |     |    |
|          |                          | 送迎車 | 5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 | 午前9時45分～午後4時00分 |

\* 緊急連絡電話 0587-38-2223

\* 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。

\* 日曜日・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。
- ② 食事 状態にあわせたお食事（疾病食、きざみ食）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。

4. 料金 (料金は要支援と要介護の方では算出体系が異なります)

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(6級地)1単位10.33円を乗じて算出します。

|      | 1月あたりの単位数 |
|------|-----------|
| 要支援1 | 2268単位    |
| 要支援2 | 4228単位    |

※ 送迎およ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

※ 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

- ・ 生活行為向上リハビリテーション実施加算 6か月以内 1月あたり 562単位
- ・ 長期利用減算(12か月以上利用) 1月あたり -120単位 要支援1  
1月あたり -240単位 要支援2
- ・ 栄養アセスメント加算 1月あたり 50単位
- ・ 栄養改善加算 1月あたり 200単位
- ・ 口腔機能改善加算(Ⅱ) 1月あたり 160単位
- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 1回あたり 20単位 (6か月1回まで)  
(④⑤⑥を算定していない場合)
- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 1回あたり 5単位 (6か月1回まで)  
(④⑤を算定し⑥を算定していない場合もしくは④⑤を算定せず⑥を算定している場合)
- ・ 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)
  - 運動機能向上及び栄養改善 1月あたり 480単位
  - 運動機能向上及び口腔機能向上 1月あたり 480単位
  - 栄養改善及び口腔機能向上 1月あたり 480単位
- ・ 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) 1月あたり 700単位  
運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上
- ・ 科学的介護推進体制加算 1月あたり 40単位
- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援1 72単位  
要支援2 144単位
- ・ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 総単位数×8.6%
- ・ 退院時共同指導加算 1回あたり 600単位
- ・ 一体的サービス提供加算 1月あたり 480単位

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

下記単位数に地域区分(6級地)1単位10.33円を乗じて算出します。

| 【6時間以上7時間未満】 | 1日あたりの単位数 |
|--------------|-----------|
| 要介護度1        | 675単位     |
| 要介護度2        | 802単位     |
| 要介護度3        | 926単位     |
| 要介護度4        | 1077単位    |
| 要介護度5        | 1224単位    |

※ 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

※ 新型コロナウイルス感染症に対するための特例的な評価として令和4年4月～6月までの間、基本報酬に3%上乘せとなります。適用期間の延長・終了の場合があります。

- ・ 入浴介助加算(Ⅰ) 1日あたり 40単位
- ・ リハビリテーション提供体制加算 1回あたり 24単位  
(6時間以上7時間未満のサービス提供時間)
- ・ リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ 1月あたり 593単位(開始月から6月以内)  
1月あたり 273単位(開始月から6月超)
- ・ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 1日あたり 110単位  
退院・退所後または認定日3月以内
- ・ 生活行為向上リハビリテーション実施加算 1月あたり 1250単位(開始月から6月以内)
- ・ 栄養アセスメント加算 1月あたり 50単位
- ・ 栄養改善加算 1回あたり 200単位(月2回まで)
- ・ 口腔機能改善加算(Ⅱ) 1回あたり 160単位
- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 1回あたり 20単位(6か月1回まで)  
(⑥⑦⑧を算定していない場合)
- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 1回あたり 5単位(6か月1回まで)  
(⑥⑦を算定し⑧を算定していない場合もしくは⑥⑦を)算定せず⑧を算定している場合)
- ・ 科学的介護推進体制加算 1月あたり 40単位
- ・ 移行支援加算 1日あたり 12単位
- ・ 重度療養管理加算 1日あたり 100単位  
(介護度3・4・5であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるもの)
- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 1回あたり 18単位
- ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 総単位数×8.6%
- ・ 送迎減算 片道につき47単位減算(事業所が送迎を行わない場合)
- ・ 退院時共同指導加算 1回あたり 600単位

③ 自費利用料(共通:要支援・要介護の方)

- ・ 昼食代 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。

## (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ることがあります。

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| 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分までにご連絡がなかった場合  | ¥1,000 |

## (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、現金支払い、口座自動引き落としの中からご契約の際に選べます。

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ることがあります。

## 5. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当法人職員がお伺いいたします。

通所リハビリテーション計画または予防介護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) 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 当法人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

以下の場合は、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

- ・ 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、お客様ご家族様などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当法人が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず5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ヶ月以上にわたって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、またはお客様やご家族様など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きます。

## 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等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または予防介護通所リハビリテーション計画に基づき、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等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等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環境の的確な把握に努め、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

| 事 項        | 有無 | 備 考 |
|------------|----|-----|
| 時間延長の可否    | 有  |     |
| 従業員への研修の実施 | 有  | 年1回 |

### (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。
- ・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。
- ・記録の開示 …………… 利用者またはご家族の申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。

## 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、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

|     |       |  |
|-----|-------|--|
| 主治医 | 主治医氏名 |  |
|     | 連絡先   |  |
| ご家族 | 氏名    |  |
|     | 連絡先   |  |



令和 年 月 日

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 愛知県岩倉市曾野町郷前3番地  
名称 デイケアセンターしらゆりの里 印  
代表者名 医療法人羊蹄会 理事長 中川 拓

説明者 所属 デイケアセンターしらゆりの里  
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、了承しました。

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