

# (介護予防)通所リハビリテーション重要事項説明書

<令和 7年 6月 1日現在>

## 1 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 双樹会
代表者名	河合 卓哉
所在地・連絡先	(住所) 愛知県豊田市西町 6-2-8 (電話) 0565 (32) 1165 (FAX) 0565 (47) 8989

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所名称及び事業者番号

事業所名	ハートフル デイケア
所在地・連絡先	(住所) 愛知県豊田市柿本町 4-8 (電話) 0565 (71) 3871 (FAX) 0565 (71) 3872
事業所番号	2313003812
管理者の氏名	河合 米子
利用定員	40名

### (2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1		管理者と医師兼務
医師	1	1		
看護職員	8	8		
介護職員	7	4	3	
理学療法士	5	5		
作業療法士	3	1	2	
言語聴覚士	1	1		
その他の従業員	2		2	運転手

### (3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
医師	正規の勤務時間帯（08：30～17：30） 常勤で勤務	週休2日 年間110日
管理者	正規の勤務時間帯（08：30～17：30） 常勤で勤務	
看護職員	正規の勤務時間帯（08：30～17：30） 常勤で勤務	
介護職員	正規の勤務時間帯（08：30～17：30） 常勤で勤務	
理学療法士 作業療法士	正規の勤務時間帯（08：30～17：30） 常勤で勤務	

### (4) 事業の実施地域

事業の実施地域	半径 5 km
---------	---------

### (5) 営業日・営業時間

営業日	平日・土曜日、日曜日以外の祝日
営業時間	8：30～17：30

営業しない日	日曜日・12月31日、1月1日～1月3日
--------	----------------------

## 3 サービスの内容及び費用

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### ア サービス内容

種類	内容
食事	(食事時間) 12：00～13：00 栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。
入浴	介護職員の付き添いによる入浴を行います。 車椅子利用の方又は寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。

排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	理学療法士、作業療法士のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。
レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健 康 チェ ッ ク	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相 談 及 び 援 助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

## イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

### 【料金表】

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合  
サービス提供時間 (9:50 ~ 16:10)

3 級地 (1 単位 = 10.83 円)

要介護区分	単位数
要支援 1	2.268 単位/月
要支援 2	4.228 単位/月
要介護 1	715 単位/回
要介護 2	850 単位/回
要介護 3	981 単位/回
要介護 4	1.137 単位/回
要介護 5	1.290 単位/回

\* 心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である場合は別途割引が適用されます。

## ○加算・減算

(1 単位=10.83 円)

加算	単位
リハビリテーション提供体制加算	24 単位/回
入浴介助加算 I	40 単位/回
同一建物減算	▲94 単位/回
退院時共同指導加算	600 単位
サービス提供体制強化加算 I	22 単位/回
介護職員等処遇改善加算 I	8.6%
(介護予防)サービス提供体制強化加算 I	要支援 1 : 88 単位/月 要支援 2 : 176 単位/月
(介護予防)通所リハ 12 月越減算	要支援 1 : ▲120 単位/月 要支援 2 : ▲240 単位/月
(介護予防) 同一建物減算	要支援 1 : ▲376 単位/月 要支援 2 : ▲752 単位/月
送迎を行なわない場合	▲片道 47 単位

\* 当施設を御利用されるお客様のうち、必要と判断された場合のみ加算します。

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

## (2) 介護保険給付対象外サービス

## ○ 食費・教養娯楽費・日用品費

食費	612 円/日
教養娯楽費	110 円/日
日用品費	110 円/日

## ○ おむつ代

原則的に利用者持参の物を使用します。

事業所備え付けの物を使用した場合以下の料金。

- ① 尿取りパット 31 円/枚
- ② 紙おむつ 103 円/枚
- ③ パンツタイプ 103 円/枚

## ○ その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

○ 事業の実施地域外の送迎費

2-(4)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、10日頃に「3 サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により口座振替にて請求いたします。尚、請求先が地方等でご持参不可能の場合は、下記銀行口座に振込み送金してください。

ご請求先(宛名)		利用者との続柄	
請求書郵送先	〒 -		

十六銀行 豊田支店 普通口座 1308794

名義 医療法人双樹会 ラルガパティオ 理事長 河合卓哉

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

事業所の従業者が、要介護状態又は、要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

事業所の従業者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、理学療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。

事業の実施に当たっては、関係市町村、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るものとする。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口担当者 市村 拓磨 ご利用時間 9:00~17:00 ご利用方法 電話 (0565-71-3871) 面接 (当事業所 1階相談室)
苦情申立機関	・愛知県国民健康保険団体連合会 電話 (052-971-4165) ・豊田市介護保険課 電話 (0565-34-6634)

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

	住所	
	電話番号	

#### 7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「有料老人ホーム ラルガパティオ 消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「有料老人ホーム ラルガパティオ 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	誘導灯	あり
	避難階段	2箇所	非常通報装置	あり
	火災報知機	あり		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			

#### 8 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証並びに居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

#### 9 個人情報に関する同意

ハートフルデイケア従業者が業務上知り得た利用者本人及び利用者家族の個人情報を、利用者にとって医療上必要がある場合や、居宅支援事業者・他居宅サービス事業所との連携を図る場合等正当な理由がある場合に、その情報を用いることまた、必要な情報を収集することに同意をお願い致します。

事業者は、利用者またはその代理人が当人のサービス提供記録等の開示を求める場合は、その求めに応じます。