

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
重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して指定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を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 康整会 |
| (2) 法人所在地 | 福岡県福岡市早良区次郎丸5丁目7番9号 |
| (3) 電話番号 | 092-872-1024 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 黒田 大輔 |
| (5) 設立年月日 | 平成9年7月19日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 事業所の種類 | みなし指定通所リハビリテーション事業所
福岡県 |
| (2) 事業所の目的 | 要介護、要支援状態の高齢者に対して適切な通所
リハビリテーション事業を提供すること。 |
| (3) 事業所の名称 | 黒田整形外科医院 |
| (4) 事業所の所在地 | 福岡県福岡市早良区次郎丸5丁目7番9号
福岡県福岡市早良区次郎丸6丁目1番2号 |
| (5) 電話番号 | 092-872-1024 |
| (6) 事業所長(管理者)氏名 | 黒田 大輔 |
| (7) 当事業所の運営方針 | 要支援・要介護状態の心身の特性を踏まえて、
その利用者が可能な限りその居宅において、
その有する能力に応じて自立した日常生活を営む
ことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の
解消及び心身機能等の介護その他必要な援助を行う。 |
| (8) 開設年月日 | 平成24年9月1日 |
| (9) 利用定員 | 25 人 (1単位)
37 人 (1単位) |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施区域 早良区、西区、城南区

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土		
受付時間	月～金	8:30～17:30	土 8:30～12:30
サービス提供時間①	月～金	8:30～17:30	
サービス提供時間②	土	8:30～12:30	

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定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サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〔主な職員の配置状況〕 ※職員の配置については、指定基準を遵守します。

職 種	常勤換算
1. 事業所長（管理者）	1
2. 医師	0.1（兼務）
2. 介護職員	1以上
3. 支援相談員	0
4. 看護職員	0.2以上
5. 機能訓練指導員	2.5以上

（主な職種の勤務体制）

職 種	勤 務 体 制
1. 機能訓練指導員	勤務時間 8:30～17:30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の9割(8割又は7割)が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①送迎サービス

- ・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

②機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

〈サービス利用料金(1回あたり)〉

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス単位から地区単価10.55を乗じたものに、介護保険の負担割の1割～3割の金額（自己負担）をお支払下さい。

(サービスの利用料金は、ご利用者の要支援・要介護度に応じて異なります。)

※下記は1ヶ月あたり (1単位=10.55円)

	サービス単位	1割負担 の場合	2割負担 の場合	3割負担 の場合
要支援1	2,268 単位/月	2,393 円	4,785 円	7,178 円
要支援2	4,228 単位/月	4,461 円	8,921 円	13,382 円
退院時共同指導加算	600 単位/回	633 円	1,266 円	1,899 円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 単位/回	21 円	42 円	63 円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 単位/回	5 円	11 円	16 円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150 単位/回	158 円	317 円	475 円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 単位/回	169 円	338 円	506 円
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	42 円	84 円	127 円
サービス提供体制加算Ⅲ(支1)	24 単位/月	25 円	51 円	76 円
サービス提供体制加算Ⅲ(支2)	48 単位/月	51 円	101 円	152 円

	サービス単位	1割負担 の場合	2割負担 の場合	3割負担 の場合
要介護1	369 単位	390 円	779 円	1,168 円
要介護2	398 単位	421 円	840 円	1,260 円
要介護3	429 単位	454 円	905 円	1,358 円
要介護4	458 単位	484 円	966 円	1,450 円
要介護5	491 単位	519 円	1,036 円	1,554 円
理学療法士等体制強化加算	30 単位	33 円	63 円	95 円
リハビリマネジメント加算イ(6月未満)	560 単位	592 円	1,182 円	1,772 円
リハビリマネジメント加算イ(6月超)	240 単位	254 円	506 円	760 円
リハビリマネジメント加算ロ(6月未満)	593 単位	627 円	1,251 円	1,877 円
リハビリマネジメント加算ロ(6月超)	273 単位	289 円	576 円	864 円
リハビリマネジメント加算ハ(6月未満)	793 単位	838 円	1,673 円	2,510 円
リハビリマネジメント加算ハ(6月超)	473 単位	500 円	998 円	1,497 円
医師の説明による同意加算(リハマネジメント)	270 単位	286 円	570 円	855 円
短期集中リハビリ加算	110 単位	117 円	232 円	348 円
認知症短期集中リハビリ加算Ⅰ	240 単位	254 円	506 円	760 円
認知症短期集中リハビリ加算Ⅱ	1,920 単位	2,027 円	4,051 円	6,077 円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 単位/回	21 円	42 円	63 円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 単位/回	5 円	11 円	16 円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150 単位/回	158 円	317 円	475 円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	155 単位/回	164 円	327 円	491 円
口腔機能向上加算(Ⅲ)	160 単位/回	169 円	338 円	506 円
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	42 円	84 円	127 円
サービス提供体制加算Ⅲ	6 単位	7 円	13 円	19 円

※ 通所リハ介護処遇改善加算Ⅱ(所定単位に8.3%上乘せ)を算定します。

ご利用者がまだ要支援・要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を全額お支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

(2) 介護保険の給付対象とはならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

・複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代	紙おむつ	実費相当額
	パンツタイプ	実費相当額
	尿パット	実費相当額

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、現金又は金融機関口座引落とし、口座振込みとします。月末締め翌月一括払いとなります。

(4) 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所リハビリテーションサービス・介護予防通所リハビリテーションの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合 にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合は、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定者の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の100% (自己負担相当額)

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）

【 瀧川 泰成 】

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

土曜日 9:00～12:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

福岡市早良区役所 介護保険課	福岡市早良区百道2丁目1-1 841-2131
福岡市西区役所 介護保険課	福岡市西区姪浜町957-10 881-2131
福岡市城南区役所 介護保険課	福岡市城南区鳥飼6丁目1-1 822-2131
保健福祉局高齢社会部介護サービス課	福岡市中央区天神1丁目8-1 711-4257
国民健康保険団体連合会 介護保険課	福岡市博多区吉塚本町13-47 電話 642-7859
福岡県社会福祉協議会	春日市原3-1-7-6階 電話 584-3377

当事業者は、契約書及び運営規定並びに重要事項説明書に基づき、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サービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	福岡市早良区次郎丸5丁目7番9号
	事業者	医療法人 康整会
	事業所名	黒田整形外科医院
	代表者名	理事長 黒 田 大 輔 ㊞

説明者氏名 _____ ㊞

この契約および事業者が重要事項の基づいて説明を行った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サービス内容及び重要事項の内容について
同意します。

また、個人情報についても同意します。その成立を証するため本証2通を作成し、事業者
利用者各署名押印して1通ずつを保有します。

利用者	住 所	
	氏 名	㊞

その家族	住 所	
	氏 名	㊞