

(予防) 通所リハビリテーション重要事項説明書

(2024 年 6 月 1 日改定)

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

受付時間 月曜日から金曜日 8:30～17:00

電話 0266-22-6680

担当者 布施谷 真吾(事務長) 赤羽 翔太(作業療法士)

1. 法人の概要

(1) 法人の名称、所在地等

名称 社会医療法人 南信勤労者医療協会

代表者 理事長 岩間 智

所在地 長野県諏訪郡下諏訪町矢木町214

連絡先 0266-28-3071

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名 つるみね共立診療所

所在地 長野県岡谷市川岸上1-22-21

介護保険事業所番号 2010417075

通常の事業の実施地域 ※岡谷市

※ 通常地域以外の地域の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 同事業所の職員体制

管理者(医師) 1名

看護師 5名

理学療法士・作業療法士あわせて 5名以上

介護福祉士 5名

(3) 同事業所の設備の概要

定員 1単位 57名

機能訓練室 172㎡

送迎車 7台

(4) 営業日、営業時間

営業日 月曜日～金曜日(但し、日曜日・祝日・お盆・年末年始を除く)

営業時間 月・火・木・金 8:30～16:30

水曜日のみ 8:30～13:30

3. サービス内容

通所リハビリテーション計画に沿って、送迎、入浴、機能訓練、その他必要なリハビリテーションを行います。

4. 料 金

I. 通所リハビリテーション利用料 ※自己負担額は1割負担の場合

(所要時間 1 時間以上 2 時間未満の場合)

該 当 区 分	1 日当たりの利用料金	自己負担額
通所リハビリテーション 要介護 1	¥ 3, 6 9 0	¥ 3 6 9
通所リハビリテーション 要介護 2	¥ 3, 9 8 0	¥ 3 9 8
通所リハビリテーション 要介護 3	¥ 4, 2 9 0	¥ 4 2 9
通所リハビリテーション 要介護 4	¥ 4, 5 8 0	¥ 4 5 8
通所リハビリテーション 要介護 5	¥ 4, 9 1 0	¥ 4 9 1

※加 算

理学療法士等強化加算	1 日当たりの利用料金	自己負担額
	¥ 3 0 0	¥ 3 0

1 時間以上 2 時間未満の場合のみ

(所要時間 2 時間以上 3 時間未満の場合)

該 当 区 分	1 日当たりの利用料金	自己負担額
通所リハビリテーション 要介護 1	¥ 3, 8 3 0	¥ 3 8 3
通所リハビリテーション 要介護 2	¥ 4, 3 9 0	¥ 4 3 9
通所リハビリテーション 要介護 3	¥ 4, 9 8 0	¥ 4 9 8
通所リハビリテーション 要介護 4	¥ 5, 5 5 0	¥ 5 5 5
通所リハビリテーション 要介護 5	¥ 6, 1 2 0	¥ 6 1 2

(所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合)

該 当 区 分	1 日当たりの利用料金	自己負担額
通所リハビリテーション 要介護 1	¥ 4, 8 6 0	¥ 4 8 6
通所リハビリテーション 要介護 2	¥ 5, 6 5 0	¥ 5 6 5
通所リハビリテーション 要介護 3	¥ 6, 4 3 0	¥ 6 4 3
通所リハビリテーション 要介護 4	¥ 7, 4 3 0	¥ 7 4 3
通所リハビリテーション 要介護 5	¥ 8, 4 2 0	¥ 8 4 2

(所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合)

該 当 区 分	1 日当たりの利用料金	自己負担額
通所リハビリテーション 要介護 1	¥ 5, 5 3 0	¥ 5 5 3
通所リハビリテーション 要介護 2	¥ 6, 4 2 0	¥ 6 4 2
通所リハビリテーション 要介護 3	¥ 7, 3 0 0	¥ 7 3 0
通所リハビリテーション 要介護 4	¥ 8, 4 4 0	¥ 8 4 4
通所リハビリテーション 要介護 5	¥ 9, 5 7 0	¥ 9 5 7

(所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合)

該 当 区 分	1 日当たりの利用料金	自己負担額
通所リハビリテーション 要介護 1	¥ 6, 2 2 0	¥ 6 2 2
通所リハビリテーション 要介護 2	¥ 7, 3 8 0	¥ 7 3 8
通所リハビリテーション 要介護 3	¥ 8, 5 2 0	¥ 8 5 2
通所リハビリテーション 要介護 4	¥ 9, 8 7 0	¥ 9 8 7
通所リハビリテーション 要介護 5	¥ 1 1, 2 0 0	¥ 1, 1 2 0

(所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合)

該 当 区 分	1 日当たりの利用料金	自己負担額
通所リハビリテーション 要介護 1	¥ 7, 1 5 0	¥ 7 1 5
通所リハビリテーション 要介護 2	¥ 8, 5 0 0	¥ 8 5 0
通所リハビリテーション 要介護 3	¥ 9, 8 1 0	¥ 9 8 1
通所リハビリテーション 要介護 4	¥ 1 1, 3 7 0	¥ 1, 1 3 7
通所リハビリテーション 要介護 5	¥ 1 2, 9 0 0	¥ 1, 2 9 0

(所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合)

該 当 区 分	1 日当たりの利用料金	自己負担額
通所リハビリテーション 要介護 1	¥ 7, 6 2 0	¥ 7 6 2
通所リハビリテーション 要介護 2	¥ 9, 0 3 0	¥ 9 0 3
通所リハビリテーション 要介護 3	¥ 1 0, 4 6 0	¥ 1, 0 4 6
通所リハビリテーション 要介護 4	¥ 1 2, 1 5 0	¥ 1, 2 1 5
通所リハビリテーション 要介護 5	¥ 1 3, 7 9 0	¥ 1, 3 7 9

※加 算

サービス提供体制加算 (Ⅱ)	1 日当たりの利用料金	自己負担額
	¥ 1 8 0	¥ 1 8

当事業所は、介護職員のうち介護福祉士が占める割合 50%以上の人員体制を整えています。

通所リハビリ入浴介助加算 (Ⅰ)	1 日当たりの利用料金	自己負担額
	¥ 4 0 0	¥ 4 0
通所リハビリ入浴介助加算 (Ⅱ)	1 日当たりの利用料金	自己負担額
	¥ 6 0 0	¥ 6 0

リハビリテーション提供体制加算	1 日当たりの利用料金	自己負担額
3 時間以上 4 時間未満	¥ 1 2 0	¥ 1 2
4 時間以上 5 時間未満	¥ 1 6 0	¥ 1 6
5 時間以上 6 時間未満	¥ 2 0 0	¥ 2 0
6 時間以上 7 時間未満	¥ 2 4 0	¥ 2 4
7 時間以上	¥ 2 8 0	¥ 2 8

	1日当たりの利用料金	
リハビリテーション マネジメント加算（イ）	6ヶ月以内／月	自己負担額
	¥5,600	¥560
	6ヶ月越 ー／月	自己負担額
	¥2,400	¥240
リハビリテーション マネジメント加算（ロ）	6ヶ月以内／月	自己負担額
	¥5,930	¥593
	6ヶ月越 ー／月	自己負担額
	¥2,730	¥273
リハビリテーション マネジメント加算（ハ）	6ヶ月以内／月	自己負担額
	¥7,930	¥793
	6ヶ月越 ー／月	自己負担額
	¥4,730	¥473
医師が説明し、利用者の同意を得た 場合	1月当たりの利用料金	自己負担額
	¥2,700	¥270

リハビリテーションマネジメント加算になります。

短期集中個別リハビリテーション 実施加算	1日当たりの利用料金	自己負担額
	¥1,100	¥110
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算（Ⅰ）	1日当たりの利用料金	自己負担額
	¥2,400	¥240
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算（Ⅱ）	1月の利用料金	自己負担額
	¥19,200	¥1,920

退院（所）日又は認定日から起算して3ヶ月以内

Ⅱ. 介護予防通所リハビリテーション利用料

該当区分	1月の利用料金	自己負担額
予防通所リハビリ 1 要支援 1	¥22,680	¥2,268
予防通所リハビリ 2 要支援 2	¥42,280	¥4,228

※加算

該当区分	1月の利用料金	自己負担額
サービス提供体制加算（Ⅰ）要支援 1	¥720	¥72
サービス提供体制加算（Ⅰ）要支援 2	¥1,440	¥144

当事業所は、介護職員のうち介護福祉士が占める割合 50%以上の人員体制を整えています。

一体的サービス提供加算	1月の利用料金	自己負担額
	¥4,800	¥480

Ⅲ. 要介護・要支援共通

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1ヶ月の総単位数×8.6%
----------------	---------------

通所リハビリテーションの加算率は介護報酬にて定められています。

科学的介護推進体制加算	1月の利用料金	自己負担額
	¥400	¥40

栄養改善加算	1日当たりの利用料金 (月に2回を限度)	自己負担額
	¥2,000	¥200

口腔機能向上加算（Ⅰ）	1日当たりの利用料金 (月2回を限度)	自己負担額
	¥1,500	¥150

退院時共同指導加算	1月の利用料金	自己負担額
	¥6,000	¥600

Ⅳ. 通所リハ・予防通所リハ利用者の方の共通の自費料金

- ・昼食代 1食につき ¥650
- ・材料費 1ヶ月 ¥200

※当日朝8時30分までに利用の中止等のご連絡が無い場合は上記料金についてご負担いただきます

*介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、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1日あたりの利用料金を頂き、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岡谷市の窓口に提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

(1) 支払い方法

お支払い方法は現金または口座振替のいずれかがご利用できます。ご契約時に選択して下さい。口座振替を希望される場合は指定されている用紙に記入し提出してください。現金の場合は集金封筒をお渡します。

Ⅴ. 緊急時の対応方法

- ①当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、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、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ②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、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医の医師または歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

VI. 非常災害対策

災害時の対応 防災マニュアルに沿って対応
防災設備 消火器、自動火災報知設備
防災訓練 年2回
防火責任者 事務長 布施谷真吾

VII. サービス内容に関する相談、苦情等の窓口

(1) 当事業所相談・苦情等担当

担 当 布施谷 真吾 (事務長)
中塚 聡 (事務局長)
電話番号 0266-22-6680
(受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:00)

(2) その他

当事業所以外に市町村、長野県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事が出来ます。

◇岡谷市役所 介護福祉課 電話番号 0266-23-4811 ◇長野県国民健康保険団体連合会 電話番号 026-238-1580

【事業者】

長野県諏訪郡下諏訪町矢木町214
社会医療法人 南信勤労者医療協会
理事長 岩間 智

【事業所】

長野県岡谷市川岸上1-22-21
つるみね共立診療所 (指定番号 2010417075 長野県)

以上、重要事項説明書に沿って内容の説明を受け、(予防)通所リハビリテーションを利用する事に同意します。

____年 ____月 ____日

利用者氏名 _____
(署名代行事由: _____)

※代行者は原則として扶養者とします

署名代行者氏名 _____
(利用者との関係: _____)