

鷹丘クリニック(通所リハビリテーション)重要事項説明書

<2024年6月1日現在>

1 通所リハビリテーション事業者(法人)の概要

名称・法人種別	医療法人整友会
代表者	理事長 江崎雅彰
所在地・連絡先	豊橋市新川町 66 番地

2 事業所の概要

(1)事業所名称及び事業所番号

事業所名	整友会 鷹丘クリニック 通所リハビリテーション
所在地・連絡先	(住所)豊橋市牛川町字中郷106-1 (電話)0532-74-8881
事業所番号	2312004449
管理者氏名	中神和賀雄
利用定員	57名/日

他の関連事業	豊橋整形外科 江崎病院(整形外科、内科、訪問リハビリ、通所リハビリ) 豊橋市新川町 66 番地 0532-55-2525
	豊橋整形外科 向山クリニック(整形外科、訪問リハビリ、通所リハビリ) 豊橋市向山町字水車 44-1 0532-66-0011
	整友会デイリハビリセンター(通所介護) 豊橋市南牛川1丁目 16-9 0532-74-8884

(2)事業所の職員体制

職種	資格	常勤		非常勤		業務内容	計
管理者	医師	1名		3名		医療・管理	4名
機能訓練指導員	理学療法士	専従	兼務	専従	兼務	機能訓練 リハビリマネジメント 運動器機能向上	20名以上
		1名	20名以上	0名	0名		
機能訓練指導員	作業療法士	専従	兼務	専従	兼務	口腔機能向上 認知機能向上 生活行為向上リハビリテーション	20名以上
		0名	2名以上	0名	0名		
介護職員		4名以上	1名	1名	0名	健康チェック リハビリマネジメント 運動器機能向上 口腔機能向上	4名以上

看護職員	看護師		2名以上			口腔機能向上	2名以上
栄養管理職員	管理栄養士			1名以上		栄養改善	1名以上

(3)営業日

月・火・水・木・金曜日	9:10～16:40
土・日・祝祭日	定休日(年末年始・盆も含む)

3 サービスの内容

(1)通所リハビリテーション

心身状態の改善を図り、日常生活動作の維持・向上、生活の質の維持・向上を図ることを目的として、利用者の居宅サービス計画に沿った通所リハビリテーション計画を作成した上で適切なリハビリテーションを提供します。

(2)ご利用場所(当事業所リハビリ室)

住所	豊橋市牛川町字中郷 106-1
電話番号	0532-74-8881

4 利用料金

ア 通所リハビリテーション利用料

○要支援の方

	要支援区分	1月あたりの利用料		介護保険適応時の1月あたりの自己負担額		
				1割	2割	3割
サービス基本	要支援1	23,065円		2,307円	4,613円	6,920円
	要支援2	42,998円		4,300円	8,600円	12,900円
加算・減算項目	利用開始日の属する月から12月超減算	要支援1	1,220円	122円	244円	366円
		要支援2	2,440円	244円	488円	732円
	一体的サービス提供加算【月】	4,881円		489円	977円	1465円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)【月】	要支援1	894円	90円	179円	269円
		要支援2	1,789円	179円	358円	537円
	栄養改善加算	2,034円		204円	407円	611円
	栄養アセスメント加算	508円		51円	102円	153円
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,627円		163円	326円	489円
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	5,715円		572円	1,143円	1,715円
	退院時共同指導加算	6,102円		611円	1,221円	1,831円

	科学的介護推進 体制加算	406 円	41 円	82 円	122 円
	処遇改善加算(Ⅲ)	月の利用単位数の 6.6%	利用回数により変動するため、 契約時にお伝えします。		

○要介護の方

	要介護区分	1 回あたりの利用料		介護保険適応時の 1 回あたりの自己負担額		
				1 割	2 割	3 割
基本サービス	要介護 1	3,752 円		376 円	751 円	1,126 円
	要介護 2	4,047 円		405 円	810 円	1,215 円
	要介護 3	4,362 円		437 円	873 円	1,309 円
	要介護 4	4,657 円		466 円	932 円	1,398 円
	要介護 5	4,993 円		500 円	999 円	1,498 円
加算・減算項目	送迎非実施 減算【回】	-955 円		-96 円	-191 円	-287 円
	リハビリテーション マネジメント(ハ)【月】	6 月以内	8,064 円	807 円	1,613 円	2,420 円
		6 月越	4,810 円	481 円	962 円	1,443 円
		医師が利用者またはその家族に説明した場合	+2,745 円	+275 円	+549 円	+824 円
	短期集中個別リハビリ【回】	1,118 円		112 円	224 円	336 円
	サービス提供 体制強化加算(Ⅰ) 【回】	223 円		23 円	45 円	67 円
	移行支援加算【回】	122 円		13 円	25 円	37 円
	口腔機能向上加算(Ⅱ)イ 【月】	1,576 円		158 円	316 円	473 円
	栄養改善加算	2034 円		204 円	407 円	611 円
	栄養アセスメント加算	508 円		51 円	102 円	153 円
	認知症短期集中リハビリ 実施加算(Ⅰ)	2,440 円		244 円	488 円	732 円
	認知症短期集中リハビリ 実施加算(Ⅱ)	19,526 円		1,953 円	3,906 円	5,858 円
	生活行為向上リハビリテ- ション実施加算	12,712 円		1,272 円	2,543 円	3,814 円
	退院時共同指導加算	6,102 円		611 円	1,221 円	1,831 円
	科学的介護推進 体制加算	406 円		41 円	82 円	122 円
処遇改善加算(Ⅲ)【月】	月の利用単位数の 6.6%		利用回数により変動するため、 契約時にお伝えします。			

イ 実費負担

○介護報酬に含まれない費用について実費相当額を負担していただく場合があります。

ウ キャンセル料

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合、当事業所では、キャンセル料を徴収しない方針です。通常はご利用予定日前日まで、あるいは急変等の場合にあつては、遅くともご利用当日のご利用開始までには、中止の旨のご連絡を頂戴したいと存じます。また、無断のご利用中止が度重なる場合には、ご利用契約の解除を申し出る場合がございます。

エ お支払い方法

当月のご利用については、翌月初回利用時にご利用料の内訳を記載した利用料の請求書をお渡しいたします。その初回利用日もしくは2回目の利用日にクリニック会計窓口にて現金支払いの方法でお支払いください。

5 運営方針

- ①公平なサービスを心掛けるとともに、個々の利用者の立場や諸条件を可能な限り配慮します。また、人権尊重の立場から、プライバシーの保護に万全を期します。
- ②利用者の安全確保を常に留意し、事故防止に努めるとともに、緊急事態にも適切な対応を図るよう努めます。
- ③各事業所間及び職種間の連携を密にして、サービスの質の向上に努めます。
- ④地域の人々や多くの関係者の理解や協力を得て、可能な限り地域に密着した事業所としての運営を目指します。

6 サービス内容に関する苦情・相談窓口

通所リハビリテーションに関するご相談・ご要望・苦情等は、下記窓口までお申し出ください。

当事業所相談窓口	
窓口責任者	藤本 貴子
電話番号	0532-74-8881
通所リハビリ	介護福祉士 (不在時は、リハビリテーション科職員が対応致します)
受付時間	月・火・水・木・金 9:00~17:30

ご相談・ご要望・苦情等の窓口	
東三河広域連合 介護保険課	0532-26-8471
国民健康保険団体連合会 苦情相談室	052-971-4165

7 緊急時の対応方法

・当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合には、サービス内容を変更または中断することがございます。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対処致します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じます。

・ご利用中に体調が悪くなった場合には、サービス内容を変更または中断することがございます。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対処致します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じます。

主治医	病院名	豊橋整形外科 鷹丘クリニック
	診療科目	整形外科
	医師名	中神 和賀雄
	住所	豊橋市牛川町字中郷 106-1
	電話番号	0532-74-8881

緊急連絡先	氏名	
	住所	
	続柄	
	電話番号	

ご利用が中断となった場合、実際のサービス利用状況に拘わらず、当該日の予定利用料全額を算定致します。中断扱いの場合、ご利用とカウント致します為、お振替は出来ません。度重なる中断が発生する場合には、ご契約内容の変更等に付きまして、ご相談致します。

8 事故発生時の対応

- ・利用中に事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者様のご家族、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者様等に連絡を行うと共に、必要に応じた措置を講じます。
- ・賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

9 情報開示について

利用者またはご家族から、サービス記録の開示をお求めの場合は、その旨をサービス提供者もしくは相談窓口まで、お申し出頂ければ、開示致します。

10 検査、記録について

サービスの内容によっては、検査や記録が必要な場合があります。その際には、計測や写真撮影を行う場合があります。

11 サービスの終了方法

(1) ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービス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) 当事業所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頂く場合がございます。その場合は、終了1か月前迄に、文書にて通知致します。

(3) 自動終了

以下の場合には、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了致します。

- ① ご利用者様が、介護保険施設に入所された場合。
- ② 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
- ③ ご利用者様がお亡くなりになられた場合。

(4) その他

- ・当法人が正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様、ご家族様等に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または当事業所が破産した場合、ご利用者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出来ます。
- ・ご利用者様のサービス利用料金の支払いが請求した月末までに行なわれず、料金を支払うよう催告した日より2週間以内に支払われない場合、ご利用者様が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合、またはご利用者様の入院もしくは病気等により、1ヶ月以上に渡ってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合、ご利用者様またはそのご家族様、事業者やサービス従業者または他のご利用者様に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させて頂く場合もございます。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、担当者_____が、通所リハビリテーションの説明をしました。

年 月 日

事業所	法人等種別	医療法人 整友会
	事業所名	整友会 鷹丘クリニック 通所リハビリテーション
	代表者役職・氏名	院長 中神和賀雄 印
	所在地	豊橋市牛川町字中郷 106-1
	電話番号(代表)	0532-74-8881

説明者 氏名 印

私は、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の説明を受けました。

年 月 日

利用者	住所
	氏名 印

代理人(選任した場合)	住所
	氏名 印