

通所リハ・介護予防通所リハ 重要事項説明書

<令和六年6月1日>より

1. デイケアセンター太陽が提供するサービスについての相談窓口

電話 052-389-1010

担当 所長：柴田 亨也（しばた なおや）

2. 東洋病院 デイケアセンター太陽の概要

①提供するサービスの種類

名 称	医療法人 純正会 東洋病院 デイケアセンター太陽
所在地	名古屋市港区正保町3丁目38番地
介護保険指定番号	通所リハ ・ 介護予防通所リハ (愛知県 2311101097 号)
サービス提供地域	名古屋市(港区・中川区)
管理者	院長 高見 修治

②職員体制

	常勤	非常勤	計
機能訓練指導員 (理学療法士・作業療法士)	3名 (PT2名・OT1名)	1名 (OT1名)	4名
看護職員	1名	2名	3名
介護職員 (うち介護福祉士)	4名 (3名)	4名 (4名)	8名 (7名)
生活相談員	1名	-	1名

③設備の概要

利用定員	40名
施設面積	224.63㎡
入浴設備	一般浴槽 寝浴・座浴(寝たきり・車椅子の方も利用できます)
送迎車両	6台(リフト付き車両もあり)

④営業時間

月～土曜日 (6～8時間)	午前9時15分～午後4時30分
定休日	日曜日、年末年始

3. サービス内容

- ①送迎 ②健康状態の観察 ③リハビリテーション ④入浴(介助浴、特別浴)
⑤食事の提供 ⑥レクリエーション、個別作業 等

4. 利用料金

1) 通所リハビリテーション 利用料金

① 通所リハビリテーション 利用料（基本利用料:1割負担の場合） 令和六年4月1日改定

	実施時間	1日の単位	自己負担額
要介護度 1	7～8 時間	762 単位	876 円
要介護度 2	7～8 時間	903 単位	1,038 円
要介護度 3	7～8 時間	1046 単位	1,203 円
要介護度 4	7～8 時間	1215 単位	1,397 円
要介護度 5	7～8 時間	1379 単位	1,586 円

（1 単位 あたり 11.50 にて計算しています。名古屋市 3 級地）
（2 割負担の場合は、2 倍の料金となります。）
（3 割負担の場合は、3 倍の料金となります。）

- ② 通所リハ提供体制加算 1 3 時間以上 4 時間未満の利用者様
1 日あたり 12 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 14 円）
通所リハ提供体制加算 5 7 時間以上の利用者様
1 日あたり 28 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 32 円）
- ③ 通所リハ入浴介助加算Ⅰ 対象者のみ 1 回あたり 40 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 46 円）
通所リハ入浴介助加算Ⅱ 対象者のみ 1 回あたり 60 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 69 円）
- ④ 通所リハマネジメント加算 21 同意日の属する月から 6 月以内の利用者様
1 か月あたり 560 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 644 円）
通所リハマネジメント加算 22 同意日の属する月から 6 月超えの利用者様
1 か月あたり 240 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 276 円）
- ⑤ 通所リハ短期集中個別リハ加算（1～3 か月以内） 対象者のみ
1 日あたり 110 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 127 円）
- ⑥ 通所リハ口腔機能向上加算 対象者のみ
1 日あたり 150 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 173 円）
- ⑦ 通所リハ中重度者ケア体制加算
1 日あたり 20 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 23 円）
- ⑧ 通所リハサービス提供体制強化加算Ⅰ
1 日あたり 22 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 25 円）
- ※介護保険利用限度額を超過した分については、利用料は全額自己負担となります。
- ⑨ 通所リハ処遇改善加算Ⅰ 所定単位数に 86/1000 をかけた額
（ご利用回数・介護度によって額は変わりますので、詳細はお尋ねください）

2) 介護予防通所リハビリテーション 利用料金

① 利用料金（1 ヶ月あたり）

- 要支援 1 2268 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 2,608 円）
要支援 2 4228 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 4,862 円）

② 予通リハ 12 月超減算

- 要支援 1 ▲120 単位（ただし、介護保険での自己負担額は ▲138 円）
要支援 2 ▲240 単位（ただし、介護保険での自己負担額は ▲276 円）

③ 科学的介護推進体制加算 40 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 46 円）

④ 予通リハサービス提供体制加算

- 要支援 1 86 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 101 円）
要支援 2 176 単位（ただし、介護保険での自己負担額は 202 円）

(ご利用回数・介護度によって額は変わりますので、詳細はお尋ねください)

3) その他 利用料金

- ①食材料費 1日あたり 700円(全額自己負担) おやつ代を含みます。
 (当日の朝8:00を過ぎたキャンセルは、食材料費を請求させて頂く事になりますのでご了承ください。
必ず、朝8:00までにご連絡ください。)

上記のほか、おむつ等にかかる費用等は自己負担となります。

4. お支払方法

毎月10日までに前月分利用料を一括してご請求いたしますので、27日までにお支払い下さい。
 お支払方法は、現金集金、銀行引落(郵便局可)の中から、ご契約の際にお選び下さい。
 ※銀行引落(郵便局可)の記入用紙は面接時にお渡しいたします。内容をご確認のうえ
 ご記入・ご捺印をお願いいたします。

5. 相談窓口・苦情

東洋病院 デイケアセンター 太陽	電話番号	052-389-1010
	FAX 番号	052-384-1240
	担当者	所長 柴田 亨也
市町村介護保険 相 談 窓 口	港 区	052-654-9709
	中川区	052-363-4327
県国保連合会	電話番号	052-971-4165

【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 名古屋市港区正保町3丁目38番地
事業者名 東洋病院 デイケアセンター太陽
説明者 柴 田 亨 也

サービス契約締結にあたり、上記のとおり説明を受け了承しました。

利用者

住 所氏 名 カルテNo.

(代理人又は立会人)

住 所氏 名