

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

医療法人 明誠会 白根医院

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

1 通所リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称	医療法人 明誠会 白根医院
代表者	理事長 白根 澄男
所在地・連絡先	(住所) 島根県安来市荒島町 1817-1 TEL 0854-28-7000 FAX 0854-28-7725

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	白根医院
所在地・連絡先	(住所) 島根県安来市荒島町 1817-1 TEL 0854-28-7000 FAX 0854-28-7725
事業所番号	3210210369
管理者の氏名	白根 一
利用定員	16名

(2) 併設施設

名称	白根医院（リハビリテーション科・内科・眼科・皮膚科） 介護医療院 ライトピア
代表者	院長 白根 一

(3) 職員の勤務体制

医師 1 名 (常勤兼務・管理者と兼務)

医師 1 名 (常勤兼務)

理学療法士 2 名 以上 (常勤兼務)

看護職員 1 名 以上 (常勤兼務)

介護職員 2 名 以上 (常勤兼務)

管理栄養士 1 名 以上 (常勤兼務)

従業者は、指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる。

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	当事業所より 6 km 圏内 (6 km 以上は要相談)
---------	------------------------------

(5) 営業日

営業日	営業時間
月・火・木・金	13:00~17:00 の間の 1~2 時間
月・水	9:00~12:00 の間の 1~2 時間

営業しない日	土・日・祝日・夏季休暇・年末年始 (12/30~1/3)
--------	------------------------------

3 運営方針

当施設は、(介護予防) 通所リハビリテーションを提供し、ご利用者様の心身の機能の維持回復を図ります。そして可能な限り居宅において、ご利用者自身が能力に応じ個別リハビリテーションを実施し自立した日常生活を営むことを目標とします。またご家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。

利用者様の実際の生活場面に即したリハビリテーションを提供します。

利用者様のリハビリの目標を設定し、計画的に行うものとします。

医師の指示及び利用者様の希望を踏まえて、リハビリテーション計画を作成します。

自ら提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善をはかることとします。

主治医や介護支援専門員、その他介護職担当者との連携を図り進めていきます。

当併設施設また、関係市町村、地域の医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

指導を親切・丁寧に行うことを旨とし、利用者様またはご家族に対しわかりやすく指導説明をいたします。

第三者評価は行っておりません。

4 サービスの内容および費用

(1) サービスの内容

① 送迎 ご自宅まで送迎いたします。

当事業所の送迎で車送迎を行います。

※大雨、洪水、暴風、大雪等の悪天候により送迎が困難と判断した場合、ご利用者様へご連絡いたします。状況によってはお休みとさせていただく場合もありますのでご理解をお願いいたします。

② 健康チェック 血圧・体温・脈拍・呼吸・病状チェック

日常の看護とともに健康管理に努めます。また、緊急時等必要な場合は主治医あるいは協力機関などに責任をもって引き継ぎます。

③ リハビリテーション

個別リハビリテーション、マシーントレーニング、集団リハビリテーション、物理療法（必要に応じて）

理学療法士による、ご利用者様の身体状況に適した個別リハビリテーション・自主トレーニング等を行い、身体機能・生活機能の維持と改善に努めます

医師が参加する月1回の多職種ミーティングを行い、医師より利用者様へ直接説明を行います。

④ 排泄

ご利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに排泄の自立についても適切な援助を行います。

⑤ 相談および援助

ご利用者様およびそのご家族様からの介護相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

(2) 費用

① 介護保険給付対象サービス

・介護保険の適応がある場合は、お持ちの介護保険負担割合に準じて、1割、2割、3割が利用者様の負担額となります（別紙参照）

・介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、全額が利用者様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。その場合利用者様は1か月につき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領収証を発行いたします

② その他の費用

休憩時におやつ、お茶を出させていただきます。1日につき50円のご負担をお願いいたします

(3) キャンセルについて

キャンセル料はかかりませんが、できる限り前日までに中止・変更についてご連絡ください

ご利用者様の様態の急変等、やむを得ない場合においては遅くともご利用開始予定時刻の3時間前には中止の旨のご連絡をお願いいたします。（連絡先・0854-28-7000）

(4) 支払い方法

毎月15日頃に前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。

3ヶ月分のお支払いが滞った場合は連帯保証人の方へ請求いたしますので予めご了承ください。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	<p>サービスを利用した月の翌月末（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。</p> <p style="text-align: center;"> XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX </p>
現金払い	<p>サービスを利用した翌月の月末（休業日の場合は直前の営業日）までに、窓口で現金でお支払いください。</p> <p>営業日：月～金 9:00～12:00（祝日休み） 又は、通所リハビリご利用時</p>

5 個人情報の保護について

(1) 利用期間

介護サービス提供に必要な時間および契約期間に準じます。

(2) 利用目的

- ・介護保険における介護認定の申請および更新・変更のため
- ・利用者様に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施する
- ・サービス担当者会議での情報提供のため
- ・医療機関、福祉事業所、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ・利用者様が医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- ・利用者様の利用する介護事業所のカンファレンスのため
- ・行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- ・その他サービス提供で必要な場合
- ・上記に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

(3) 使用条件

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外に決して利用しません。また、利用者様とのサービス提供に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。

個人情報を使用した会議の内容や相手方等について、経過を記録し請求があれば開示いたします事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

事業者が得た利用者様の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的には利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者様またはご家族様の了解を得るものとします。

6 緊急時・事故発生時の対応、苦情受付について

(1) 苦情受付窓口

当事業所利用者様相談窓口	窓口責任者：齋尾 峻太 ご利用時間 月・火・木・金 8：30～18：00 水 8：30～12：00 (水午後、土、日、祝日、夏季休暇・年末年始(12/30～1/3)を除く) ご利用方法：電話 0854-28-7000
--------------	--

苦情があった場合は、直ちに担当者が利用者様またはご家族と連絡を取り、詳しい事情を確認します

担当者が必要であると判断した場合は、管理者まで処理結果を報告します

苦情の内容・処理結果は台帳に記録を保管し、再発防止に役立てます

7 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急連絡先（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	
所在地	
氏名（医師名）	
電話番号	

緊急時連絡先（ご家族等）

氏名（続柄）	様（ ）
住所	
電話番号	

8 身体拘束

当事業所では、ご利用者様の意思及び人格を尊重し原則としてご利用者様に対し身体拘束は行わない方針です。ただし、ご利用者様または他のご利用者様の生命または身体が危険にさらされる可能性が高く、身体拘束その他の行動制限を行う以外に代用しうる看護・介護方法がない場合、また、身体拘束その他の行動制限が一時的である場合、身体拘束を行うことがあります。その場合、ご家族に説明し同意を得るものとします。また身体拘束を行った際には、医師が診療録にその状態を記載します。

9 非常災害時の対策

施設は非常災害に関する具体的計画を立てておくと共に非常災害に備えるために次の設備設置並びに訓練を実施します。

1. 消防法に基づく諸設備の完備、有資格者による定期点検
2. 年2回避難用誘導訓練
3. 年2回消火及び通報訓練

10 サービス利用に当たっての留意事項

・留意事項

- 金銭・貴重品の持ち込み、飲食物の持ち込みはご遠慮ください。
- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用表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。

・禁止事項

1. 外出
2. 喫煙
3. 火気（ライター・マッチ等）の持ち込み
4. 危険物（刃物等）の持ち込み
5. 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること
6. 飲酒状態
7. 営利目的（勧誘等）
8. 宗教活動
9. 政治活動
10. 他利用者への迷惑行為
11. 利用時間中に服用するお薬があれば用法等、事前に申し出てください

11 その他

- ご利用日の振替は、原則その週でお願いします。祭日等の休日の振替は職員にご相談ください。
- お迎えの時間は、交通事情等により遅れる事があり、その時はご自宅にお電話致しますので、職員が伺うまでご自宅でお待ちください。
- 来所後、健康チェックの結果、リハビリができない状態と判断した場合、看護師または他の職員の指示に従っていただきます。
- 体調が悪い場合、又は、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又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、適切に対処いたします。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。サービス内容が変更となった場合でも、当該日の予定利用料全額を算定致しますのであらかじめご了承ください。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つきまして、ご相談致します。
- リハビリテーション計画に基づき、要支援の方は6ヵ月での卒業を目指し、要介護の方は要支援を目指してリハビリを行います。

当事業者はサービス内容説明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サービス（介護予防リハビリテーション）のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

事業者の名称 医療法人 明誠会 白根医院
事業者の所在地 島根県安来市荒島町 1817-1
管理者 白根 一 ⑩
事業所番号 3210210369

説明者 職名 理学療法士
氏名 ⑩

私は、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（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受けました。

また、事業者が利用者及び、利用者の家族の個人情報を「5 個人情報の保護について」で示した利用目的に必要な最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名 ⑩

代理人（選任した場合）

住所

氏名 ⑩

※代行の理由

① 通所リハビリテーション料金

利用料（1割負担の場合）

※2割負担の方は2倍で、3割の方は3倍で換算

		1時間以上2時間未満	
要介護1		369円/日	
要介護2		398円/日	
要介護3		429円/日	
要介護4		458円/日	
要介護5		491円/日	
リハビリテーションマネジメント加算	イ	開始から6月以内	560円/月
リハビリテーションマネジメント加算	イ	開始から6月超	240円/月
リハビリテーションマネジメント加算	ロ	開始から6月以内	593円/月
リハビリテーションマネジメント加算	ロ	開始から6月超	273円/月
リハビリテーションマネジメント加算	ハ	開始から6月以内	793円/月
リハビリテーションマネジメント加算	ハ	開始から6月超	473円/月
事業所医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合			270円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算			110円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）		開始から3月以内	240円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）		開始から3月以内	1920円/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算		開始から6月以内	1250円/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）			20円/6月に1回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）			5円/6月に1回
栄養アセスメント加算			50円/月
口腔機能向上加算（Ⅰ）			150円/回（月2回）
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ			155円/回（月2回）
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ			160円/回（月2回）
科学的介護推進体制加算			40円/月
栄養改善加算			200単位（月2回）
サービス提供体制強化加算Ⅰ			22単位/回
退院時共同指導加算			600単位/回
理学療法士等体制強化加算			30円/日

※令和8年4月1日以降算定するもの

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	算定した単位数の1000分の86に相当する単位数
----------------	--------------------------

※令和8年6月1日以降算定するもの

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	算定した単位数の1000分の111に相当する単位数
-----------------	---------------------------

※送迎減算 片道－47円

② 介護予防通所リハビリテーション料金

利用料（1割負担の場合）

要支援1	2268円/月
要支援2	4228円/月

12か月超え減算

要件満たした場合 減算なし

満たさない場合 要支援1 120単位/月減算

要支援2 240単位/月減算

生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日から6月以内	562円/月
栄養改善加算		200円/月
栄養アセスメント加算		50円/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		20円/6月に1回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		5円/6月に1回
口腔機能向上加算（Ⅰ）		150円/月
口腔機能向上加算（Ⅱ）		160円/月
一体的サービス提供加算		480単位/月
退院時共同指導加算		600単位/回
科学的介護推進体制加算		40円/月
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

※令和8年4月1日以降算定するもの

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	算定した単位数の1000分の86に相当する単位数
----------------	--------------------------

※令和8年6月1日以降算定するもの

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	算定した単位数の1000分の111に相当する単位数
-----------------	---------------------------

実費用（税込価格）

お茶・おやつ代 50円/回

オムツ 198円（処理代込）

処理代 オムツ持ち込みの場合 50円

マスク代（忘れた時のみ）30円

栄養補助食品（対象者のみ）120円