

重要事項説明書

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)

当事業者は介護保険の指定を受けています

(愛知県指定第 2312203827号)

当事業所は、ご契約者に対して、指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーション）サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、ご契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

(2025年4月1日現在)

1 事業所

- (1) 法人名 医療法人 泰玄会
(2) 法人所在地 愛知県一宮市東五城字備前1番地の1
(3) 電話番号 0586-61-2121
(4) 代表者氏名 理事長 宇佐美 覚
(5) 設立年月 昭和48年6月

2 事業所の概要

- (1) 事業所種類 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）
愛知県 2312203827号
当事業所は泰玄会西病院に併設されています。
- (2) 事業所目的 通所リハビリテーションは、介護保険法令に従い、ご利用者がその有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営む事ができるよう支援する事を目的としてサービスの提供にあたります。
介護予防通所リハビリテーションは、介護保険法令に従い、「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善の可能性が高い」軽度者の状態に即した自立支援を目的としたサービス提供にあたります。
- (3) 事業所名称 泰玄会西病院
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）
- (4) 事業所所在地 愛知県一宮市小信中島字郷中104番地
- (5) 電話番号 0586-63-3200
- (6) 管理者氏名 多森 繁喜
- (7) 運営方針 通所リハビリテーションにおいては、要介護状態になった場合においても、そのご利用者が可能な限りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上のお世話及び機能訓練をおこなうことにより、ご利用者の社会的孤立の解決及び心身の機能の維持に努めると共にご利用者のご家族等の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
介護予防通所リハビリテーションにおいては、要支援状態の利用者の心身機能の改善を図るため、機能訓練並びに必要なに応じて運動機能向上サービスを提供し、生活の質の向上に資するサービス提供を行い、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行います。尚、運動機能向上については、国内外の文献等において有効性が確認されている適切なものとしします。
- (8) 開設年月日 平成12年10月2日
- (9) 事業の実施地域 一宮市、稲沢市の地域
- (10) 営業日及び営業時間 営業日 : 月曜日～土曜日（12月31日～1月3日を除く）
営業時間 : 午前8時30分～午後5時00分
サービス提供時間 : 午前10時00分～午後4時10分
* 当事業所は、上記サービス提供時間を越えるサービスの延長は、行っておりません。
* 介護予防通所リハビリテーションにおいては、ご利用者の希望、心身の状況等を踏まえ、ご利用者の同意に基づき時間設定をさせていただく場合がございます。
- (11) 利用定員 45名

3 職員の配置状況

当事業所に勤務する職種、員数及び職務の内容は以下のようになっています。

管理者 1名

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行なう。

医師 1名以上

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 5名以上

(うち理学療法士・作業療法士または言語聴覚士 1名以上)

従業者は、事業の提供を行う。

4 当事業所が提供するサービス

(1) 介護保険の給付となるサービス

① 入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。車椅子利用の方でもリフト浴を使用して入浴する事ができます。

② 排泄

- ・ 利用者様の状況に応じて適切な排泄の介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

③ 機能訓練

- ・ 理学療法士・作業療法士等により利用者様の心身等の状態に応じて適切な訓練を実施します。

④ 健康チェック

- ・ 血圧測定等利用者様の健康状態の把握を行います。

⑤ 送迎

- ・ ご自宅から施設までの送迎を行います。

(2) 介護保険の給付外となるサービス

① 食事

- ・ 当事業所では、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。
- ・ ご利用者の自立援助のため、ご自分で食事をとって頂く事を原則としています。
(ただし、体調不良の方については考慮いたします)

※ 食事の持込に関しては、病原菌O-157やその他衛生上の問題もありますので
ご遠慮願います。

② レクリエーション行事及び教養娯楽施設の利用等

5 サービス提供における事業所の義務

- ① 事業所及び事業所の従業者は、サービスの提供に当たって、ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 事業所は、ご利用者の体調・健康状態からみて必要な場合には、事業所の医師又は看護職員若しくは主治医と連携し、ご利用者からの聴取・確認の上でサービスを実施するものとします。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、非常災害に備え定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。
- ④ ご利用者に対する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)サービスの提供について記録を作成し、それを5年間保管し、ご利用者及びそのご家族等の請

求に応じこれを閲覧させ、複写を交付するものとします。ただし、複写に際しては、実費相当額を請求できるものとします。

- ⑤ 業務上知り得たご利用者及びそのご家族等に関する個人情報の利用目的を別紙の通り定め、適切に取り扱います。また正当な理由がない限り第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。尚、利用終了後も同様の扱いとします。但し、居宅介護支援事業所等との連携上、ご利用者及びそのご家族等に関する情報を提供する場合には、事前に文書により同意を得ることとします。

- ① サービス提供困難時の事業所間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連携
- ③ ご利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ ご利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

6 損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、ご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかにご利用者に対して損害を賠償します。ただし、ご利用者及びご利用者のご家族等に重大な過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。

7 当施設ご利用の際に留意していただく事項

設備・器具の利用	施設内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご使用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	他のご利用者に迷惑を及ぼす行為は禁止します。
宗教・政治・営利活動	施設内での宗教活動、政治活動、営利活動は禁止します。
動物の持ち込み	施設内へのペットの持ち込みはお断りします。
飲酒	施設内での飲酒は禁止します。
喫煙	施設・敷地内での喫煙は禁止します。

8 利用料金のお支払い方法

サービス利用料金等は基本的に1ヶ月ごとに事業所が計算し、前月利用料金の請求書を毎月10日までに発行します。その請求に基づきご利用者はこれを請求月の月末までに事業所窓口でお支払い頂くか、請求月にご指定の銀行口座より引落させていただきます。口座引落の場合は、請求月の27日（金融機関が休日の場合は翌営業日）が引落日となります。但し、銀行口座引落の場合は事前に手続が必要となります。

（例：4月利用分を5月10日～5月31日までにお支払いください）

9 利用の中止、変更、追加

- * ご利用者の都合によりサービスの利用を中止、変更される場合は、原則サービス実施日の前日までに事業所にお申し出ください。
- * サービスの利用の変更等のお申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望す

る期間にサービスの提供ができなくなった場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議いたします。

- * ご利用者が、体調不良等長期間（1ヶ月を越える場合）にわたり利用を休止され、その後、体調の回復に伴い再度利用される場合は、事業所の稼働状況によりご利用者の担当介護支援専門員と協議の上利用の中止または利用日の変更をする場合があります。

10 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

- ・苦情受付窓口（担当者） 相談員 渡邊 直樹
- ・受付時間 午前8時30分～午後5時00分
- ・電話 0586-63-3200
- ・その他 ご意見箱（1階ロビーに設置）

(2) その他の苦情受付機関

- ・愛知県国民健康保険団体連合会（名古屋市東区泉1丁目6-5）
電話 052-971-4165
- ・一宮市役所 福祉部介護保険課（一宮市本町2丁目5番6号）
電話 0586-85-7017
- ・稲沢市役所 福祉保健部高齢介護課（稲沢市稲府町1）
電話 0587-32-1111

【 介護保険給付対象サービス費の自己負担額について 】

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）サービスをご利用いただくにあたり、ご負担いただく費用についてご案内いたします。

介護保険給付対象となるサービス（利用料金表参照）のうち、ご利用になられたサービスの総単位数をもとに、下記の計算式によって算出された額が利用者様にお支払い頂く自己負担額となります。

《 計算式 》 （介護職員等処遇改善加算 I=8.6%）（地域加算 6 級地）

$$\text{サービス総単位数} \times 1.086 \times 10.33 \text{円} = \text{介護保険サービス利用料}$$

※ 小数点以下、四捨五入 ※ 小数点以下切り捨て

$$\text{介護保険サービス利用料} \times \text{保険給付割合} = \text{保険給付額}$$

※ 小数点以下切り捨て

$$\text{介護保険サービス利用料} - \text{保険給付額} = \text{利用者様負担額}$$

※ 自己負担割合は介護保険負担割合証を参照してください。

泰玄会西病院 介護予防通所リハビリテーション サービス利用料金表
(介護保険給付対象になるサービス)

サービス種類	単 位 数
介護予防通所リハビリテーション	要支援 1 2, 268単位/月
	要支援 2 4, 228単位/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562単位/月
退院時共同指導加算	600単位/回
栄養アセスメント加算	50単位/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160単位/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20単位/6ヵ月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5単位/6ヵ月
科学的介護推進体制加算	40単位/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
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位×86/1000 月

(介護保険給付対象にならないサービス)

	自 己 負 担 額 (1日あたり)
食 費	700円 (昼食)
おやつ代	110円 (1食)
日用品費	250円 (1日)
教養娯楽費	50円 (1日)
複写物交付費	10円 (1枚)

食 費 : 提供させて頂く食事に係る費用です。

日用品費 : 日用生活品の購入に係る費用です。

教養娯楽費 : 各種レクリエーション・クラブ活動・園芸活動に係る費用です。

複写物交付費 : ご利用者がサービス提供者の記録を閲覧し、複写が必要となった場合の費用です。

- * 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご利用者の負担額を変更いたします。

泰玄会西病院 通所リハビリテーション サービス利用料金表
(介護保険給付対象になるサービス)

サービス種類	単 位 数
通所リハビリテーション (大規模型)	要介護1 675単位/日
	要介護2 802単位/日
	要介護3 926単位/日
	要介護4 1,077単位/日
	要介護5 1,224単位/日
入浴介助加算 (I)	40単位/日
入浴介助加算 (II)	60単位/日
科学的介護推進体制加算	40単位/月
口腔機能向上加算 (II)	160単位/回
栄養アセスメント加算	50単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20単位/6ヵ月
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	5単位/6ヵ月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)	240単位/日
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250単位/月
サービス提供体制強化加算 (I)	22単位/日
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	(6月以内) 593単位/月 (6月超) 273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)	(6月以内) 793単位/月 (6月超) 473単位/月
(医師が説明した場合)	270単位/月
退院時共同指導加算	600単位/回
リハビリ提供体制加算	24単位/日
重度療養管理加算 ※ 要介護度3~5であり、手厚い看護介護が必要な状態	100単位/日
中重度者ケア体制加算	20単位/日
送迎を行わない場合の減算	-47単位/片道
介護職員等処遇改善加算 (I)	所定単位×86/1000 月

(介護保険給付対象にならないサービス)

	自 己 負 担 額 (1日あたり)
食 費	700円 (昼食)
おやつ代	110円 (1食)
日用品費	250円 (1日)
教養娯楽費	50円 (1日)
複写物交付費	10円 (1枚)

- 食費：提供させて頂く食事に係る費用です。
日用品費：日用生活品の購入に係る費用です。
教養娯楽費：各種レクリエーション・クラブ活動・園芸活動に係る費用です。
複写物交付費：ご利用者がサービス提供者の記録を閲覧し、複写が必要となった場合の費用です。

* 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご利用者の負担額を変更いたします。

令和 ____年 ____月 ____日

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）の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明を行いました。

泰玄会西病院 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）

説明者 氏名 _____

- 1 私は、本書面に基づいて事業所から重要事項を受け、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）の提供開始に同意します。
- 2 私は、居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所等に必要な機関に対し利用者及びその家族等に関する情報を提供することに同意します。

【利用者】 住所 _____

氏名 _____

私は、下記の理由により利用者に代わり、上記署名を行いました。

【署名代行者】 住所 _____

氏名 _____

署名代行の理由

身体に障害があり署名不可能なため

認知症等理解力に障害があり署名不可能なため

その他（ _____ ）

【利用者家族代表】 住所 _____

氏名 _____

当事業所はこの重要事項説明書に定めるサービスを確実に責任を持って行います。

住所 愛知県一宮市小信中島字郷中 104 番地

事業所名 医療法人泰玄会 泰玄会西病院

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）

院長 多 森 繁 喜 ㊞

電話番号 0 5 8 6 - 6 3 - 3 2 0 0

F A X 0 5 8 6 - 6 3 - 3 2 1 1