

No. _____

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)

利用者氏名 様

埼玉あすか松伏病院通所リハビリテーションセンター

医療法人社団明日佳

1 事業者概要

事業者の名称	医療法人社団明日佳
法人代表者氏名	理事長 安達 実樹
法人所在地	埼玉県北葛飾郡松伏町松伏1263番地5
電話番号	048-992-0411
設立年月日	平成6年4月1日
ホームページ	http://www.asuka-gp.jp/saitama/

2 事業所概要

事業所の名称	医療法人社団明日佳埼玉あすか松伏病院通所リハビリテーションセンター
事業所の住所	埼玉県北葛飾郡松伏町松伏1263番地5
営業日	月曜・火曜・水曜・金曜・土曜日（定休日：木曜、日曜、祝日、12/30～1/3）
営業時間	9時00分から17時00分
電話番号	048-992-0519
指定事業所番号	1111102961 号（令和4年1月1日指定）

3 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

要介護状態、要支援状態、事業対象者にある利用者に対して適正な指定通所リハビリテーション等を提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

事業所の従事者は、要介護・要支援・事業対象者状態等の心身の特性を踏まえて、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生活機能の維持又は向上を目指し、リハビリテーションを行うことによって利用者の心身機能の維持回復を図る。事業の実施にあたっては、地域の

結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、その他の居宅サービス事業者ならびにその他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供するものと密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

4 職員体制と職務内容（全単位共通）

医師 1名 医師は、通所リハビリテーションの提供に当たって、従業者へ指示を行うとともに、利用者の病状に応じた医学的管理を行う。

従事者

・理学療法士等 1名以上 理学療法士、作業療法士は、医師の診療に基づいて通所リハビリテーション計画を作成し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを提供する。

・介護職員 1名以上 介護職員は、リハビリテーションに伴って必要な介助及び援助を行う。（実情に応じた数）

5 利用定員

一単位目 10名 二単位目 10名 三単位目 10名 四単位目 10名

6 営業日・営業時間・サービス提供時間

営業日 月曜・火曜・水曜・金曜・土曜日（定休日：木曜、日曜、祝日、12/30～1/3）

営業時間 9:00～17:00

提供時間 一単位目 9:00～10:00 二単位目 10:40～11:40

三単位目 13:00～14:00 四単位目 14:40～15:40

7 通常の事業の実施地域

松伏町全域

※上記の市町村以外であってもサービスの提供は可能とする。（別途交通費）

8 サービス内容

（1）機能訓練（運動器機能向上）

心身の機能維持・向上を図り、利用者の日常生活がより豊かになるために必要な機能を優先し、プログラム作成することとする。転倒時に怪我をしやすいとされる臀部周囲の筋力を高め、大きな怪我が起きにくい体づくりを提供する。

（2）健康チェック（初回、以降3ヶ月ごと）

毎日のバイタル管理と定期身体測定、機能測定を行い、問題点の抽出とアドバイス、必要に応じて主治医の判断を仰ぎ、健康の維持促進を図る。

（3）送迎

利用者に対し、自宅までの送迎を行う。基本的に自宅玄関までとし、自宅以外のところには乗降はできないものとする。ただし、主介護者が長期滞在する場所においてはその限りではない。

（4）リハビリマネジメント

医師、理学療法士等は、利用者と定期的に通所リハビリテーションにおいての実施状況と心身機能の状態判定を行い、リハビリテーション計画に目標を定める機会を設ける。生活環境に応じて

機能訓練の質量を利用者に合わせ、早期目標達成を図る。

9 利用料金

料金表一覧のとおり

介護保険を利用する場合の負担割合は、区市町村が発行する負担割合証による（1割～3割負担）。ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担率による。

【請求とお支払い方法】

(1) 請求

事業者は利用料、その他費用を月ごとに利用者の負担割合に応じて請求することとする。

請求書は、サービス利用月の翌月20日までに発行し、通知する。

(2) 支払い方法

サービス利用の翌月27日までとする。

(ア) 利用者指定口座からの自動振替（手数料負担なし）

(イ) 事業者指定の口座への振り込み（手数料利用者負担）

(3) 領収書の発行

入金確認後、領収書を発行する。

令和6年6月1日現在

【料金表一覧】

- ・対象となる費用および加算は以下の表より対象となる項目にチェックのついているものを適用します。
- ・条件の変更（介護区分の変更、施設の加算要件の変更など）の場合は適用項目の変更を都度行います。

1. 要介護者料金

(1) 通所リハビリテーション費（1時間以上2時間未満）

	介護度	負担1割	負担2割	負担3割	適用
<input type="checkbox"/>	要介護1	381円	762円	1,144円	1回における利用料
<input type="checkbox"/>	要介護2	411円	822円	1,233円	
<input type="checkbox"/>	要介護3	443円	886円	1,329円	
<input type="checkbox"/>	要介護4	473円	946円	1,419円	
<input type="checkbox"/>	要介護5	507円	1,014円	1,522円	

(2) 加算項目（原則加算）

	加算項目	1割	2割	3割	詳細
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	42円/月	83円/月	124円/月	厚労省へ情報提供し、リハビリ計画を見直す場合
<input type="checkbox"/>	移行支援加算	13円/回	25円/回	37円/回	利用終了者が就労や通所介護へ移行している場合
<input type="checkbox"/>	理学療法士等体制強化加算	31円/回	62円/回	93円/回	PTOTSTが2名以上配置されている場合
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算	23円/回	46円/回	69円/回	介護職員のうち介護福祉士が

	(I)				70%以上の場合
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (III)	所定単位数 (基本サービス費+各種加算) 合計額に対し、6.6%を乗じた金額			

(3) 加算項目 (該当箇所のみ)

	加算項目		1割	2割	3割	詳細
<input type="checkbox"/>	リハビリテーションマネジメント加算 (イ)	開始6月以内	578円/月	1,157円/月	1,735円/月	リハビリ計画を作成し、毎月理学療法士等による説明を受けた場合
<input type="checkbox"/>	リハビリテーションマネジメント加算 (イ)	開始6月超	248円/月	496円/月	744円/月	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	開始6月以内	613円/月	1,225円/月	1,838円/月	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	開始6月超	282円/月	564円/月	846円/月	
<input type="checkbox"/>	短期集中個別リハビリテーション実施加算		114円/日	228円/日	341円/日	退院退所日等から起算し3月以内に個別リハを実施した場合
<input type="checkbox"/>	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		1,292円/月	2,583円/月	3,874円/月	生活行為の向上に向けて、月1回の訪問を実施した場合
<input type="checkbox"/>	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I) ※週2回上限		248円/日	496円/日	744円/日	認知症で、かつリハによって生活機能改善が見込まれると医師が判断し、3月以内の期間に集中的なりハを行った場合
<input type="checkbox"/>	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II) ※月4回以上		1,984円/月	3,967円/月	5,950円/月	
<input type="checkbox"/>	若年性認知症受入加算		62円/日	124円/日	186円/日	若年性認知症の診断を受けている方が利用した場合
<input type="checkbox"/>	栄養アセスメント加算		52円/月	104円/月	155円/月	栄養アセスメントを実施し、利用者、ご家族へ説明した場合
<input type="checkbox"/>	栄養改善加算 ※原則3月間、月2回上限		207円/回	414円/回	620円/回	管理栄養士等が自宅へ訪問し栄養改善サービスを実施した場合
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算 (I) ※6月に1回限度		21円/回	42円/回	62円/回	6月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、利用者に係る情報を担当介護支援専門員に文書で共有
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング		6円/回	11円/回	16円/回	

	(II) ※6月に1回を限度				した場合
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上加算 (I) ※月2回を限度	155 円/回	310 円/回	465 円/回	口腔機能の低下やその恐れのある方に、口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスを実施している場合
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上加算 (II) イ ※月2回を限度	160 円/回	320 円/回	480 円/回	
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上加算 (II) ロ ※月2回を限度	166 円/回	331 円/回	496 円/回	
<input type="checkbox"/>	退院時共同指導加算	620 円/回	1,240 円/回	1,859 円/回	医療機関の退院前カンファに参加した場合
<input type="checkbox"/>	送迎を行わない場合の減算	-49 円/片道	-97 円/片道	-146 円/片道	送迎を利用しない場合

2. 要支援者料金

(1) 介護予防通所リハビリテーション費 (1 時間以上 2 時間未満)

	介護認定	負担 1 割	負担 2 割	負担 3 割	適用
<input type="checkbox"/>	要支援 1 (週 1 回利用)	2,343 円	4,686 円	7,029 円	1 月における利用料
<input type="checkbox"/>	要支援 2 (週 2 回利用)	4,368 円	8,735 円	13,103 円	

(2) 加算項目 (月額、原則加算)

	加算項目	1 割	2 割	3 割	詳細
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	41 円	83 円	124 円	厚労省へ情報提供し、リハビリ計画を見直す場合
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算 (I)	要支援 1	90 円	182 円	介護職員のうち介護福祉士が 70% 以上の場合
		要支援 2	181 円	364 円	
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (III)	所定単位数 (基本サービス+各種加算) 合計に対し、6.6%を乗じた金額			

(3) 加算項目 (月額、該当箇所のみ)

	加算項目	1 割	2 割	3 割	詳細
<input type="checkbox"/>	生活行為向上リハビリテーション実施加算 ※開始後 6 か月以内	580 円	1,161 円	1,742 円	実際の生活場面評価を行うため 1 回の訪問を実施した場合
<input type="checkbox"/>	若年性認知症受入加算	247 円	496 円	744 円	若年性認知症の診断を受けている方が利用した場合
<input type="checkbox"/>	退院時共同指導加算	620 円/回	1,240 円/回	1,859 円/回	医療機関の退院前カンファに参加し

					た場合
--	--	--	--	--	-----

2. その他料金 ※利用した場合のみ

項目	金額
紙オムツ・紙パンツ・ 尿取りパット	各 330 円 (税込) /枚
希望される理学療法・作業療法に かかる材料費	実費負担額
通常の実施地域を越えて行う送迎 に要する費用	通常の実施地域を越えたところから 1 km まで片道 110 円 (税込) 3 km まで片道 330 円 (税込) 5 km まで片道 550 円 (税込)
利用時間延長自費サービス	550 円 (税込) /時間 最大 2 時間まで
キャンセル料	前日までの連絡は無料、当日連絡 550 円 (税込)、連絡なしでの休み 2,200 円 (税込) 急な発熱や緊急時はその限りではない。

【料金計算式】

ひと月利用の合計単位数 (基本単位+加算単位) ×※地域区分単価=費用合計

費用合計 - (費用合計 × {負担割合 0.9(1割)または 0.8(2割)または 0.7(3割)}) + 保険外費用 = 利用者負担額

※厚生労働大臣が定めるサービスごと地域区分の単価 (1 単位 = 10 円 ~ 11.40 円)

松伏町 (6 級地) = 1 単位あたり 10.33 円

【1 ヶ月のご利用料金の目安】

(4 週で計算) 説明時の要介護度 () 自己負担割合証 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)

1 ヶ月のご利用金額の目安 _____ 円

注 1 利用者負担額は、厚生労働省に定められた計算法に基づき計算しておりますが、実際の請求において合算のうえ計算した金額と端数において多少の誤差が生じる場合がございますのでご了承ください。

注 2 人員配置・算定要件により、加算の算定・変更となる場合があります。

注 3 介護保険の場合は利用料金の 1 割、2 割あるいは 3 割が利用者負担額になります。(利用者負担の減免、公費負担がある場合などはその負担率によります。)

注 4 利用者の介護保険の区分支給限度額を超えた場合は超えた単位数は保険対象外となり、全額自己負担していただきます。(利用料金の 10 割負担)

10 緊急時の対応方法

- ・病状等の急変時、非常事故など

サービスの提供中に容体の急変等の緊急事故が発生した場合は事前の打ち合わせにより、利用者の主治医、救急隊、利用者の家族、介護支援専門員(ケアマネージャー)、地域包括支援センターの担当者等に連絡いたし、必要な措置を講じる。

- ・非常災害時

サービス提供中に天災、その他非常災害が発生した場合は、消防計画にそって、利用者を安全な場所への避難誘導を講じる。安全の確認後利用者の家族へ必要な連絡を行う。

防火管理者 若菜 淳 防災訓練、避難訓練、通報訓練を年2回行うものとする。

11 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者がお住まいの区市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業所あるいは地域包括支援センター等に連絡するものとする。また、当事業所のサービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに損害賠償を行う。ただし、事業者が故意過失がなかったことを証明した場合は、この限りではありません。

12 サービス内容等に関する苦情・相談について

サービスの内容等に関する苦情・相談がある場合は、下記の窓口にご連絡ください。

①	当事業所の窓口	〒343-0111 埼玉県北葛飾郡松伏町松伏1 2 6 3 番地 5 相談担当者 祝 大史 (ほうり たいし) 受付時間 午前9時00分～午後5時00分 電話 048-992-0519
②	地域包括支援センター	地域包括支援センター 048-992-2468
③	お住まいの区市町村の 相談窓口	松伏町 048-991-1886
④	お住まいの都県の 国民健康保険団体連合会	埼玉県 048-824-2568 (苦情相談専用)

14 記録の保管

サービス提供の記録は保管し、記録の閲覧も可能とする。写しが必要な場合、事業者は実費費用を請求できるものとする。(交付に関しては本人及び家族に限定する)

15 重要事項説明書の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じる事が予想される場合や変更された場合には、利用者はその内容を書面にて通知し、口頭で説明をする。書面での直接交付が難しい場合は郵送する。利用者の同意が必要とされるサービス内容の変更および料金表の変更の場合は別紙書面の同意書で説明、同意、交付を行う。そのほかの変更点に関して、書面にて交付し、交付日から1月以内に不明点など連絡が無い

場合は同意したものとみなす。

16 個人情報の保護に関する取り扱いについて

事業所が得た利用者又はその家族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利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又はその家族の同意を得るものとする。

17 その他、留意事項

・利用のキャンセルについて

サービスのご利用前にキャンセル日時と事由についてご連絡をお願いいたします。

・サービスの中止について

利用者の健康状態によってはサービスを中止することがあります。また利用中急な体調不良などの場合においては緊急連絡先に連絡し、必要な措置を適切に行います。また他の利用者の健康に影響を与える可能性がある場合は、速やかに申告をしてください。体調の改善までサービスの利用が難しい場合があります。

・送迎について

交通状況により、送迎車両の到着時間が予定よりずれる場合がありますので、自宅内にて待機していただきます。大幅に遅れる事態はご連絡を入れさせていただきます。

・警報発令等における臨時休業について

災害の発生が予想される場合は、臨時休業とさせて頂く場合があります。

当事業所は、利用者及びご家族様に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開始にあたり、サービス内容を含む重要事項、料金について説明致しました。

令和 年 月 日

<事業所名称> 医療法人社団明日佳埼玉あすか松伏病院通所リハビリテーションセンター

<事業所住所> 埼玉県北葛飾郡松伏町松伏1263番地5

<管理者> 大矢 正俊

<説明者> _____

私は、サービス内容及び重要事項、料金について、医療法人社団明日佳埼玉あすか松伏病院通所リハビリテーションセンターから説明を受け、同意し、交付を受けました。

同意日：令和 年 月 日

<利用者> 住所 _____

自署 _____

<身元引受人> 住所 _____

氏名

(続柄

)

埼玉あすか松伏病院 通所リハビリテーションセンター(以下「当施設」)では、お預かりした個人情報について、以下のとおり適正かつ安全に管理・運用することに努めます。

1. 利用目的

当施設は、収集した個人情報について、以下の目的のために利用いたします。

- ① 医療・介護サービスの提供のため
- ② ご家族への医療・介護サービスの説明のため
- ③ 医療・介護保険事務のため
- ④ 会計・経理のため
- ⑤ 他院・保険薬局・診療所・助産所・介護サービス事業者などとの連携のため
- ⑥ 外部の医師などへの助言依頼のため
- ⑦ 施設内での医療・介護実習、症例研究のため

2. 第三者提供

当施設は、以下の場合を除いて、個人データを第三者へ提供することはありません。

- ① 法令に基づく場合
- ② 人の生命・身体・財産を保護する為に必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- ③ 利用者が意識不明または判断能力に疑いがあるという状態であり、緊急対応時に家族や関係機関などへ状況・状態を伝える必要がある場合
- ④ 公衆衛生の向上・児童の健全な育成のために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- ⑤ 国の機関や地方公共団体、その委託者などによる法令事務の遂行にあたって協力する必要がある、かつ本人の同意を得ることで事務遂行に影響が生じる可能性がある場合

3. 開示請求

貴殿の個人情報について、ご本人には、開示・訂正・削除・利用停止を請求する権利があります。手続きにあたっては、ご本人確認のうえ対応させていただきますが、身元引受人の場合も可能です。詳細については、以下「個人情報相談窓口」へご連絡ください。

個人情報相談窓口

〒343-0111 埼玉県北葛飾郡松伏町松伏 1263-5
埼玉あすか松伏病院 通所リハビリテーションセンター 問い合わせ窓口
TEL：048-992-0519

以上

私は、上記の個人情報取り扱い事項について同意します。

令和 年 月 日

利用者本人署名 _____ (印)

身元引受人署名 _____ (印)