

## 通所リハビリテーション事業所 リハビリテーション病院さらしな

## 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. リハビリテーション病院さらしな 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概要

## (1) 施設の名称・所在地等

名 称	医療法人社団 白金会 リハビリテーション病院さらしな
所在地	千葉県市原市更級 1-5-3
電話番号	0436-25-2345
事業所番号	1210612879
送迎サービスを提供する対象地域	市原市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

## (2) 職員体制

	常 勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1名			1名
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	4名	1名		5名
看護職員	1名			1名
介護職員		2名		2名

## (3) 設備等

定 員	10名	リハビリテーション機器	ステッパー、レッグプレス等
機能訓練室	297.61 m <sup>2</sup>	送 迎 車	4台

## (4) 営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土曜日とする。但し年末年始（12月31日～1月3日）を除く。	
営業時間	午前9時00分～午後16時20分	
サービス提供時間	①午前9時20分～午前10時35分 ③午後13時15分～午後14時30分	②午前10時45分～午後12時00分 ④午後14時40分～午後15時55分

## 2. 提供するサービス内容

- ①送迎 ②機能訓練 ③生活相談等

## 3. 料金

### (1) - 1 基本料金 (要介護)

①利用料 通常規模型通所リハビリテーション費：1～2時間未満（要介護 1日当たり）

	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	369	389円	779円	1,168円
要介護2	398	420円	840円	1,260円
要介護3	429	453円	905円	1,358円
要介護4	458	483円	966円	1,450円
要介護5	491	518円	1,047円	1,554円

### ②加算料金

加算項目	基本単位数	自己負担額 1割負担	自己負担額 2割負担	自己負担額 3割負担
理学療法士等体制強化加算	30	32円(日額)	64円(日額)	95円(日額)
リハビリテーションマネジメント加算 イ【6月以内】	560	591円(月額)	1,182円(月額)	1,773円(月額)
リハビリテーションマネジメント加算 イ【6月超】	240	254円(月額)	507円(月額)	760円(月額)
リハビリテーションマネジメント加算 ロ【6月以内】	593	626円(月額)	1,252円(月額)	1,877円(月額)
リハビリテーションマネジメント加算 ロ【6月超】	273	289円(月額)	577円(月額)	865円(月額)
医師が利用者又はその家族に説明した場合	270	285円(月額)	570円(月額)	855円(月額)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※1	22	24円(日額)	47円(日額)	70円(日額)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※1	18	19円(日額)	38円(日額)	57円(日額)
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ※1	6	7円(日額)	13円(日額)	19円(日額)
短期集中個別リハビリテーション実施 加算【3月以内】	110	117円(日額)	232円(日額)	349円(日額)
生活行為向上リハビリテーション実施 加算【6月以内】	1,250	1,319円(月額)	2,638円(月額)	3,957円(月額)
栄養アセスメント加算	50	53円(月額)	106円(月額)	159円(月額)
栄養改善加算(月2回を限度)	200	211円(1回)	422円(1回)	633円(1回)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回を限度)	20	22円(1回)	43円(1回)	64円(1回)

加算項目	基本 単位数	自己負担額 1割負担	自己負担額 2割負担	自己負担額 3割負担
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） （6月に1回を限度）	5	6円(1回)	11円(1回)	16円(1回)
退院時共同指導加算	600	633円(1回)	1,266円(1回)	1,899円(1回)
口腔機能向上加算（Ⅰ） （月2回を限度）	150	159円(1回)	317円(1回)	475円(1回)
口腔機能向上加算（Ⅱ） （月2回を限度）	160	169円(1回)	338円(1回)	507円(1回)
科学的介護体制加算	40	43円(月額)	85円(月額)	127円(月額)
移行支援加算	12	13円(日額)	26円(日額)	38円(日額)
事業所が送迎を行わない場合の減算	-47	-50円(片道)	-100円(片道)	-149円(片道)
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定数以上生じている場合	所定金額の3%加算			

※1 サービス提供体制強化加算は従業員の配置状況により変更となる場合があります。

※ 社会情勢によって行政から臨時の措置等がある場合、基本料金等に加算が生じる可能性があります。

(1) - 2 基本料金 (要支援)

①利用料 介護予防通所リハビリテーション費：1～2時間未満 (要支援 1月当たり)

	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1	2,268	2,393 円(月額)	4,785 円(月額)	7,178 円(月額)
要支援 2	4,228	4,461 円(月額)	8,921 円(月額)	13,382 円(月額)

④加算料金

加算項目	基本 単位数	自己負担額	自己負担額	自己負担額
		1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※2				
要支援 1	88	93 円(月額)	186 円(月額)	279 円(月額)
要支援 2	176	186 円(月額)	372 円(月額)	558 円(月額)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※2				
要支援 1	72	76 円(月額)	152 円(月額)	228 円(月額)
要支援 2	144	152 円(月額)	304 円(月額)	456 円(月額)
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ※2				
要支援 1	24	26 円(月額)	51 円(月額)	76 円(月額)
要支援 2	48	51 円(月額)	102 円(月額)	152 円(月額)
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) (6月に1回を限度)	20	22 円(1回)	43 円(1回)	64 円(1回)
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) (6月に1回を限度)	5	6 円(1回)	11 円(1回)	16 円(1回)
退院時共同指導加算	600	633 円(1回)	1,266 円(1回)	1,899 円(1回)
栄養アセスメント加算	50	53 円(月額)	106 円(月額)	159 円(月額)
栄養改善加算	200	211 円(月額)	422 円(月額)	633 円(月額)
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150	159 円(月額)	317 円(月額)	475 円(月額)
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160	169 円(月額)	338 円(月額)	507 円(月額)
一体的サービス提供加算	480	506 円(月額)	1,013 円(月額)	1,519 円(月額)
科学的介護体制加算	40	43 円(月額)	85 円(月額)	127 円(月額)
生活行為向上リハビリテーション実施 加算【6月以内】	562	593 円(月額)	1,186 円(月額)	1,779 円(月額)
利用を開始した日の属する月から起算 して12月を超えた期間に介護予防通所 リハビリテーションを行った場合				
要支援 1	-240	-127 円(月額)	-253 円(月額)	-380 円(月額)
要支援 2	-240	-253 円(月額)	-506 円(月額)	-760 円(月額)

※2 サービス提供体制強化加算は従業員の配置状況により変更となる場合があります。

※ 社会情勢によって行政から臨時の措置等がある場合、基本料金等に加算が生じる可能性があります。

(2) 地域加算

地域区分 五級地 千分の五十五 = 1単位 10.55 円

1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合がございます。

(3) その他自己負担となるもの

なし

(4) キャンセル料（要介護の場合のみ）

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかる場合がございます。

予定日の前営業日午後 5 時までにご連絡をいただいた場合	無料
予定日の当日午前 8 時半までにご連絡をいただいた場合	利用料の 5%
予定日の当日午前 8 時半までにご連絡をいただかなかった場合	利用料の 10%

(5) 支払い方法

現金での支払いをお願いしております。

毎月、月末締めにて翌月の 15 日前後に請求書をお渡し致します。

集金袋利用し、窓口にてお支払い下さい。お支払い頂いた際に、領収書を発行致します。

#### 4. サービスの終了について

##### (1) お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了する日の1週間前までに文書でお申出下さい。

##### (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いただく場合がございます。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

##### (3) 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合若しくは被保険者資格を喪失したとき。

##### (4) その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当院が倒産した場合、お客様は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず20日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当院や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為（職員や他利用者へ当事業所がハラスメントと認める行為等を含む）を行った場合は、文書で通知することによりサービスを終了させて頂く場合がございます。

#### 5. 秘密の保持及び個人情報の保護

当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙1のとおり定め、適切に取り扱います。

詳細は別紙1をご参照下さい。

#### 6. ご利用に当たっての留意事項

別紙2 リスクの説明書をご参照下さい。

#### 7. 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族等に連絡の上、対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族等に連絡の上、対応します。又、必要に応じて速やかに主治の医師等に連絡を取る等必要な措置を講じます。

## 8. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心してご利用していただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

## 9. 緊急時の対応

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡を致します（別紙緊急連絡先用紙に記載）。

## 10. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 職員による災害時の誘導、防災食品、防災用品等
- ・ 防災設備 消火器等消化用具の設置
- ・ 防災訓練 年2回防災訓練の実施

## 11. サービス内容に関する苦情

### ①当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ご利用者苦情担当

担当窓口： サービス提供担当者

電話番号： 0436-25-2345（代表）

### ②その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・ 市原市役所 高齢者支援課： 電話番号 0436-23-9873
- ・ 千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係： 電話番号 043-254-7428

## 【個人情報の利用目的について】

個人情報の取扱いについては、細心の注意を払い、下記の目的で利用させていただきます。

### ①医療介護提供

- ・利用者の皆様に提供する医療および介護サービス
- ・サービスの質の向上を目的とした他の病院、診療所、薬局、介護サービス事業者等の連携
- ・他の医療機関等からの照会への回答
- ・外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・診療等に必要ない検体検査業務、給食業務の業務委託
- ・ご家族等への病状説明
- ・その他、利用者の皆様への医療および介護サービス提供に関する利用

### ②診療費・介護報酬請求のための事務

- ・診療報酬・介護報酬等の請求に関する事務
- ・医療・介護保険審査支払機関へのレセプト（診療・介護報酬明細書）の提出
- ・審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・公費負担医療に関する事務および行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ・交通事故に関する事務および損害保険会社等への医療費等の請求に関する事務
- ・その他、医療・介護・労災保険および公費負担医療に関する診療費請求のための利用

### ③管理運営業務

- ・会計、経理業務
- ・医療事故等の報告
- ・医療・介護サービスおよび業務の維持・改善のための基礎資料
- ・利用者の皆様の医療および介護サービスの向上
- ・入退院等の病棟管理
- ・その他、管理運営業務に関する利用

### ④その他の利用

- ・事業者・市町村等から委託を受けた健康診断におけるその結果通知
- ・医師・施設賠償保険等に係わる医療に関する専門の団体や保険会社等への相談また届出等
- ・医療および介護にたずさわる実習生への協力
- ・医療および介護サービスの質の向上を目的とした院内症例検討
- ・外部監査機関への情報提供

\* 上記項目に同意しがたい項目がある場合には、その旨を職員にお申出下さい。

\* お申出がない場合には、同意していただいたものとして取扱わせていただきます。

## 【利用時のリスク説明書】

職員一同は皆様に適切な通所リハビリテーション利用環境を提供できるよう日々努力いたしております。また、細心の注意を払い事故を防げるよう対策を立てております。しかし、通所リハビリテーションはその性質上、実施そのものにリスクを内在するものであり、また送迎中の事故や送迎中および通所リハビリテーション利用時間中の急変など不測の事態が起こることもありえます。職員配置は国の基準以上を満たしておりますが、ご利用者お一人おひとりを常時見守ることは困難なことを合わせてご了承ください。

以下に事例をご紹介します。

- 送迎車の運転については十分に注意をして安全運転に努めていますが、後方からの追突事故など防げない事故もあります。
- ご自宅より床材が硬く、広い空間の中、安全につかまれる場所も限られています。歩行時の転倒、ベッドや車いすからの転落等による骨折、重篤な外傷も起こり得ることがあります。
- 加齢、病気等で皮膚が薄くなっていたり、血管がもろくなっている方は着替えなどの日常生活上の介護による少しの摩擦や接触により表皮剥離や皮下出血が生じやすい状態にあります。
- 脳卒中、心臓の疾患、てんかん発作等により、急変や突然死の危険があります。
- 風邪や消化器系、皮膚疾患等の感染症について、一定の予防策を講じておりますが、感染の可能性はご自宅より高まります。
- 疾患や全身状態によって骨の弱くなっている方では、日常生活動作やくしゃみなどによっても骨折を起こす場合があります。リハビリテーション中の歩行訓練や動作訓練、関節可動域訓練等においても骨折や、痛みが出てしまうことがあります。
- 炎症性の疾患をお持ちの方では、気候条件等の変化により痛みを生じやすい状態になっている場合があります。予想し得なかった炎症性の痛みがリハビリテーション施行中・施行後に発現する場合があります。
- 介護施設では身体拘束を行わないことから、認知症など指示理解の難しい方や、不穏など精神的に混乱しやすい方、服薬の影響により動作が不安定なりやすい方は、転倒など不測の事態が起こる危険性が高まります。
- ご本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師等の判断で緊急で病院へ搬送することがあります。

その他、疾病や個人の特性に従い様々な危険要因があります。その危険要因を予測および管理できるよう努力してまいりますが不測の事態が起きる可能性をゼロにすることは困難であります。

通所リハビリテーションの利用にあたり、ご理解・ご了承いただけるようお願いいたします。

..... 契約する場合は以下の確認をすること .....

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あたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 所在地 千葉県市原市更級 1-5-3 名称 医療法人社団白金会 リハビリテーション病院さらしな  
(事業所番号 千葉県 1210612879 号)

説明者 リハビリテーション部門  
氏名

私は、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、契約書及び本書面、別紙1、別紙2を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

利 用 者  
<氏 名>

\_\_\_\_\_

<住 所>

\_\_\_\_\_

代 理 人  
<氏 名>

\_\_\_\_\_

<住 所>

\_\_\_\_\_

<続 柄>

\_\_\_\_\_

※本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名し、それをもって契約開始となる