

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  
重要事項説明書

社会医療法人千秋会  
井野口病院

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重要事項説明書

[2024年6月1日変更]

1. 通所リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会医療法人千秋会
代表者名	理事長 井野口 真吾
事業所所在地	(住所) 〒739-0007 広島県東広島市西条土与丸6丁目1番91号
連絡先	(電話) 082-422-3711 (FAX) 082-422-3714

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称及び事業所番号

事業所名	井野口病院
所在地・連絡先	(住所) 〒739-0007 広島県東広島市西条土与丸6丁目1番91号 (電話) 082-422-3711 (FAX) 082-422-3714
事業所番号	3412510962
管理者の氏名	病院長(所長) 井藤 久雄

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種等	人数	常勤	非常勤	常勤換算後人数	職務の内容
管理者	1名	1名			
医師	2名以上 (内、1名は管理者と兼務)	2名以上			
理学療法士	1名以上	1名以上	1名以上		
作業療法士	1名以上	1名以上			
言語聴覚士	1名以上	1名以上			
介護職	1名以上	1名以上			
管理栄養士	1名以上	1名以上			

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種等	サービス提供日時	営業日時
管理者	月曜、火曜、木曜、金曜、土曜 1単位：9:30-10:40 2単位：11:00-12:10 3単位：13:50-15:00 4単位：15:20-16:30 祝日、年末年始(12月30日か)	月曜、火曜、木曜、金曜、土曜 8:30~17:30 祝日、年末年始(12月30日か)

	ら翌年1月3日)、盆(8月15日を含む3日間)等、井野口病院の休診日は除く。	ら翌年1月3日)、盆(8月15日を含む3日間)等、井野口病院の休診日は除く。
医師	〃	〃
理学療法士	〃	〃
作業療法士	〃	〃
言語聴覚士	〃	〃
介護職	〃	〃
管理栄養士	〃	〃

#### (4) 事業の実施地域

通常の実施地域	東広島市の一部(西条、八本松、高屋)とする。 ※上記地域以外に利用希望者がいた場合等、希望者と相談の上、実状を考慮し利用の可否について決定する。
---------	---

### 3. サービスの内容及び費用等

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が主に身体・生活機能の維持・向上を目的としたリハビリを行う。主治医(またはかかりつけ医)がリハビリの必要性があると判断した場合にサービスを提供します。ただし、リハビリは必要な時期に必要な期間(目標)を定めて行うこととされており、永続的な頻度や期間を約束するものではありません。また、原則、医療保険と介護保険のリハビリの併用は出来ません。

#### (1) サービス内容等

保険の種類	介護保険(介護認定者に限る)
サービス内容	個別リハビリ、集団リハビリ、物理療法、自主練習、健康チェック、栄養改善サービス、口腔機能向上サービス等
サービス提供スタッフ	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護職、管理栄養士
送迎	有(利用者宅と当院リハビリ室との往復) ※送迎が不要な場合は予めお申し出ください。

#### (2) 費用

##### 【通所リハビリテーション】

項目	単位
通所リハビリテーション費(1時間以上2時間未満) 要介護1	369 単位/回
通所リハビリテーション費(1時間以上2時間未満) 要介護2	398 単位/回
通所リハビリテーション費(1時間以上2時間未満) 要介護3	429 単位/回
通所リハビリテーション費(1時間以上2時間未満) 要介護4	458 単位/回
通所リハビリテーション費(1時間以上2時間未満) 要介護5	491 単位/回
理学療法士等体制強化加算	30 単位/日

リハビリテーションマネジメント加算（イ）6月以内	560 単位／月
リハビリテーションマネジメント加算（イ）6月超	240 単位／月
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
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）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
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）6月超	473 単位／月
事業所の医師が利用者・家族に説明し同意を得た場合	270 単位／月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 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
栄養アセスメント加算	50 単位／月
栄養改善加算	200 単位／回
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位／回
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位／回
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 単位／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155 単位／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160 単位／回
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 単位／月
送迎減算	-47 単位／片道
移行支援加算	12 単位／日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位／回
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1月につき所定単位数 の 86/1000 加算
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	1月につき所定単位数 の 83/1000 加算
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	1月につき所定単位数 の 66/1000 加算
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	1月につき所定単位数 の 53/1000 加算

※送迎を実施しなかった場合は、-47 単位／片道となります。

### 【介護予防通所リハビリテーション】

項 目	単 位
介護予防通所リハビリテーション費 要支援 1	2,268 単位／月
介護予防通所リハビリテーション費 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
栄養改善加算	200 単位／回
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位／回

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位/回
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150 単位/回
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160 単位/回
一体的サービス提供加算	480 単位/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Ⅰ	88 単位/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) 要支援Ⅱ	176 単位/月
予防通所リハ 12 月超減算 要支援 1	<u>—120 単位/月</u>
予防通所リハ 12 月超減算 要支援 2	<u>—240 単位/月</u>
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	1 月につき所定単位数の 86/1000 加算
介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	1 月につき所定単位数の 83/1000 加算
介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)	1 月につき所定単位数の 66/1000 加算
介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)	1 月につき所定単位数の 53/1000 加算

※介護保険法により定められた方法により、1 単位 10.17 円で 1 ヶ月間計算し、そのうち、1 割、2 割もしくは 3 割がご利用者様のご負担となります。

**利用料=単位数×利用回数×10.17 円×10%、20%もしくは 30%**

### 【送迎】

通常の事業の実施地域を超えて行う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に要した送迎費用は、実施地域を超えた地点から自宅まで次の額を徴収させていただきます。

区分 (片道の距離)	交通費
3. 5km未満	150円
3. 5km以上4. 5km未満	200円
4. 5km以上5. 5km未満	250円
5. 5km以上6. 5km未満	300円
6. 5km以上7. 5km未満	350円
以下、1km増すごとに50円を加算する。 ※消費税は別途徴収する。	

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者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します。

### (3) 利用料等のお支払方法

毎月 10 日以降から前月分のご利用料の請求を致します。お支払いは原則口座振替でのお支払いをお願いいたします。口座振替日は毎月 27 日（休業日は翌営業日）です。口座振替の手続き中などやむを得ない場合のお支払いは、銀行振込、現金払いのいずれかをご利用ください。

#### 【振込先】

広島銀行西条支店

普通預金口座（口座番号 0711365）

口座名義 社会医療法人千秋会 理事長 井野口真吾

## 4. 事業所の運営方針

介護保険法及び関係法令、その他契約の履行に関する事項に従い、ご利用者様が要介護（要支援）状態となった場合においても、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、その他必要なリハビリテーションを行います。

## 5. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所ご利用者様の 相談窓口	相談窓口 地域医療連携室 担当者 佐藤 奈保子 ご利用時間 8:30 ~ 17:30 ご利用方法 電話（直通 082-422-3751） 面談（当事業所 1 階地域医療連携室）
広島県国民健康保険 団体連合会 介護福祉課	〒730-8503 広島市中区東白島町 19 番 49 号 国保会館 電話：082-554-0783 受付時間：午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分まで （月曜日～金曜日） ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び 12 月 29 日・30 日・31 日・1 月 1 日・2 日・3 日を除く。
東広島市 健康福祉部 介護保険課	〒739-8601 東広島市西条栄町 8 番 29 号 本館 2 階 電話：082-420-0937 開庁日：月曜日～金曜日まで祝日、祭日及び年末年始 （毎年 12 月 29 日から翌年 1 月 3 日まで）を除く 開庁時間：8 時 30 分から 17 時 15 分まで

## 6. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかにご利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（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 及 び 所在地	
氏 名	
電話番号	

### 【緊急連絡先（家族等）】

氏名（続柄）	続柄：
住 所	
電話番号	（自宅）                      （携帯）

## 7. 災害時等の対策

### (1) 非常時の対応

別途定める消防計画等に基づき対応します。

### (2) 避難訓練

別途定める消防計画等に基づき行います。

### (3) 防災設備

スプリンクラー設備、ハロゲン化物消火設備、消火器、自動火災報知設備、ガス漏れ警報設備、非常放送設備、誘導灯、連結送水管、排煙設備、消防用水

## 8. 虐待防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

### (1) 虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止に関する担当者	リハビリテーション科 池部 詞織
-------------	------------------

### (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

### (3) 虐待防止のための指針の整備をします。

### (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

### (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、

これを市町村に通報します。

#### 9. サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 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票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。
- ・ 敷地内での喫煙はご遠慮ください。
- ・ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・ 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

#### 10. 個人情報の使用について

契約書別紙『個人情報使用同意書』のとおり

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項、個人情報の使用について説明し同意をいただきました。この重要事項説明書は、本証 2 通を作成し、利用者、事業者各署名して 1 通ずつ保有します。

年 月 日

事業者	住所 〒739-0007 広島県東広島市西条土与丸 6 丁目 1 番 91 号
	事業者（法人）名 社会医療法人千秋会
	事業所名 井野口病院
	事業所番号 3412510962
	代表者名 理事長 井野口 真吾

説明者	職名
	氏名

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項、個人情報の使用についての説明を受け、本件について同意致します。

利用者	住所
	氏名

代理人（選任した場合） （代筆者）	住所
	氏名
	（続柄： )

家族代表者	住所
	氏名
	（続柄： )