

介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

（令和 年 月 日現在）

1. 当法人が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0748-72-6908

（月～金曜日 午前9：25～午後 3：35）

担当者 戸谷 佑佳

※御不明の点は、なんでもお尋ねください。

2. 甲西リハビリ病院 通所リハビリセンターの概要

（1）提供できるサービスの種類と地域、第三者評価の実施状況

事業所名	甲西リハビリ病院 通所リハビリセンター
所在地	滋賀県湖南市夏見1168番地
介護保険指定番号	2512300118
その他のサービス	居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション
サービスを提供する地域*	湖南市
第三者評価の実施状況	評価実施：無
	実施した直近の年月日：
	実施した評価機関の名称：
	評価結果の開示状況：

※上記地域以外の方でも御希望の方は御相談ください。

（2）同事業所の職員体制

	資 格	常 勤	非 常 勤	計
管理者	医 師	1名		1名
従事者	医 師	3名	1名	4名
	作業療法士	0名	1名	1名
	理学療法士	3名	2名	5名
	言語聴覚士			
	看 護 師		5名	5名
	准看護師			
	介 護 員	3名	1名	4名
マッサージ師			1名	1名

（令和6年6月1日現在）

(3) サービス提供時間帯

月・火・木・金曜日	9:25～15:35	(サービス提供時間 6時間以上 7時間未満)
水曜日 (午前)	9:30～11:00	(サービス提供時間 1時間以上 2時間未満)
水曜日 (午後)	14:00～15:30	(サービス提供時間 1時間以上 2時間未満)

3. サービス内容

(1) 健康チェック
(2) 給食サービス
(3) リハビリテーション
(4) 生活相談
(5) レクリエーション
(6) 診察
(7) マッサージ (火・水・木は除く)
(8) 送迎

4. 利用料金

湖南省は地域区分「7等級」の指定となり、1単価 10.17円となります。

自己負担額は介護報酬総額から保険負担分(9割、8割もしくは7割)を引いた差額となります(1円未満の単数切り捨て)。自己負担金の割合は市町の発行する「負担割合証」により判断いたします。

(1) 利用料

お支払いいただく料金の単価は下記のとおりです。

<自己負担金1割の場合>

	要支援1		要支援2	
	利用料金	自己負担金	利用料金	自己負担金
基本料金 (1ヶ月につき)	23,065円	2,307円	42,998円	4,300円
基本料金 サービス提供体制強化加算(I)(1ヶ月につき) ※1	894円	90円	1,789円	179円
合計		2,397円		4,479円
	上記とは別に利用1回につき			
		自己負担金		自己負担金
食事代		640円		640円
おやつ代		90円		90円

利用内容によって加算される項目			
項 目		利 用 料	自己負担金
若年性認知症利用者受入加算 * 65 歳未満の認知症利用者に対するリハビリを実施した場合に加算		2,440 円/月	244 円/月
退院時共同指導加算 * 病院や診療所を退院する利用者に対し、通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回のサービス提供を行う場合に加算		6,102 円/回	611 円/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算(6 月以内) * 生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーション計画を作成し、利用者の能力の向上を支援した場合に加算		5,715/月	572 円/月
科学的介護推進体制加算 * 利用者ごとの、ADL 値、心身の状況に係る基本的な情報等を厚労省に提出し、情報を活用している場合に加算		406 円/月	41 円/月
栄養改善加算 (3 か月以内の期間に限り月 1 回まで) * 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合		2,034/回	204 円/回
介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)		所定単位数× 5.3%/月	所定単位数× 5.3%の 1 割/月
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	-1,220 円/月	-122 円/月
	要支援 2	-2,440 円/月	-244 円/月

<自己負担金 2 割の場合>

	要支援 1		要支援 2	
	利用料金	自己負担金	利用料金	自己負担金
基本料金 (1ヶ月につき)	23,065 円	4,613 円	42,998 円	8,600 円
基本料金 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(1ヶ月につき) ※1	894 円	179 円	1,789 円	358 円
合 計		4,792 円		8,958 円
	上記とは別に利用 1 回につき			
		自己負担金		自己負担金
食事代		640 円		640 円
おやつ代		90 円		90 円

利用内容によって加算される項目			
項 目		利 用 料	自己負担金
若年性認知症利用者受入加算 * 65 歳未満の認知症利用者に対するリハビリを実施した場合に加算		2,440 円／月	488 円／月
退院時共同指導加算 * 病院や診療所を退院する利用者に対し、通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回のサービス提供を行う場合に加算		6,102 円／回	1,221 円／月
生活行為向上リハビリテーション実施加算(6 月以内) * 生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーション計画を作成し、利用者の能力の向上を支援した場合に加算		5,715／月	1,143 円／月
科学的介護推進体制加算 * 利用者ごとの、ADL 値、心身の状況に係る基本的な情報等を厚労省に提出し、情報を活用している場合に加算		406 円／月	82 円／月
栄養改善加算 (3 か月以内の期間に限り月 1 回まで) * 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合		2,034／回	407 円／回
介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)		所定単位数× 5.3%/月	所定単位数× 5.3%の 2 割/月
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	-1,220 円／月	-244 円／月
	要支援 2	-2,440 円／月	-488 円／月

< 自己負担金 3 割の場合 >

	要支援 1		要支援 2	
	利用料金	自己負担金	利用料金	自己負担金
基本料金 (1ヶ月につき)	23,065 円	6,920 円	42,998 円	12,900 円
基本料金 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(1ヶ月につき) ※1	894 円	269 円	1,789 円	537 円
合 計		7,189 円		13,437 円
	上記とは別に利用 1 回につき			
		自己負担金		自己負担金
食事代		640 円		640 円
おやつ代		90 円		90 円

利用内容によって加算される項目			
項目		利用料	自己負担金
若年性認知症利用者受入加算 * 65 歳未満の認知症利用者に対するリハビリを実施した場合に 加算		2,440 円／月	732 円／月
退院時共同指導加算 * 病院や診療所を退院する利用者に対し、通所リハビリテーション 事業所の医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚 士が退院前ケアファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後 に、初回のサービス提供を行う場合に加算		6,102 円／回	1,831 円／月
生活行為向上リハビリテーション実施加算(6 月以内) * 生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーション計画を作 成し、利用者の能力の向上を支援した場合に加算		5,715／月	1,715 円／月
科学的介護推進体制加算 * 利用者ごとの、ADL 値、心身の状況に係る基本的な情報 等を厚労省に提出し、情報を活用している場合に加算		406 円／月	122 円／月
栄養改善加算 (3 か月以内の期間に限り月 1 回まで) * 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者 に対し、栄養改善サービスを行った場合		2,034／回	611 円／回
介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)		所定単位数× 5.3%／月	所定単位数× 5.3%の 3 割／月
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	-1,220 円／月	-366 円／月
	要支援 2	-2,440 円／月	-732 円／月

※ 1 介護職員総数のうち介護福祉士を 70%以上配置している場合に加算

※ 2 月間行事を行う時は、別途 500 円ぐらいの参加費が必要となる時があります。

※ 3 当通所リハビリテーションでは、利用者様の健康状態を考慮しまして私物の持込を
お断りしております。皆様、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

(2) おむつ代

当事業所のおむつを使用された時は実費が必要です。

(3) 送迎費

前記 2 の (1) のサービスを提供する地域にお住まいの方は上記 (1) の利用料の中
に含んでいます。

実施地域を越えた地点から 1 km ごとに 100 円 (片道)

(4) 介護保険適応の場合でも、保険料の滞納等により、法定代理受領サービスが受け
られないことがあります。その場合、上記に係る利用料は全額を一旦お支払いいた
だきます。この場合には「サービス提供証明書」を交付いたしますので、後日「領収書」
を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給 (利用者負担額を除く) 申

請を行ってください。

(5) その他

料金のお支払い方法

お支払方法は基本的に銀行口座引き落としとさせていただきます。毎月10日すぎに前月分の費用請求をさせていただきます、15日に銀行より引き落としさせていただきますので、それまでに銀行へのご入金をお願いいたします。

領収書は口座よりの引き落とし確認後、翌月の請求書と一緒に送付いたします。

5. 当法人の介護予防通所リハビリテーションの特徴等

運営の方針

事業所の従業者は、要支援、要介護状態となった場合においても、可能な限り居宅において、その有する能力など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、理学療法、作業療法、言語療法その他の必要なりハビリテーションを行うことにより、生活の質の確保を重視した介護予防通所リハビリテーションを提供する。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域保健、医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

上記の他、「滋賀県介護保険法に基づく指定介護予防サービスの事業の従業者ならびに設備および運営ならびに指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」の第3条別表7を遵守する。

6. 緊急時の対応方法

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、御家族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

7. 事故発生時の対応方法

サービスの提供により損傷を負うような事故が発生した場合は、速やかに利用者のご家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(1) 転倒し損傷（ケガや骨折等）があった場合や誤嚥し窒息を起こした場合などすぐに当院医師の診察を受け、ご家族ケアマネに連絡させていただきます。

(2) 転倒や誤嚥等したが医師の診察後異常がなかった場合

その日のうちにご家族に連絡させていただきます。（電話もしくは送迎時）

連絡がついた場合も、つかなかった場合も文章で報告させていただきます。

転倒や誤嚥等から2～3日は異常がないか様子を見て何か異常があればご連絡ください。

※ 万が一お留守等で連絡が取れない場合は書面をもって報告とさせていただきます。

8. サービス内容に関する苦情

(4) 当社お客様相談・苦情担当

担 当 向 啓一（病院受付へお申し出ください）
 電 話 0748-72-2881
 受付時間 月～金曜日 午前9：00～午後 5：30

当施設以外に、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。

湖南省健康福祉部 高齢福祉課 地域包括支援担当	所在地：湖南省夏見588番地 電話番号：0748-71-4652 受付時間：午前8：30～午後5：15
湖南省以外の利用者様 の在住市町村	所在地： 電話番号： 受付時間：
滋賀県国民健康保険 団体連合会	所在地：大津市中央四丁目5番9号 電話番号：077-522-2651 FAX：077-522-2628 受付時間：午前8：30～午後5：15
社会福祉法人滋賀県 社会福祉協議会	所在地：草津市笠山7丁目8番138号 電話番号：077-567-3920 FAX：077-567-3923 受付時間：午前8：30～午後5：15

9. 当社の概要

名称・法人種別	医療法人社団阿星会
代表者役職・氏名	理事長 田中成浩
本社所在地	滋賀県湖南省夏見1168番地
電話番号	0748-72-2881
定款の目的に 定めた事業	1. 医業 2. 介護事業
施設・拠点等	病院 1ヶ所 通所リハビリテーション事業所 1ヶ所 居宅介護支援事業所 1ヶ所 訪問リハビリテーション 1ヶ所

10. 当施設サービス利用の際に留意いただく事項

(1) 転倒等の危険性について

当事業所では、マニュアル等を整備し、事故防止に努めておりますが、利用者お一人お一人の身体能力や病態が異なりますので、事業所内での転倒や、誤嚥など危険性がございます。また、体調の変化や認知症などの病状の進行により

転倒事故等の危険性が高くなることもあります。事業所内では細心の注意を払って対応させていただきますが、ご利用にあたっては、転倒や誤嚥の可能性があることをご理解ください。

(2) 健康状態にかかわる事について

基本的にはご利用中に体調が悪くなった場合、当院の医師が診察を実施し処置などの対処を行わせていただきます。

- (ア)容態が悪くなった時や、転倒等の事故があった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、当院もしくは他の病院を受診し医療保険による診察・治療が必要になることもありますのでご協力をお願いいたします。
- (イ)他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。
- (ウ)当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- (エ)利用者又はそのご家族は、利用前に体調が思わしくない時は速やかにお申し出ください。また、サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (オ)利用者又はそのご家族は、病状の変化、かかりつけ医及び服薬内容の変更等があった際には必ず事業所にご連絡ください。

(3) その他に関する事

- (ア)事業所内では禁煙、禁酒にご協力ください。
- (イ)事業所内での金品及び食物のやりとりはご遠慮ください。
- (ウ)センター内での他利用者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮願います。
- (エ)原則として貴重品・金銭の持ち込みはご遠慮願います。
- (オ)複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないよう願います。
- (カ)当事業所では、書面で説明、同意、承諾、締結等を行うものについて、電磁的記録による対応を行っております。
なお、電磁的方法による締結は、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することがあります。

11. その他

令和 年 月 日

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：滋賀県湖南市夏見1168番地

名称：医療法人社団 阿星会

説明者 所属：甲西リハビリ病院

通所リハビリセンター

氏名：

私は、本書面により、事業者から介護予防通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受けました。

住所

氏名

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

(代理人)

住所

氏名