

通所リハビリテーション重要事項説明書

【通所リハビリテーション重要事項説明書】

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0247-26-1156 (午前9時～午後6時まで)

FAX 0247-26-1157 担当 松下 賢介

営業時間 午前9時～午後6時

※ ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

1. 通所リハビリテーションの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名所	(医) 誠励会 医療併設型介護老人保健施設 いしかわりハビリテーション・ケアセンター
所在地	福島県石川郡石川町新町 46-1
介護保険指定番号	0753080068
サービスの種類	通所リハビリテーション
サービスを提供出来る地域	石川町、平田村、古殿町、玉川村、浅川町、白河市、鮫川町、 矢吹町、中島村

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 当センターの設備の概要

定員	1 単位 20 名 (予防含む)	送迎車	2 台
リハビリ室	65.0 m ²		

サービス提供時間

月～土	午前9時00分～午後12時15分
月～金	午後1時00分～午後4時15分
休日	日曜、祝日、8月15日、12月31日～1月3日、

(3) 当センターの職員体制・職務内容

職名	職員数	職務内容
管 理 者	1 名	職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
医 師	4 名	管理者を兼務し利用者の健康管理及び保健衛生の指導リハビリについての指示を行う。
理 学 療 法 士	3 名	利用者に対するリハビリテーションを行う。
作 業 療 法 士	1 名	利用者に対するリハビリテーションを行う。
看 護 職 員	2 名	利用者の健康状態の確認、保健衛生上の指導及び看護を行う。
介 護 職 員	2 名	利用者の介助及び援助を行う。

2. サービス内容

(1) 送迎サービス (2) 健康チェック (3) リハビリテーションの提供

3. 料金

(1) 利用料金

①通所介護利用料

	1日あたりの 利用料金 (基本料)	介護保険適用の 1日あたりの 自己負担額 (1割負担)	介護保険適用の 1日あたりの 自己負担額 (2割負担)	介護保険適用の 1日あたりの 自己負担額 (3割負担)
要介護度1	¥4,860	¥486	¥972	¥1,458
要介護度2	¥5,650	¥565	¥1,130	¥1,695
要介護度3	¥6,430	¥643	¥1,286	¥1,929
要介護度4	¥7,430	¥743	¥1,486	¥2,229
要介護度5	¥8,420	¥842	¥1,684	¥2,526

②リハビリテーションマネジメント加算(イ)

リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録する。

通所リハビリテーション計画書を利用者又は家族へ説明し、同意を得た日の属する月から算定する。

※自己負担額

6ヶ月以内 1割負担：¥560/月 2割負担：¥1,120/月 3割負担：¥1,680/月

6ヶ月以降 1割負担：¥240/月 2割負担：¥480/月 3割負担：¥720/月

③短期集中個別リハビリテーション実施加算

- ・退院(所)日又は認定日から3ヶ月以内で週2回以上、1回40分以上のリハビリを行った場合
- ・要支援から要介護へと区分変更があった場合
- ・利用期間中に入院をした場合

上記の条件に該当し、家族、担当ケアマネージャー、主治医からのリハビリの希望がある場合に加算される

¥1,100/日

※自己負担額

1割負担：¥110/日 2割負担：¥220/日 3割負担：¥330/日

④通所リハビリ送迎減算

当事業所が送迎を行わない場合、片道につき¥-470

※自己負担額

1割負担：¥-47/回 2割負担：¥-94/回 3割負担：¥-141/回

⑤退院時共同指導加算

病院、又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、リハビリ事業所医師又は療法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、初回の通所リハビリテーションを利用した場合、1回のみ算定。

1割負担：¥600 2割負担：¥1,200 3割負担：¥1,800

⑥介護職員等処遇改善加算Ⅲ

一月あたりの利用総単位数に加算率を乗じたものを加算 $\boxed{\text{総利用単位数} \times 0.066}$

※介護職員処遇改善交付金の交付要件と同様の考え方による要件を設定。

※区分支給限度基準額の算定対象から除外。

⑦利用料が償還払いとなる場合

介護認定申請前やむを得ない事情により利用する場合と被保険者証が提示されない場合。

⑧その他

利用者本人が負担することが適当と思われる物。

(2) 支払方法

① 事業者は、利用者が一括を希望する場合は、当月料金の合計額を請求書に明細を付して、翌月15日までに利用者に送付します。利用者は、当月料金の合計額を翌月末日までに（現金及び指定口座への振込みの方法）支払いいただきます。

② 指定口座からの自動引き落としにて支払いいただきます。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談下さい。
その後事業所と契約していただき利用開始となります。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合、
サービスの終了を希望する日の2週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当社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頂く場合がございます。
その場合は終了一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、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

＊利用者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利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

※この場合、区分変更等により条件を変更して再度契約することができる場合があります。

＊利用者がお亡くなりになった場合。

④ その他

＊当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘厳守に反した場合、

利用者、家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または、当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することが出来ます。

＊利用者がサービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者や家族などが当センターや当センター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任行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

5. 当センターの特徴等

(1) 運営の方針

利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活をその居宅において営むことができるよう、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上をめざす。利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。

(2) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
男性介護職員の有無	無	
時間延長の可否	否	
従業者への研修の実施	有	年1回以上実施しています

(3) サービス利用に当たっての留意事項及び禁止事項

- ① センター内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。
- ② センター内の備品等を故意に損害を与えたり、持ち出したりしないでください。故意に破損させた場合には弁償していただきます。
- ③ サービス利用中の喫煙はご遠慮ください。
- ④ サービス利用中の外出はできませんのでご了承ください。
- ⑤ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ⑥ 金品の持込はご遠慮ください。持ち込んだ場合には自己管理とし紛失等の責任は持てません。
- ⑦ 利用者同士の金品等の貸し借り、授受はトラブルになることもあるのでご遠慮ください。トラブルについて一切責任はもてません。
- ⑧ 宗教活動、政治活動はご遠慮ください。
- ⑨ サービスを休まれる際には、遅くとも当日の朝8時までにご連絡ください。

(4) 提供する第三者評価の実施について

- ・実施状況なし

6. 情報の開示について

利用者及び家族の求めに応じて、当該利用者に関するサービスの実施記録は閲覧できます。

利用者及び家族の求めに応じて、当該利用者に関するサービスの実施記録の複写物の交付を受けることが出来ます。

事業運営状況について利用者及び家族の求めに応じて、事業計画及び財務状況等を閲覧することが出来ます。（※但し、財務状況については法人の判断による。）

7. 緊急時及び事故発生時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化及び事故等があった場合は、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いたします。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。但し、施設の責に帰すべからず理由による場合には、この限りではありません。

ほかに、事故の発生又はその再発を予防するため、事故が発生した場合の対応、事故発生の防止のための指針を整備します。

8. 虐待防止に関する事項

施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 当事業所ご利用者相談・虐待防止担当者

電話 0247-26-1156

FAX 0247-26-1157 担当 松下 賢介

その他 当社以外に、お住いの市町村の相談・福島県の相談窓口等に伝える事が出来ます。
各市町村の保健福祉課、地域包括支援センター

9. 非常災害対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。
避難訓練	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。
消防計画等	石川消防署への届出日：平成26年 6月 27日 防火管理者： 須藤 勝広

10. 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護〔指定予防通所事業〕の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行うものとする。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

1 1. 従業員の研修

施設は、全ての従業員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとする。また、従業員の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務の執行体制についても検証、整備する。

- (1) 採用時研修 採用後3か月以内
- (2) 継続研修 年1回

1 2. その他運営に関する留意事項

- (1) 従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- (2) 従業員であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とする。
- (3) 事業所は、適切な指定通所介護〔指定予防通所事業〕の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所介護従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

1 3. サービス内容に関する苦情等相談窓口

- (1) 当センターご利用者相談・苦情担当
電 話 0 2 4 7 - 2 6 - 1 1 5 6
F A X 0 2 4 7 - 2 6 - 1 1 5 7 担当 松下 賢介

- (2) その他
当センター以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事が出来ます。

各市町村の介護保険課

市町村役場	電話番号	市町村役場	電話番号
平田村役場	0 2 4 7 - 5 5 - 3 1 1 9	白河市役所	0 2 4 8 - 2 8 - 5 5 1 9
石川町役場	0 2 4 7 - 2 6 - 9 1 2 4	鮫川村役場	0 2 4 7 - 4 9 - 3 1 1 2
浅川町役場	0 2 4 7 - 3 6 - 4 1 2 3	矢吹町役場	0 2 4 0 - 4 4 - 2 3 0 0
古殿町役場	0 2 4 7 - 5 3 - 4 6 1 6	中島村役場	0 2 4 8 - 5 2 - 2 1 7 4
玉川村役場	0 2 4 6 - 3 7 - 4 6 2 3		

福島県国民健康保険団体連合会 電話：0 2 4 - 5 2 8 - 0 0 4 0

附 則
この運営規程は令和7年5月1日から施行する。

当法人の概要

名称・法人種別

医療法人 誠励会

代表者役職・氏名

理事長 佐川 優

本社所在地

福島県石川郡平田村大字上蓬田字清水内 4

電話番号

0 2 4 7 - 5 5 - 3 3 3 3

定款の目的に定めた事業

1. ひらた中央病院
2. ひらた中央病院附属中島医院
3. 指定居宅介護支援事業所 よつば
4. 指定居宅介護支援事業所 よつば・ひらた
5. 指定居宅介護支援事業所 ポプラ
6. 介護老人保健施設
ひらたりハビリテーション・ケアセンター
7. 介護老人保健施設
サテライト大久田リハビリテーション・ケアセンター
8. 医療併設型介護老人保健施設
いしかわりハビリテーション・ケアセンター
9. デイサービスセンターひらた
10. デイサービスセンターいしかわ
11. 三春デイサービス機構訓練センター
12. 訪問看護ステーションひらた
13. 認知症対応型共同生活介護 グループホーム芝桜
13. 住宅型有料老人ホーム芝桜

説明者

職 名

氏 名

私は、サービス内容説明書及び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の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

代理人

(ご家族)

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 ()