
重要事項説明書

《指定通所リハビリテーション事業》

《指定介護予防通所リハビリテーション事業》

医療法人 聖医会

佐用リハビリステーション

指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション事業重要事項説明書

1. 事業者概要

名称・法人種別	医療法人 聖医会
代表者役職及び氏名	理事長 林 充
所在地	兵庫県佐用郡佐用町佐用3529番地3
設立年月日	昭和53年6月1日
電話番号	0790-82-2154 (FAX: 0790-82-2789)
ホームページアドレス	http://www.sayochuo-hospital.or.jp

2. 事業所概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	医療法人 聖医会 佐用リハビリステーション
所在地	兵庫県佐用郡佐用町佐用3529番地3
開設年月日	平成20年4月1日
介護保険指定番号	2873700328
サービス提供地域	兵庫県佐用郡佐用町全域
電話番号	0790-82-0303 (FAX: 0790-82-0302)
管理者	林 充

(2) 職員体制

職名	資格	人数	兼務の別	合計	業務内容
管理者	医師	1名	あり	1名	従業者の業務の管理を行う
医師	医師	1名	あり	1名	利用者の病状を把握し適切な療養を行う
理学療法士	理学療法士	必要数	あり	必要数	理学療法その他リハビリテーションを行う
作業療法士	作業療法士	必要数	あり	必要数	
言語聴覚士	言語聴覚士	必要数	あり	必要数	
看護職員	看護師/准看護師	必要数	あり/なし	必要数	リハビリテーションの補助及び通所者の看護並びに健康管理を行う
介護職員		必要数	あり/なし	必要数	リハビリテーションの補助を行う
事務職員		相当数	あり	相当数	請求業務等にあたる

(3) 事業の目的

指定通所リハビリテーション〔指定介護予防通所リハビリテーション〕事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業の円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）の利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な事業を提供することを目的とする。

(4) 運営方針

指定通所リハビリテーションの提供においては、要介護状態の利用者が可能な限りその居宅において、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、理学療法、作業療法、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るものとする。

指定介護予防通所リハビリテーションの提供においては、要支援状態の利用者が可能な限りその居宅において、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、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るものとする。

事業所は、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提供に努めるものとする。

(5) 営業日及び営業時間

営業日、営業時間及びサービス提供時間は、次の通りとする。

(1) 営業日 月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、土曜日

(2) 営業時間 サービス提供時間 9:30～13:00

※但し、1時間以上2時間未満の短時間型通所場合に限り

月曜日、火曜日、金曜日、土曜日 8:30～17:30

水曜日 8:30～12:30

(但し、祝祭日、8月15日、12月31日～1月3日を除きます。)

3. 指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーションの内容

当事業所の指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーションの内容は、下記の通りです。

- (1) 健康チェック
- (2) 機能訓練
- (3) 生活指導
- (4) 食事サービス（必要に応じて）
- (5) 送迎（必要に応じて）

※サービス提供内容については、全てご利用者またはご家族等に説明し、同意の上で実施します。

※骨折の既往がある方、骨粗鬆症の方については特に細心の注意を払いますが、通所リハビリテーションはその性質上、常に転倒・骨折の危険性が伴うことを予めご理解頂きますようお願い致します。また必要に応じて検査を受けて頂くことがありますので、ご了承ください。

4. 利用料金

利用料金の詳細については下記の通りです。

(1) 利用料

要介護認定・要支援認定を受けられた方で、介護保険サービスを利用する場合は、原則として介護給付費のうち、介護保険負担割合証記載の負担割合分です。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

また、保険適用外部分について、料金を改定する際には、1月以上前に文書にてお知らせします。

詳しくは、【1-介護・2-予防】をご覧ください。

①基本料金(1日あたり)

単位:円

介護度	金額	1時間以上2時間未満 通所リハビリテーション費		
		利用料金(1割負担)	利用料金(2割負担)	利用料金(3割負担)
1	3,690	369	738	1,107
2	3,980	398	796	1,194
3	4,290	429	858	1,287
4	4,580	458	916	1,374
5	4,910	491	982	1,473

介護度	金額	2時間以上3時間未満 通所リハビリテーション費		
		利用料金(1割負担)	利用料金(2割負担)	利用料金(3割負担)
1	3,830	383	766	1,149
2	4,390	439	878	1,317
3	4,980	498	996	1,494
4	5,550	555	1,110	1,665
5	6,120	612	1,224	1,836

介護度	金額	3時間以上4時間未満 通所リハビリテーション費		
		利用料金(1割負担)	利用料金(2割負担)	利用料金(3割負担)
1	4,860	486	972	1,458
2	5,650	565	1,130	1,695
3	6,430	643	1,286	1,929
4	7,430	743	1,486	2,229
5	8,420	842	1,684	2,526

②その他加算

単位:円

項目	金額	利用料金			
		1割	2割	3割	
リハビリテーションマネジメント加算イ(6月以内)(1回/月)	5,600	560	1,120	1,680	リハビリテーション会議を開催して、利用者様の状況等を構成員と共有します。理学療法士が利用者様の居宅を訪問し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行った場合に加算します。
リハビリテーションマネジメント加算イ(6月超)(1回/月)	2,400	240	480	720	
生活行為向上リハビリテーション実施加算(6月以内)(1回/月)	12,500	1,250	2,500	3,750	理学療法士等が利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね月1回以上実施、生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえた実施計画をたて、リハビリテーションを提供した場合に加算します。
短期集中個別リハビリテーション実施加算(1日につき)	1,100	110	220	330	早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合に、退院(所)日又は認定日より3ヶ月以内に限り加算します。
栄養アセスメント(2回/月)	500	50	100	150	低栄養状態にある方又はそのおそれのある方へ、管理栄養士が通所スタッフと共同して栄養ケア計画を作成し、サービスを実施、定期的な評価計画の見直し等を行った際に加算します。
口腔機能向上加算(Ⅰ)(2回/月)	1,500	150	300	450	口腔機能が低下している方又はそのおそれのある方へ、看護師が通所スタッフと共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、サービスを実施、定期的な評価計画の見直し等を行った際に加算します。
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(1回/月)	60	6	12	18	7年以上勤務年数のある職員が30%以上配置されている場合に加算します。
退院時共同指導加算	6,000	600	1,200	1,800	理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った後に初回の通所リハビリを行った場合に加算します。
送迎減算(1回につき)	470	47	94	141	事業所が送迎を行わない場合。

①基本料金(1月あたり)

単位:円

介護度	金額	通所リハビリテーション費		
		利用料金(1割負担)	利用料金(2割負担)	利用料金(3割負担)
要支援1	22,680	2,268	4,536	6,804
要支援2	42,280	4,228	8,456	12,684

②その他加算

単位:円

項目	金額	利用料金			
		1割	2割	3割	
生活行為向上リハビリテーション実施加算(6月以内)	12,500	1,250	2,500	3,750	理学療法士等が利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1回以上実施し、生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえた実施計画をたて、リハビリテーションを提供した場合に加算します。
栄養アセスメント加算(2回/月)	500	50	100	150	低栄養状態にある方又はそのおそれのある方へ、管理栄養士が通所スタッフと共同して栄養ケア計画を作成し、サービスを実施、定期的な評価計画の見直し等を行った際に加算します。
口腔機能向上加算(Ⅰ)(2回/月)	1,500	150	300	450	口腔機能が低下している方又はそのおそれのある方へ、看護師が通所スタッフと共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、サービスを実施、定期的な評価計画の見直し等を行った際に加算します。
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 要支援1	240	24	48	72	7年以上勤続年数のある職員が30%以上配置されている場合に加算します。
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 要支援2	480	48	96	144	
退院時共同指導加算 600単位/回	6,000	600	1,200	1,800	理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った後に初回の通所リハビリを行った場合加算します。

※保険料の滞納等により、法定代理受領が出来なくなった場合、利用者から利用料全額(10割)を頂き、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供書を市町村の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けられる場合があります。詳しくは、各市町村へお問い合わせください。

(2) 食費

昼食（1食あたり）．．．	600円／食
治療食(1食あたり)．．．	100円加算

実費となります。ご希望に応じて治療食(糖尿食、心臓食)、特別食(キザミ食、嚥下食等)を提供することが可能です。この場合1食あたりそれぞれ金額を加算します。

(3) 交通費

通常のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、交通費を負担していただくことになります。この場合、事業の実施地域を超えた時点から、1kmまたはその端数を増す毎に100円を頂きます。

(4) キャンセル料

キャンセルの場合は、必ず前日の17時までにご連絡下さい。やむを得ず当日キャンセルされる場合、キャンセル料として、要介護・要支援状態区分に応じて1日あたりの自己負担金額を頂く場合があります。昼食のキャンセルについては、当日8：30までにご連絡いただけない場合は、食費を請求させていただきます。

(5) 解約料

無料です。

(6) その他費用

通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜の内、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、その利用者様にご負担頂くことが適当と認められる費用は、利用者様負担となります。

連絡帳、ファイル．．．	各200円（初回のみ）
オムツ．．．	実費
尿パット．．．	実費
レクリエーション消耗品．．．	実費

(7) 料金の変更

保険適用外部分について、料金を変更する際には、1月以上前に文書にてお知らせします。

5. お支払い方法

利用者負担金のお支払いについては、原則として自動振替でお願い致します。何らかの理由で不都合がある場合には、指定の金融機関の口座振り込み頂くか、または窓口にてお支払いいただくこともできます。

6. 指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーションの提供について

サービスはケアプランに基づき、リハビリテーション計画に沿って計画的に提供します。居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保険医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

7. サービス内容に関する相談、苦情、虐待防止、災害対策に関する担当者

(1) 当事業所の相談窓口・担当者

担当者： 中川和枝・反橋浩二

T E L : 0790-82-0303

F A X : 0790-82-0302

月曜日、火曜日、木曜日、金曜日、土曜日 8:30 ~ 17:30

水曜日 8:30 ~ 12:30

(但し、祝祭日、8月15日、12月31日~1月3日を除きます。)

(2) その他、各市町村及び国民健康保険団体連合会にも相談窓口があります。

佐用町役場

TEL : 0790-82-2521

FAX : 0790-82-0131

兵庫県国民健康保険団体連合会

TEL : 078-332-5617

FAX : 078-332-5650