

江崎病院 通所リハビリテーション重要事項説明書

<令和6年6月1日現在>

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 | 医療法人 整友会 |
| 代表者 | 理事長 江崎雅彰 |
| 所在地・連絡先 | 豊橋市新川町66番地 |

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

| | |
|---------|--------------------------------------|
| 事業所名 | 整友会 江崎病院 通所リハビリテーション |
| 所在地・連絡先 | (住所) 豊橋市新川町66番地 (電話) 0532-55-2525 |
| 事業所番号 | 2312000371 |
| 管理者氏名 | 江崎雅彰 |
| 利用定員 | 50名/日 (月～金) |

(2) 事業所の職員体制

| 職種 | 業務内容 | 人員 | 計 |
|-------|------|-------|-------|
| 管理者 | 管理 | 1名 | 1名 |
| 医師 | 医療 | 2名以上 | 2名以上 |
| 理学療法士 | 機能訓練 | 15名以上 | 17名以上 |
| 作業療法士 | | 2名以上 | |
| 看護職員 | 口腔ケア | 2名以上 | 2名以上 |
| 管理栄養士 | 栄養指導 | 1名以上 | 1名以上 |
| 介護職員 | | 2名以上 | 2名以上 |

(3) 営業時間等

| | |
|-------------|-----------------|
| 月・火・水・木・金曜日 | 9:00～18:30 |
| 土・日・祝祭日 | 定休日 (年末年始・盆も含む) |

3 サービスの内容

(1) 通所リハビリテーション

心身状態の改善を図り、日常生活動作の維持・向上、生活の質の維持・向上を図ることを目的として、利用者の居宅サービス計画に沿った通所リハビリテーション計画を作成した上で適切なリハビリテーションを提供します。

(2) ご利用場所 (当事業所リハビリ室)

| | |
|------|--------------|
| 住所 | 豊橋市新川町66番地 |
| 電話番号 | 0532-55-2525 |

4 利用料金

ア 通所リハビリテーション利用料

○要支援の方

| | 要支援区分 | 単位数 | | 介護保険適応時の 1月あたりの自己負担額 | | |
|---------|------------------|---------|--------|-------------------------|---------|----------|
| | | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 基本サービス | 要支援 1 | 2268 単位 | | 2,307 円 | 4,613 円 | 6,920 円 |
| | 要支援 2 | 4228 単位 | | 4,300 円 | 8,600 円 | 12,900 円 |
| 加算・減算項目 | 利用開始日の属する月 | 要支援 1 | 120 単位 | 122 円 | 244 円 | 366 円 |
| | から 12 月超 減算 | 要支援 2 | 240 単位 | 244 円 | 488 円 | 732 円 |
| | サービス提供体制強化 | 要支援 1 | 88 単位 | 90 円 | 179 円 | 269 円 |
| | 加算(Ⅰ)【月】 | 要支援 2 | 176 単位 | 179 円 | 358 円 | 537 円 |
| | 口腔栄養スクリーニング加算【回】 | I | 20 単位 | 21 円 | 41 円 | 61 円 |
| | 6ヶ月に1回算定 | Ⅱ | 5 単位 | 5 円 | 10 円 | 15 円 |
| | 栄養アセスメント加算【月】 | 50 単位 | | 51 円 | 102 円 | 153 円 |
| | 栄養改善加算【月】 | 200 単位 | | 204 円 | 407 円 | 611 円 |
| | 口腔機能向上加算Ⅱ | 160 単位 | | 163 円 | 326 円 | 489 円 |
| | 一体的サービス提供加算 | 480 単位 | | 489 円 | 977 円 | 1465 円 |
| | 科学的介護推進体制加算【月】 | 40 単位 | | 41 円 | 82 円 | 122 円 |
| | 生活行為向上加算【月】 | 562 単位 | | 572 円 | 1143 円 | 1715 円 |

○要介護の方

| | 要介護区分 | 単位数 | | 介護保険適応時の 1回あたりの自己負担額 | | |
|-------------|-----------------------------|----------|---------|-------------------------|---------|---------|
| | | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 基本サービス | 要介護 1 | 369 単位 | | 376 円 | 751 円 | 1,126 円 |
| | 要介護 2 | 398 単位 | | 405 円 | 810 円 | 1,215 円 |
| | 要介護 3 | 429 単位 | | 437 円 | 873 円 | 1,309 円 |
| | 要介護 4 | 458 単位 | | 466 円 | 932 円 | 1,398 円 |
| | 要介護 5 | 491 単位 | | 500 円 | 999 円 | 1,498 円 |
| 加算・減算項目 | 送迎減算【回】 | 94 単位 | | -96 円 | -191 円 | -287 円 |
| | リハビリテーション マネジメント(ハ)【月】 | 6月以内 | 793 単位 | 807 円 | 1,613 円 | 2,420 円 |
| | | 6月越え | 473 単位 | 481 円 | 962 円 | 1,443 円 |
| | 医師が利用者またはその家族に 説明した場合 | 270 単位 | | 275 円 | 549 円 | 824 円 |
| | 短期集中個別リハビリ【回】 | 270 単位 | | 275 円 | 549 円 | 824 円 |
| | 認知症短期集中リハビリ テーション実施加算【回】 | I | 240 単位 | 244 円 | 488 円 | 732 円 |
| | 認知症集中リハビリテーション 実施加算【月】 | II | 1920 単位 | 1953 円 | 3906 円 | 5858 円 |
| | 口腔栄養スクリーニング加算 【回】 | I | 20 単位 | 21 円 | 41 円 | 61 円 |
| | | 6ヶ月に1回算定 | II | 5 単位 | 5 円 | 10 円 |
| | 栄養アセスメント加算【月】 | 50 単位 | | 51 円 | 102 円 | 153 円 |
| | 栄養改善加算 | 200 単位 | | 204 円 | 407 円 | 611 円 |
| | 口腔機能向上加算II | 160 単位 | | 163 円 | 326 円 | 489 円 |
| | サービス提供体制強化加算(I) 【回】 | 22 単位 | | 23 円 | 45 円 | 67 円 |
| | 移行支援加算【回】 | 12 単位 | | 13 円 | 25 円 | 37 円 |
| | 科学的介護推進体制加算【月】 | 40 単位 | | 41 円 | 82 円 | 122 円 |
| 生活行為向上加算【月】 | 1250 単位 | | 1272 円 | 2543 円 | 3814 円 | |

【介護職員等処遇改善加算Ⅲ 所定単位数の19/1000 単位】

利用者に直接介護サービスを提供する職員（介護職員）の安定的な処遇改善を図るための環境整備と賃金改善を目的としており、介護職員の人材を確保して、適正なサービスを保つための加算です。

$$1 \text{ ヶ月のご利用単位数} \times 6.6\% = \text{介護職員等処遇改善加算単位数}$$

イ 実費負担

介護報酬に含まれない費用について実費相当額を負担していただく場合があります。

例) 公共交通機関を使用する屋外訓練でのご本人様、療法士の交通費

ウ キャンセル料

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合、当事業所では、キャンセル料を徴収しない方針です。通常はご利用予定日前日まで、あるいは急変等の場合にあつては、遅くともご利用当日のご利用開始までには、中止の旨のご連絡を頂戴したいと存じます。また、無断のご利用中止が度重なる場合には、ご利用契約の解除を申し出る場合がございます。

エ お支払い方法

当月のご利用については、翌月初回利用時にご利用料の内訳を記載した利用料の請求書をお渡しいたします。その初回利用日もしくは2回目の利用日に江崎病院会計窓口にてお支払いください。

オ 医療費控除について

通所リハビリサービスの提供を受けた場合、その介護費用については確定申告の医療費控除の対象となります。確定申告の際には領収書が必要となりますので大切に保管して下さい。領収書の再発行はいたしておりません。必要な場合は支払い証明書にて対応をしています。文書料として2,200円いただきます。

5 運営方針

- ① 公平なサービスを心掛けるとともに、個々の利用者の立場や諸条件を可能な限り配慮します。また、人権尊重の立場から、プライバシーの保護に万全を期します。
- ② 利用者の安全確保を常に留意し、事故防止に努めるとともに、緊急事態にも適切な対応を図るよう努めます。
- ③ 各事業所間及び職種間の連携を密にして、サービスの質の向上に努めます。
- ④ 地域の人々や多くの関係者の理解や協力を得て、可能な限り地域に密着した事業所としての運営を目指します。

6 サービス内容に関する苦情・相談窓口

通所リハビリテーションに関するご相談・ご要望・苦情等は、下記窓口までお申し出ください。

| | |
|----------|--|
| 当事業所相談窓口 | |
| 窓口責任者 | リハビリテーション科 課長 理学療法士 蒲原 元 (不在時は、リハビリテーション科職員が対応致します) |
| 電話番号 | 0532-55-2525 0532-55-2526 (リハビリ直通) |

| | |
|------|------------------|
| 受付時間 | 月～金曜日 9：00～18：30 |
|------|------------------|

| | |
|-----------------------|--------------|
| ご相談・ご要望・苦情等の窓口 | |
| 東三河広域連合 介護保険課 | 0532-26-8459 |
| 愛知県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 | 052-971-4165 |

7 緊急時の対応方法

当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合には、サービス内容を変更または中断することがございます。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対処致します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡の措置を講じます。ご利用中に体調が悪くなった場合には、サービス内容を変更または中断することがございます。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対処致します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じます。

ご利用が中断となった場合、実際のサービス利用状況に拘わらず、当該日の予定利用料全額を算定致します。中断扱いの場合、ご利用とカウント致します為、お振替は出来ません。度重なる中断が発生する場合には、ご契約内容の変更等に付きまして、ご相談致します。

| | | |
|-------|------|--------------|
| 主治医 | 病院名 | 江崎病院 |
| | 診療科目 | |
| | 医師名 | |
| | 住所 | 豊橋市新川町66番地 |
| | 電話番号 | 0532-55-2525 |
| 緊急連絡先 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 続柄 | |
| | 電話番号 | |

8 事故発生時の対応

通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者の家族、当該用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。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。

9 情報開示について

利用者またはご家族から、サービス記録の開示をお求めの場合は、その旨をサービス提供者もしくは相談窓口まで、お申し出頂ければ、開示致します。

10 検査、記録について

サービスの内容によっては、検査や記録が必要な場合があります。その際には、計測や写真撮影を行う場合があります。

11 リハビリテーション会議

会議の開催にあたっては、テレビ電話を使用させて頂く場合があります。

12 サービスの終了方法

(1) ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

(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頂く場合がございます。その場合は、終了1か月前迄に、文書にて通知致します。

(3) 自動終了

以下の場合には、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了致します。

- ① ご利用者様が、介護保険施設に入所された場合。
- ② 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
- ③ ご利用者様がお亡くなりになられた場合。

(4) その他

当法人が正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様、ご家族様等に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または当事業所が破産した場合、ご利用者様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。

ご利用者様のサービス利用料金の支払いが請求した月末までに行なわれず、料金を支払うよう催告した日より2週間以内に支払われない場合、ご利用者様が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合、またはご利用者様の入院もしくは病気等により、1ヶ月以上に渡ってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合、ご利用者様またはそのご家族様、事業者やサービス従業者または他のご利用者様に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させて頂く場合もございます。

・禁止行為により、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスを終了させていただきます。

- ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ② 職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ③ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）
- ④ サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること

以上

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、担当者_____が、通所リハビリテーションの説明をしました。

令和 年 月 日

| | | |
|-----|----------|----------------------|
| 事業所 | 法人等種別 | 医療法人 整友会 |
| | 施設名 | 整友会 江崎病院 通所リハビリテーション |
| | 代表者役職・氏名 | 院長 江崎雅彰 |
| | 所在地 | 豊橋市新川町6番地 |
| | 電話番号(代表) | 0532-55-2525 |
| | 説明者 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の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

代理人(選任した場合) 住所

氏名