

医療法人 成信会 さくら病院

通所リハビリテーション

介護予防通所リハビリテーション

重要事項説明書

1 事業者

事業者の名称 医療法人 成信会

事業者の所在地 愛知県安城市新田町縦町 31 番地

法人種別 医療法人

代表者名 小野 真奈美

電話番号 0566-75-8181 FAX 0566-75-8279

2 ご利用施設

施設の名称 さくら病院

施設の所在地 豊田市豊栄町 1 1 - 1 3 1

施設長 庭本 直達

電話番号 0565-28-3690 FAX 0565-29-2776

3 事業の目的と運営の方針

（事業の目的）

医療法人成信会 さくら病院が、通所リハビリテーション施設にて行う事業の適正な運営を確保するために、人員および運営管理に関する事項を定め、施設の理学療法士等その他の従事者が、要介護状態または要支援状態にあり、かかりつけの医師が指定通所リハビリテーションの必要を認めた者に対して、適正な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

(運営の方針)

1 施設の職員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図ると共に、

生活の質の確保を重視した、在宅療養が継続してできるように支援する。

2 事業の実施に当たっては、関係市町、地域の保健・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。

4 職員体制

管理者	1 名	医師	1 名		
理学療法士	3 名	作業療法士	1 名	言語聴覚士	1 名
看護職員	2 名	介護職員	8 名	管理栄養士	1 名

5 営業日及び利用定員

営業日 月・火・水・木・金・土曜日（ただし 12 月 31 日～1 月 3 日を除く）

営業時間 午前 8 時 15 分から午後 5 時 00 分まで

サービス提供時間は午前 9 時 30 分から午後 3 時 40 分まで

（短時間コースは午前 9 時 15 分から午後 13 時 20 分まで）

利用定員 1 日 35 名

6 実施地域

豊田市内の一部（末野原・上郷・竜神・豊南学区）

7 通所リハビリテーションの概要

機能回復訓練・・・各利用者の状況に適した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。

日常生活動作訓練・食事・入浴・排泄・着替えなどの日常生活動作の援助を行うと共に、

自立に向けて訓練を行います。

レクリエーション・レクリエーション資格を有するものにより、

適宜レクリエーションを行うよう配慮いたします。

健康管理……利用者の健康管理に努めます。また緊急など必要な

場合には主治医あるいは協力医療機関などに責任を持って引き継ぎます。

相談及び援助……当施設は、通所ご利用者およびそのご家族から、いかなる相談についても

誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

送迎……送迎が必要な方は、当施設の送迎車で送迎を行います。

8 利用料

介護報酬の告示上の額（以下は令和 6 年 6 月現在）

（1 回の利用あたり）

	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満 (短時間コース)	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満
要介護 1	486 単位	553 単位	622 単位	715 単位
要介護 2	565 単位	642 単位	738 単位	850 単位
要介護 3	643 単位	730 単位	852 単位	981 単位
要介護 4	743 単位	844 単位	987 単位	1,137 単位
要介護 5	842 単位	957 単位	1,120 単位	1,290 単位

通所リハ入浴介助加算 1	40 単位／日
通所リハ提供体制加算 1(3 時間以上 4 時間未満)	12 単位／回
通所リハ提供体制加算 2(4 時間以上 5 時間未満)	16 単位／回
通所リハ提供体制加算 3(5 時間以上 6 時間未満)	20 単位／回

通所リハ提供体制加算 4(6 時間以上 7 時間未満利用時)	24 単位／回
短期集中個別リハビリテーション加算（3ヶ月内）	110 単位／回
口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位／月 2 回まで
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位／月 2 回まで
栄養改善加算	200 単位／月 2 回まで
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位／6ヶ月に 1 回
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位／6ヶ月に 1 回
重度療養管理加算	100 単位／回
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240 単位／回
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	1920 単位／月
移行支援加算	12 単位／回
中重度者ケア体制加算	20 単位／回
送迎を行わない場合の減算	- 47 単位／回
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位／回
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位／回
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位／回
科学的介護推進体制加算	40 単位／月
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の 6.6%を加算／月
退院時共同支援加算	600 単位/回

介護予防サービス

（1 月あたりの利用料）

要支援 1	2268 単位
要支援 2	4228 単位

記 数 単 級 乗	口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位／月	※上 の単位 に地域 価（3 地） 10.83 を じた単位
	口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位／月	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ 1 支援 1	88 単位／月	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ 1 支援 1	72 単位／月	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ 1 支援 1	24 単位／月	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ 2 支援 2	176 単位／月	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ 2 支援 2	144 単位／月	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ 2 支援 2	48 単位／月	
	12 月超減算 11	－ 120 単位／月	
	12 月超減算 12	－ 240 単位／月	
	栄養改善加算	200 単位／月	
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位／6 ヶ月に 1 回	
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位／6 ヶ月に 1 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	
	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 6.6%を加算／月	
	高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の 1%を減算／月	
	業務継続計画未策定減算	所定単位数の 1%を減算／月	
	退院時共同指導加算	600 単位／回	

に介護保険負担割合証の記載された負担割合を乗じた額が利用者様負担額となります。

また、介護保険の限度枠を超えた場合および保険料の滞納などの理由により介護保険の適応を受けられない場合は別に料金を請求します。

介護保険サービス外

・食費	一日コース	750 円	半日コース	650 円
・おむつ代				
	リハビリパンツ・紙パンツ	120 円		
	尿取りパット	50 円		
・複写物		10 円／枚		
・作業材料費	実費	(50～500 円)		

9 個人情報に関して

当施設のご利用に際して、お聞きした情報などは他者に一切漏らしません。

但し利用者から予め文書で同意を得た場合は除く。

またご利用終了後から 5 年間は責任を持って保管いたします。

10 緊急時・事故等に関する対応

利用者の病状に急変が起きた場合や事故等が発生した場合、必要に応じ臨時応急の手当てを行います。家

族等緊急連絡先に連絡するとともに、事業所の医師・看護師もしくは主治医に連絡し適切な処置を行います。

事故等により発生した事項に関しては以下に記載する損害賠償の対象とさせていただきます。

また事故発生に関しては、保険者（市町）に利用者及び家族の同意のもと連絡をとることがあります。

11 苦情申し立て先

ご利用時間 8 時 15 分から 17 時 00 分（日曜日、年末年始 12/31 から 1/3 除く）

ご利用方法 電話 0565-28-3690 FAX 0565-29-2776

窓口担当者 和田 貴志（理学療法士）、小野田 隆

豊田市介護保険課 電話 0565-34-6634

愛知県国民健康保険団体連合会介護保険室 介護サービス苦情窓口専用電話 052-971-4165

12 協力医療機関

医療機関の名称 医療法人 成信会 さくら病院

院長名 庭本 直達

所在地 愛知県豊田市豊栄町 11 丁目 131 番地

電話 0565-28-3691

13 非常災害時の対策

非常時の対応・・・別途定める「消防計画」に則り対応します。

平常時の訓練など・別途定める「消防計画」に則り、年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者も含め実施します。

防災設備・・・・自動火災報知機・防火扉・誘導灯・屋内消火栓・ガス漏れ報知器・非常通報装置・非常用電源・カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。

災害発生時は速やかに適切な援助を行います。

14 損害賠償

当施設職員の不注意により、ご利用者等の身体に何らかの形で傷害をおよぼしたり、器物を破損した場合その損害を賠償させていただきます。ただしご利用者等に問題があると考えられる場合はこれを除きます。

また、逆に利用者等が故意に施設または事業職員に損害を与えた場合はその損害に対して賠償を請求することがあります。

15 ご利用の際に留意及び禁止いただく事項

留意事項

- 一 金銭、貴重品の持参
- 二 当施設の備品の利用に際しては清潔保持、整理整頓に心がけ大切に使用すること
- 三 食べ物、飲み物の持ち込み・持ち帰り

禁止事項

- 一 外出
- 二 指定した場所以外での火気の使用
- 三 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること
- 四 営利目的の行為
- 五 宗教の勧誘
- 六 特定の政治活動
- 七 施設内での喫煙

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて職員（氏名 _____ ）から上記重要事項の説明を受け同意いたしました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____