

重要事項説明書(通所リハビリテーション)

あなたに対する通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、当事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

(1) 事業所の概要

事業所名	大湯リハビリ温泉病院
事業所の所在地	秋田県鹿角市十和田大湯字湯ノ岱16番地2
法人種別及び名称	医療法人 楽山会
電話番号	0186-37-3511・直通(37-2601)
指定年月日及び指定番号	平成12年3月1日 510910474

(2) 事業所の目的と運営の方針

事業所の目的・・・要介護状態等の状態を有する高齢者に対して、ご利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、必要なリハビリテーションを行うことにより、ご利用者様の心身の機能の維持・回復を図り、充実した在宅療養が継続できるように支援します。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険、医療、福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 事業所の職員体制

事業所には次の職員が勤務しております。

従事者	員数		業務内容
	1単位	2単位	
専任医師	1名		従業者の指導監督、業務の実行状況の把握及びご利用者の医学的管理と他の管理を一元的に行う。
理学療法士	5名(常勤1名、常勤で兼務4名)	6名(常勤で兼務)	医師の指示ならびに通所リハビリテーション計画に基づいた、通所リハビリテーションの提供を行う。
作業療法士		4名(常勤で兼務)	
介護職員	8名(常勤)		
運転職員	5名(常勤で兼務)		ご利用者の送迎を行う。

(4) 営業日及び営業時間

- 営業日・・・月曜日から土曜日まで(但し、国民の休日及び12月31日から1月3日までをのぞく)
- 営業時間・・・8時30分から17時30分まで(但し、水曜日は15時00分まで、土曜日は12時30分まで)

● サービス提供時間(1単位)

月曜日	火曜日	木曜日	金曜日	9時30分から15時30分まで
水曜日				9時30分から15時00分まで
土曜日				9時00分から12時30分まで

● サービス提供時間(2単位)

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	10時00分から11時00分まで
-----	-----	-----	-----	-----	------------------

(5) 事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、鹿角市・小坂町といたします。

(6) 事業所の利用定員

一日あたりの利用定員は	1単位	40名
	2単位	10名(水曜日は20名)

(7) 利用料

サービスのご利用に係る自己負担額(厚生労働省の定める介護報酬額の負担割合)	1割
	2割
	3割

■ 介護予防通所リハビリテーション(1月につき)

介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	2,268 単位/月
	要支援2	4,228 単位/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 ※令和6年6月～)	要支援1	△120 単位/月
	要支援2	△240 単位/月
科学的介護推進体制加算		40 単位/月
退院時共同指導加算		600単位/回
サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1	72 単位/月
	要支援2	144 単位/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数×86/1,000

■ 通所リハビリテーション(1日につき)

利用時間	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1時間以上2時間未満(月火水木金)	369	398	429	458	491
3時間以上4時間未満(土曜日)	486	565	643	743	842
5時間以上6時間未満(水曜日)	622	738	852	987	1,120
6時間以上7時間未満(月火木金)	715	850	981	1,137	1,290
入浴介助加算(Ⅰ)					40 単位/回
退院時共同指導加算					600単位/回
理学療法士等体制強化加算(1時間以上2時間未満のみ)					30 単位/回
短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日より起算して3月以内)					110 単位/回
通所リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満(土曜日)				12 単位/回
	5時間以上6時間未満(水曜日)				20 単位/回
	6時間以上7時間未満(月火木金)				24 単位/回
事業所が送迎を行わない場合(片道につき)					△47 単位/回
科学的介護推進体制加算					40 単位/月
通所リハサービス提供体制強化加算(Ⅱ)					18 単位/回
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)					所定単位数×86/1,000

■ その他の費用

次のサービスをご利用された場合は、別途利用料のご負担をお願いしております。

食事の提供サービス(1食)	550円
---------------	------

(8) 通所リハビリテーション サービス内容

- 病状、障害の観察
- 心身機能の維持、回復訓練
- 個別リハビリテーション
- 社会適応能力訓練
- 送迎及び送迎の介助
- 入浴
- 日常生活動作に関する指導、相談

(9) 事故発生の防止及び発生時の対応

- 事故発生防止の為に委員会及び従業員に対する研修を定期的に行い、事故発生防止に努めております。
- 指定通所リハビリテーションサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族関係する居宅介護支援事業所に連絡するとともに、その事故が生じた原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。また、倍賞すべき事故が生じた場合には損害倍賞を速やかに行います。

(10) 秘密保持

- 事業所及び事業者の従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にいたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を洩らしません。
- 事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を洩らす事がないよう必要な措置を講じます。
- 事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の家族の個人情報をを用いる場合は利用者の家族の同意を予め文章で同意を得ない限り、サービス提供者会議等において利用者又は利用者の家族の個人情報を用いません。

個人情報使用同意書

貴事業所との間の介護保険法に基づくサービス利用契約書第11条の秘密保護に関し、貴事業所が私のより良き介護の為、サービス担当者会議等において、私の個人情報に家族の個人情報を契約期間中用いる事に同意します。

記

使用にあたっての条件

- 1.個人情報の提供は必要最小限にとどめ、関係者以外には決して洩れることのないよう、細心の注意を払います。
- 2.事業者は、個人情報を使用した場合は、相手方、内容について記録をしておきます。

管理者 小笠原 真澄 様

利用者氏名 _____ (印)

利用者家族氏名 _____ (印)(利用者との関係 _____)

代理人氏名 _____ (印)

(11) 高齢者虐待の禁止

事業所の職員は、当該サービスの利用者又はほかの利用者に対し、次の行為を行いません。

- 1.身体的虐待・・・暴力行為等で身体に傷や痣、痛みを与える行為や外部との接触を意図的、継続的に遮断する行為。
- 2.心理的虐待・・・脅しや屈辱等の言葉や、威圧的な態度、無視、嫌がらせなどにより精神的、情緒的に苦痛を与える行為。
- 3.性的虐待・・・高齢者本人との合意のないあらゆる形態の性的な行為又はその強要。
- 4.介護や世話の放棄・・・介護や生活の世話の提供を放棄し又は放任し、高齢者の生活環境や身体・精神の状態を悪化させること。
- 5.経済的虐待・・・高齢者本人との合意なしに財産や金銭を使用すること。又は本人の希望する金銭の使用を理由なく制限すること。

(12) 身体拘束禁止

- 1.当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。
- 2.緊急やむを得ない場合の対応として、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要素を満たし、それらの要件の手続きが慎重に実施されているケースに限られます。

(13) 衛生管理

- 1.利用者の使用する施設、設備備品を清潔に保持し、常に衛生管理に注意し感染防止に努めます。
- 2.空調設備により施設内の低気温の確保に努めます。

(13) 相談及び苦情

利用者からの相談又は苦情に対する常設の窓口(連絡先)を設け、担当者を配置しております。苦情等があった場合には、詳しく事情を確認するとともに、利用者に謝罪及び改善事項の説明等円滑に対応致します。

連絡先 電話番号 0186-37-2601 FAX 0186-37-3483

担当者 通所リハビリテーション室 水原 寛

なお、相談・苦情の申し立ては次の機関でも受け付けております。

◆介護保険サービスに関する苦情相談窓口

鹿角市社会福祉事務所 介護保険担当

所在地 鹿角市花輪字下花輪50番地

電話 0186-30-0203

◆介護保険サービスに関する苦情相談窓口

小坂町地域包括支援センター

所在地 鹿角郡小坂町小坂字上前田7-1

電話 0186-29-2950

◆介護保険サービスに関する苦情相談窓口

秋田県福祉サービス相談支援センター(秋田県運営適正化委員会)

所在地 秋田市旭北栄町1番5号

電話 018-864-2726

◆介護保険サービスに関する苦情相談窓口

秋田県国民健康保険団体連合会 介護保険課

所在地 秋田市山王4丁目2番3号

電話 018-863-1550

(13) その他のご利用に際して

- ご利用を休む場合は、必ずご連絡をお願いします。
- 通所リハビリテーションをご利用の際は、次の物をご準備しお待ち下さい。また、荷物には全てお名前を書いて下さい。
- 入浴道具・・・バスタオル、タオル、垢こすり、海水パンツ
- 食事道具・・・お箸、スプーン、フォーク(普段使い慣れている物)、食事用エプロン
- 靴(室内用)
- 紙おむつ、パット、紙パンツ
- お薬(服用しているお薬がある場合)

私は、通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、重要事項説明書に基づいてサービス内容及び重要事項について説明しました。

令和 年 月 日

事業者 住所 秋田県鹿角市十和田大湯字湯ノ岱16番地2

事業者 大湯リハビリ温泉病院

説明者氏名 (印)

私は、通所リハビリテーションサービスの利用にあたり、サービス内容及び利用料金その他の重要事項等の説明を受け、同意し、本書を受領しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ (印)

御家族または代理人

住所 _____

氏名 _____ (印) (利用者との続柄)

重要事項説明書(料金一部変更に関して)

様

先日、書面にて一部料金の変更に関してお知らせいたしましたが、以下の様に変更となりますのでよろしくお願い致します。尚、以下に署名捺印して頂き、一部は次回の利用時にご持参下さい。

(7) 利用料

サービスのご利用に係る自己負担額(厚生労働省の定める介護報酬額の負担割合)	1割
	2割
	3割

■ 介護予防通所リハビリテーション(1月につき)

介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	2,268 単位/月
	要支援2	4,228 単位/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 ※令和6年6月～	要支援1	△120 単位/月
	要支援2	△240 単位/月
科学的介護推進体制加算		40 単位/月
退院時共同指導加算		600 単位/回
サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1	72 単位/月
	要支援2	144 単位/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数 × 86 / 1,000

■ 通所リハビリテーション(1日につき)

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満(月火水木金)	369	398	429	458	491
3時間以上4時間未満(土曜日)	486	565	643	743	842
5時間以上6時間未満(水曜日)	622	738	852	987	1,120
6時間以上7時間未満(月火木金)	715	850	981	1,137	1,290
入浴介助加算(Ⅰ)					40 単位/回
退院時共同指導加算					600 単位/回
理学療法士等体制強化加算(1時間以上2時間未満のみ)					30 単位/回
短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日より起算して3月以内)					110 単位/回
通所リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満(土曜日)				12 単位/回
	5時間以上6時間未満(水曜日)				20 単位/回
	6時間以上7時間未満(月火木金)				24 単位/回
事業所が送迎を行わない場合(片道につき)					△47 単位/回
科学的介護推進体制加算					40 単位/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)					18 単位/回
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)					所定単位数 × 86 / 1,000

■ その他の費用

次のサービスをご利用された場合は、別途利用料のご負担をお願いしております。

食事の提供サービス(1食)	550円
---------------	------

令和 年 月 日

事業者 住所 秋田県鹿角市十和田大湯字湯ノ岱16番地2

事業者 大湯リハビリ温泉病院

説明者氏名 (印)

私は、通所リハビリテーションサービスの利用にあたり、サービス内容及び利用料金その他の重要事項等の説明を受け、同意し、本書を受領しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ (印)

御家族または代理人

住所 _____

氏名 _____ (印) (利用者との続柄)

重要事項説明書(料金一部変更に関して)

様

先日、書面にて一部料金の変更に関してお知らせいたしましたが、以下の様に変更となりますのでよろしくお願い致します。尚、以下に署名捺印して頂き、一部は次回の利用時にご持参下さい。

(7) 利用料

サービスのご利用に係る自己負担額(厚生労働省の定める介護報酬額の負担割合)	1割
	2割
	3割

■ 介護予防通所リハビリテーション(1月につき)

介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	2,268 単位/月
	要支援2	4,228 単位/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 ※令和6年6月～	要支援1	△120 単位/月
	要支援2	△240 単位/月
科学的介護推進体制加算		40 単位/月
退院時共同指導加算		600単位/回
サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1	72 単位/月
	要支援2	144 単位/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数 × 86 / 1,000

■ 通所リハビリテーション(1日につき)

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満(月火水木金)	369	398	429	458	491
3時間以上4時間未満(土曜日)	486	565	643	743	842
5時間以上6時間未満(水曜日)	622	738	852	987	1,120
6時間以上7時間未満(月火木金)	715	850	981	1,137	1,290
入浴介助加算(Ⅰ)					40 単位/回
退院時共同指導加算					600単位/回
理学療法士等体制強化加算(1時間以上2時間未満のみ)					30 単位/回
短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日より起算して3月以内)					110 単位/回
通所リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満(土曜日)				12 単位/回
	5時間以上6時間未満(水曜日)				20 単位/回
	6時間以上7時間未満(月火木金)				24 単位/回
事業所が送迎を行わない場合(片道につき)					△47 単位/回
科学的介護推進体制加算					40 単位/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)					18 単位/回
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)					所定単位数 × 86 / 1,000

■ その他の費用

次のサービスをご利用された場合は、別途利用料のご負担をお願いしております。

食事の提供サービス(1食)	550円
---------------	------

令和 年 月 日

事業者 住所 秋田県鹿角市十和田大湯字湯ノ岱16番地2

事業者 大湯リハビリ温泉病院

説明者氏名 (印)

私は、通所リハビリテーションサービスの利用にあたり、サービス内容及び利用料金その他の重要事項等の説明を受け、同意し、本書を受領しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ (印)

御家族または代理人

住所 _____

氏名 _____ (印) (利用者との続柄)

重要事項説明書(料金一部変更に関して)

様

先日、書面にて一部料金の変更に関しお知らせいたしましたが、以下の様に変更となりますのでよろしくお願い致します。尚、以下に署名捺印して頂き、一部は次回の利用時にご持参下さい。

(7) 利用料

サービスのご利用に係る自己負担額(厚生労働省の定める介護報酬額の負担割合)	1割
	2割
	3割

■ 介護予防通所リハビリテーション(1月につき)

介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	2,268 単位/月
	要支援2	4,228 単位/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 ※令和6年6月～	要支援1	△120 単位/月
	要支援2	△240 単位/月
科学的介護推進体制加算		40 単位/月
退院時共同指導加算		600単位/回
サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1	72 単位/月
	要支援2	144 単位/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数 × 86 / 1,000

■ 通所リハビリテーション(1日につき)

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満(月火水木金)	369	398	429	458	491
3時間以上4時間未満(土曜日)	486	565	643	743	842
5時間以上6時間未満(水曜日)	622	738	852	987	1,120
6時間以上7時間未満(月火木金)	715	850	981	1,137	1,290
入浴介助加算(Ⅰ)					40 単位/回
退院時共同指導加算					600単位/回
理学療法士等体制強化加算(1時間以上2時間未満のみ)					30 単位/回
短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日より起算して3月以内)					110 単位/回
通所リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満(土曜日)				12 単位/回
	5時間以上6時間未満(水曜日)				20 単位/回
	6時間以上7時間未満(月火木金)				24 単位/回
事業所が送迎を行わない場合(片道につき)					△47 単位/回
科学的介護推進体制加算					40 単位/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)					18 単位/回
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)					所定単位数 × 86 / 1,000

■ その他の費用

次のサービスをご利用された場合は、別途利用料のご負担をお願いしております。

食事の提供サービス(1食)	550円
---------------	------

令和7年4月 日

事業者 住所 秋田県鹿角市十和田大湯字湯ノ岱16番地2

事業者 大湯リハビリ温泉病院

説明者氏名 水原 寛 (印)

私は、通所リハビリテーションサービスの利用にあたり、サービス内容及び利用料金その他の重要事項等の説明を受け、同意し、本書を受領しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ (印)

御家族または代理人

住所 _____

氏名 _____ (印) (利用者との続柄)