

通所リハビリテーション重要事項説明書

(2025 年 3 月現在)

当事業所の利用をご希望される皆様が、安心してサービスを利用いただけますよう、当事業所の概要、サービスの内容および留意事項などについて、下記のとおりご説明いたします。

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 北光会
代 表 者 名	理事長 篠崎 仁史
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 〒047-0152 小樽市新光 1 丁目 21 番 5 号 (TEL) 0134-54-6543 (FAX) 0134-52-3951

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	朝里中央病院 リハビリテーション科
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 〒047-0152 小樽市新光 1 丁目 21 番 5 号 (電話) 0134-54-6543 (FAX) 0134-54-6543
事 業 所 番 号	0 1 1 2 0 1 4 8 3 2
施 設 管 理 者 の 氏 名	病院長 山田 修
事 業 所 責 任 者 の 氏 名	事務長 池田 沙織
サ ー ビ ス 責 任 者 の 氏 名	理学療法士 堀部 寛人
サ ー ビ ス を 提 供 す る 地 域	小樽市内

(2) 事業所の職員体制

理学療法士 18 名

作業療法士 5 名

言語聴覚士 1 名

3 事業の目的及び運営方針

- 1、在宅療養を送るリハビリテーションを必要とする方々に対し、心身の機能の維持回復に努め、住み慣れた地域社会やご家庭での療養ができるように支援いたします。
- 2、市町村及び医療・福祉等関係機関と密接な連携を図り、常に良質なサービスもために職員の研修及び研鑽にて質の向上を図ります。

4 営業日・営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日
営 業 時 間	9：00～17：00
休 日	日曜日・祝日、年末年始、法人の定める休日を除く

5 サービス提供時間

上記営業日	9：00～17：00
リハビリ回数や時間帯はご相談の上対応させていただきます	

6 サービス提供内容

事業所は、医師の指示に基づき、個別に通所計画を作成し、サービスを実施、記録し、月ごとに医師への報告を行います。

- (1) 当事業所は、要介護状態及び要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的にサービスを行います。

(2) サービスの提供に当たっては、主治医との密接な連携に努め、医師の指示書に基づき利用者の心身の機能の維持回復を図るよう適切に行います。

(3) サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを基本とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。

(4) サービスの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及び環境等の的確な把握に努め、利用者若しくは家族に適切な指導を行います。

(5) サービスの提供に当たっては、適切な手技をもって行うとともに、特殊なりハビリテーションについては行いません。

7 利用料金

(1) 基本料金

介護保険から給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の1割です。

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。

【 料金表 基本料金 】

利 用 内 容	介護度	基 本 料 金	備 考
1 回につき (1 時間以上 2 時間未満)	要支援 1	2, 2 6 8 円/月	お住いの形態により料金体系が異なります (在宅・施設等)
	要支援 2	4, 2 2 8 円/月	
	要介護 1	3 6 9 円/1 回	
	要介護 2	3 9 8 円/1 回	
	要介護 3	4 2 9 円/1 回	
	要介護 4	4 5 8 円/1 回	
	要介護 5	4 9 1 円/1 回	

(自己負担額は上記金額の1割、または所得に応じ2～3割になる場合もございます。)

※上表の料金設定と基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

(2) 加算・減算料金

項 目	単 位	内 容
理学療法士等体制強化加算	30 単位/回	① 所要の時間1時間以上2時間未満の場合の基本報酬を算定していること。 ② 人員基準に定める配置基準を超えて、理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士を、専従かつ常勤で2名以上配置していること。
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	6 か月以内 560 単位/月 6 か月超 240 単位/月	① 事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること。 ② 事業所の医師が、理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士に対し、利用者のリハビリテーションの目的に加え、「リハビリテーション開始前や実施中の留意事項」、「やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準」、「リハビリテーションにおける利用者に対する負荷」等のうち、いずれか1つ以上の指示を行うこと。 ③ 医師、または指示を受けた理学療法士、作業療法士、もしくは言語聴覚士が、指示の内容が上記の基準に適合することが明確にわかるように記録すること。 ④ 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、会議の

		内容を記録すること。 ⑤ リハビリテーション計画について、計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が、利用者またはその家族に説明し、同意を得るとともに、説明した内容等を医師へ報告すること。 ⑥ リハビリテーション計画の作成にあたって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して、6月以内の場合は1月に1回以上、6月を超える場合は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じてリハビリテーション計画を見直していること。 ⑦ 事業所の理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションの専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法、日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。 ⑧ 以下のいずれかを満たすこと。 1. 事業所の理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業所の従業者と利用者の居宅を訪問し、従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から介護の工夫に関する指導と日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
--	--	--

		2. 事業所の理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、利用者の家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から介護の工夫に関する指導と日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。 ⑨ 上記の要件を満たしていることを確認し、記録すること
同一建物減算	－ 94 単位/月	① 事業所と同一建物に居住する利用者にサービスを提供した場合 ② 事業所と同一建物から事業所に通う者にサービスを提供した場合
送迎未実施減算	－ 47 単位/月	① 自宅と事業所との間の送迎を行わない場合。片道につき減算 ※同一建物減算の対象となっている場合は対象とならない
退院時共同指導加算	600 単位	① 病院に入院中、退院するにあたり、事業所の医師または理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導（病院の主治医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で情報を共有したうえで、利用者又は家族に対して在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での通所リハビリテーション計画に反映させること）を行い、初回のリハビリテーションを

		行った場合。（当該退院につき1回に限る）
--	--	----------------------

（３）料金の支払方法

毎月末締め、翌月１０日までに請求を致しますので、当月末日までにお支払ください。

領収書は後日発行します。お支払方法は、現金払いか郵便局口座引き落としとなります。

（４）償還払いについて

保険料の滞納等により、保険給付が直接事業所に支払われない場合はサービス提供料金を全額お支払いしていただきます。その場合、当事業所からの領収書を後日、市町村の窓口に出すれば払い戻しを受けられます。

８ サービスの中止・変更等の連絡

利用者の事情でサービス提供を中止、又は変更する場合には、前営業日の午後５時までに連絡してください。その場合、キャンセル料はかかりません。

当日、やむなく中止となる場合は料金が発生します。

９ サービスの終了

①利用者の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１週間前までにお申し出ください。

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、サービスを終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了１ヶ月までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知がな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

された時 ※この場合、条件を変更して再度契約をすることが出来ます。

- ・利用者がお亡くなりになった場合

③ その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合や利用者・家族など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、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、サービスの利用料金の支払いを3ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが当事業所や当事業所従業者に対してサービスを継続しがた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、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

10 事故発生・緊急時の対応方法

サービスの提供中に事故が発生した場合、容態の変化などがあった場合は、その状況により主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業所・及び市町村等へ連絡いたします。

11 損害賠償

事業所は、利用者に対する訪問サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、利用者や利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償いたします。

13 苦情申立窓口

① ご利用者ご相談窓口

朝里中央病院

責任者 事務長 池田 沙織 電話 0134-54-6543

ご利用時間 平日（土・日・祝日除く） 午前9時～午後5時

- ② 朝里中央病院以外に市町村窓口で苦情を伝えることができます

小樽市介護保険課 電話 0134-32-4111

14 個人情報の取り扱いについて

当事業所の個人情報保護規定に従って個人情報を保護致します。

15 秘密の保持について

当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者もしくはその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、下記についての情報提供については、利用者及び家族から予め同意を得た上で行なうこととします。

（１）通所リハビリテーションサービスおよび予防通所リハビリテーション利用のための市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険業者等への情報提供。

（２）学会、研究会等での事例研究発表等。

※なお、上記に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

当事業所は、通所リハビリテーションの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項説明書を説明いたしました。

年 月 日

サービス事業者

所在地 北海道小樽市新光1丁目21番5号

名 称 朝里中央病院 通所リハビリセンター

説明者氏名

印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項説明書の説明を受けました。

年 月 日

利用者 住 所

氏 名

印

利用者の家族 住 所

または代理人 氏 名

印

利用者との関係