

重要事項説明書

介護予防通所リハビリテーション

利用者： _____ 様

医療法人三愛会

埼玉みさと総合リハビリテーション病院

通所リハビリテーション

1 医療法人三愛会 埼玉みさと総合リハビリテーション病院 通所リハビリテーションの概要

① 事業者（法人）の概要

名称	医療法人 三愛会
代表者名	中村 哲也
所在地	埼玉県三郷市新和5丁目207番
連絡先	048-953-1211（代表）

② 事業所の概要

事業所名	埼玉みさと総合リハビリテーション病院 通所リハビリテーション
所在地	埼玉県三郷市新和5丁目156-1
連絡先	048-953-1211（代表） 048-953-1254（直通）
事業所番号	1171200064
管理者氏名	熊澤 健一

③ 職員体制

職種	職務内容	常勤	非常勤	計
管理者	医師	1名		1名
医師	医師	3名	4名	7名
看護職員	看護師	2名	1名	3名
リハビリ職員	理学療法士	3名		3名
	作業療法士	1名		1名
介護職員	介護福祉士	5名	3名	8名
事務	介護事務	1名		1名

④ サービス実施エリア

実施エリア	三郷市 ※実施エリア外の方は、ご相談下さい。
-------	---------------------------

⑤ 営業日

営業日	営業時間	サービス提供時間
月～土曜日 (年末年始を除く)	8:30～17:30	短時間利用(1～2時間) 9:40～11:00 13:30～14:50

⑥ 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、ご利用者様及びその家族にとどまらず全ての方が閲覧することができます。

2 サービスの内容と費用

① 介護保険給付対象サービス

種類	内容
排泄	ご利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行います。
整容等	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 寝具のシーツ交換は原則週2回以上実施します。
機能訓練	ご利用者様の心身機能の維持・向上を図り、日常生活の自立支援のための リハビリ専門職によるリハビリテーションを提供いたします。
日常生活動作	施設での生活全てがリハビリテーションの一環であると捉え、可能な限り ご利用者様の力を引き出しながら動作能力の維持・向上を図ります。
健康チェック	体温・脈拍・血圧測定等の一般的健康管理、全身状態の把握を行います。
レクリエーション等	リハビリテーションの視点を取り入れたレクリエーションや作業活動(手作業 等)を提供します。なお、囲碁・将棋・カラオケ等の娯楽設備もございます。
相談及び援助	ご利用者様及びその後見人、家族又は身元引受人からのご相談に応じます。
送迎	原則として当施設の車両を用いてご自宅から当施設まで送迎を行います。 ご自身及びご家族の送迎にて来所される場合の事故等の責任は負いかねます。

利用日の送迎車到着までに、健康チェックシートをご記入ください。

ご利用者様、ご家族様共にいずれかの項目に該当する場合はご利用をお断りさせていただきます。

また、ご利用の際にはマスクの着用をお願いします。入浴や食事等のマスクを外す場面や、送迎車内での
会話はお控えください。

ご利用者様の体調やご様子、バイタルサイン等により、当日のご利用・入浴・リハビリ・
レクリエーション等の実施を見送る場合がございますのでご了承ください。

② 費用

原則として利用料金の1割がご利用者様負担額となりますが、ご利用者様の所得に応じて、

2割負担または3割負担となる場合があります。

また、利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

③ 基本料金

区分	単位	料金	1割負担金	2割負担金	3割負担金
要支援1	2,268 単位/月	23,428 円/月	2,343 円/月	4,686 円/月	7,029 円/月
要支援2	4,228 単位/月	43,675 円/月	4,368 円/月	8,735 円/月	13,103 円/月

④ 料金表 (加算)

加算	単位	料金	1割負担金	2割負担金	3割負担金
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20 単位/回	206 円/回	21 円/回	42 円/回	62 円/回
口腔機能向上加算 I	150 単位/月	1,549 円/月	155 円/月	310 円/月	465 円/月
口腔機能向上加算 II	160 単位/月	1,652 円/月	166 円/月	331 円/月	496 円/月
サービス提供体制強化加算 (I) (要支援1)	88 単位/月	909 円/月	91 円/月	182 円/月	273 円/月
サービス提供体制強化加算 (I) (要支援2)	176 単位/月	1,818 円/月	182 円/月	364 円/月	546 円/月
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	413 円/月	42 円/月	83 円/月	124 円/月
退院時共同指導加算	600 単位/回	6,198 円/回	620 円/回	1,240 円/回	1,860 円/回
介護職員等処遇改善加算(II)	総単位数×8.3%				

【1ヶ月の利用料の算出方法 (1割負担の方の場合)】 (総単位数とは、基本単位+各種加算単位となります)

{総単位数+ (総単位数×処遇改善加算 8.3%)} × 単位数単価 10.33 × 負担割合 10% (※) + 介護保険給付対象外サービス費 = 利用料金

※2割負担または3割負担の方は、『負担割合 10%』が『負担額割合 20%』、『負担割合 30%』となります。

⑤ 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外サービスの利用料は、ご利用者様の全額負担となります。

種類	内容	利用料
おむつ代	リハビリパンツ	297 円/枚
	尿取りパッド	66 円/枚
生活サービス費	トイレトペーパー・ティッシュペーパー・石鹸・消毒液・おしぼり等	50 円/回

おむつ・紙パンツ類・薬剤等、個人でご使用になるものについては各自ご持参ください。

当日ご使用分のみをお持ち下さい。お預かりは致しかねます。

⑥ 利用料等のお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月 10 日以降に当月分の料金を請求いたします。

各月 27 日（土曜日・日曜日の場合は翌週月曜日）にご指定いただいた口座より引き落としが行われます。

3 介護予防支援事業者等との連携

- ① 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、介護予防支援事業者及び保健医療サービス、または福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、重要事項説明に基づき作成する「介護予防通所リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面、またはその写しを介護予防支援事業者に速やかに送付します。

4 事業者が提供するサービス内容に関する苦情等相談窓口

苦情等受付窓口	窓口責任者	埼玉みさと総合リハビリテーション病院 医事課 責任者
	ご利用時間	8：30～17：30（月～金曜日） 8：30～12：30（土曜日）
	電話番号	048-953-1211（代表）
	FAX 番号	048-952-0127

※当事業所以外に以下の相談・苦情窓口へご相談することもできます。

- 三郷市 福祉部 長寿いきがい課 Tel：048-953-1111 内線 9420
Fax：048-953-7881

- 埼玉県国民健康保険団体連合会 Tel：048-824-2568
Fax：048-824-2561

5 緊急時の対応方法（連絡体制）

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、主治医、救急隊、親族等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
主治医への連絡基準		
第一連絡先	氏名	続柄（ ）
	連絡先	
第二連絡先	氏名	続柄（ ）
	連絡先	
第三連絡先	氏名	続柄（ ）
	連絡先	
指定避難場所	第1	
	第2	

6 施設利用にあたっての留意点

喫煙	喫煙は出来ません。
所持金管理	所持金品は、自己責任のもと管理して下さい。
設備の利用	施設内の設備は、用法に従ってご利用下さい。
迷惑行為	騒音又は他の利用者の迷惑となる行為、職員に対し業務の妨げとなり得る行為等をご遠慮下さい。
宗教・政治活動等	宗教・政治活動等の活動をご遠慮下さい。
その他	物品の売買や譲渡などをご遠慮下さい。 食品等のお持ち込み・お持ち帰りはご遠慮下さい。 携帯電話のご使用をご遠慮下さい。 酒気を帯びてのご来所は、固くお断りさせていただきます。 対策を講じておりますが、予期せぬ転倒・転落の危険があります。 個々の状態により全身状態が急に悪化に転じる場合があります。

【 病院概要 】

理事長 中村 哲也
法人設立 昭和 51 年
病院開設 平成 15 年
院長 熊澤 健一
病床数 回復期リハビリテーション病棟 175 床
診療科目 リハビリテーション科・内科・神経内科

【 関連事業 】

通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション 居宅介護支援事業所
地域包括支援センター 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

通所リハビリテーションの開始にあたり、ご利用者様に対して重要事項説明書を交付し、
本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

【事業者】

埼玉県三郷市新和 5 丁目 207 番
医療法人三愛会 埼玉みさと総合リハビリテーション病院

理事長 中村 哲也 印

【事業所】

埼玉県三郷市新和 5 丁目 156-1
医療法人三愛会 埼玉みさと総合リハビリテーション病院
通所リハビリテーション

説明者 _____

上記説明者より、重要事項説明書の交付と説明を受け、その内容に同意しました。

年 月 日

利用者氏名 _____ 印

署名代行事由：

家族代表者氏名 _____ 印

平成22年07月01日 施行
平成24年04月01日 改訂
平成24年10月01日 改訂
平成26年04月01日 改訂
平成27年04月01日 改訂
平成27年07月01日 改訂
平成27年07月20日 改訂
平成28年12月01日 改訂
平成29年04月01日 改訂
平成30年04月01日 改訂
令和01年10月01日 改訂
令和02年04月01日 改訂
令和03年04月01日 改訂
令和04年10月01日 改訂
令和06年06月01日 改訂