重要事項説明書

通所リハビリテーション　心　について

※介護予防通所リハビリテーション含む

1. 指定通所リハビリテーションを提供する事業者について

事業者名称	医療法人 永潤会
代表者氏名	理事長　　西川　英夫
本部所在地 （連絡先及び電話番号等）	佐賀県小城市三日月町長神田 2171 番地 5 電話　0952-73-8855
設立年月日	平成 31 年 1 月 1 日

2. 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1)事業所の所在地等

事業所名称	通所リハビリテーション　心
介護保険指定事業所番号	4111311264
事業所所在地	佐賀県小城市三日月町長神田 2171 番地 5
連絡先 相談担当者名	連絡先　　電話　0952-73-8856　・　FAX0952-73-7306 施設長　　西川　順子
事業所の通常の事業の実施地域	小城市、多久市（東多久町地区） 佐賀市（鍋島、大和町川上地区）

(2)事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日
定休日	土曜日、日曜日、年末年始、祝祭日の一部
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分

(3)サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から金曜日
サービス提供時間	午前 9 時 30 分から午後 3 時 40 分

(4)事業所の職員体制 （令和 8 年 6 月 1 日時点）

管理者	西川　英夫

職	職務内容	人員数
医師	1.利用者に対する医学的な管理指導等を行います。 2.それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画もしくは介護予防通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。	常勤　 1 名
施設長	1.従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤　 1 名
理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士又は看護師もしくは准看護師（以下「看護職員」という。）もしくは介護職員	1.医師及び理学療法士、作業療法士その他の従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査を基に、共同して利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション、もしくは介護予防通所リハビリテーション計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 2.利用者へ通所リハビリテーション、もしくは介護予防通所リハビリテーション計画を交付します。 3.通所リハビリテーション、もしくは介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、必要な理学療法、作業療法、その他のリハビリテーション及び介護ならびに日常生活上の世話を行います。 4.リハビリテーションの実施状況の把握及び介通所リハビリテーション、もしくは介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行います。	理学療法士 常勤　1 名以上 看護師 （准看護師） 常勤　1 名以上 介護職員 常勤　1 名以上

3. 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

4. 通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーションについては、要介護者及び要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者(ご家族)の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

5. サービス利用にあたっての金銭、貴重品の管理について

人の出入りの多い場所です。多額の金銭・貴重品の持ち込みはご遠慮ください。紛失につきましては当事業所では責任を負いかねます。

6. 高齢者虐待防止への取り組み

当施設では、利用者の人権を守り、安心してサービスを受けていただけるよう、虐待の防止に取り組んでいます。具体的には、定期的に委員会を開いて対策を話し合い、その内容を職員全体に共有しています。また、虐待を防ぐための方針(指針)を整え、職員向けの研修を行うことで知識と意識の向上を図っています。担当者を配置し、万が一の際には速やかに対応できる体制を整えています。気になることがあれば、施設内の相談窓口や外部の相談機関へご相談ください。

7. 業務継続計画(BCP)への取り組み

当施設では、感染症や災害などの非常時にもサービス提供が継続できるよう、業務継続計(BCP)を策定しています。職員への周知や研修、訓練を定期的に行い対応体制を整備しています。

8.身体拘束の適正化

事業所は、原則として身体拘束を行いません。やむを得ず緊急の場合に行う際は、その理由・ 内容・時間を記録し、検証・改善を行います。

9.感染症の予防及びまん延防止

平常時から感染症予防に努め、発生時には速やかにご家族や関係機関へ連絡し、まん延防止のための対策を行います。

10.事故発生時の対応

事故が発生した場合は、利用者・ご家族へ速やか連絡するとともに、必要に応じて市町村等へ報告し、再発防止に努めます。

11.オンラインモニタリング

事業所は、令和 7 年現在、オンラインモニタリングによるサービス提供を行っていません。今後導入する場合は、利用者・家族に事前に説明を行い、同意を得た上で実施します。

12. 利用料金

（1）基本料金

①介護予防通所リハビリテーション費

ア）施設利用料

介護度	要支援 1	要支援 2
利用限度回数	週 1 回	週 2 回
	2,268 単位/月	4,228 単位/月

※送迎料・入浴介助料は基本料金に包括されます。

イ）各種加算（選択サービス等）

加算	要支援 1	要支援 2
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	88 単位/月	176 単位/月
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	40 単位/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	所定単位数の 11.1%	所定単位数の 11.1%
栄養アセスメント（対象者）	50 単位/月	50 単位/月
栄養改善加算（対象者）	200 単位/回	200 単位/回
口腔機能向上加算（対象者）	150 単位/回	150 単位/回
退院時共同指導加算（対象者）	600 単位/回	600 単位/回

ウ）各種減算

利用開始から 12 月超えた場合	120 単位/月	240 単位/月

※平成 30 年 8 月から前年の所得が一定以上ある 65 歳以上の方は、利用者負担の割合が 2～3 割となる場合があります。
毎年 8 月 1 日付けで、「介護保険負担割合証」が届きますので、必ずご確認ください。

※利用限度回数を超える場合、下記の自己負担(実費)を徴収させていただきます。

＜自己負担（実費）＞

半日 1,500 円／回	1 日 3,000 円／回	
食事 650 円／回	入浴 500 円／回	送迎 250 円／片道

②介護通所リハビリテーション費

ア）通所リハビリテーション費

（介護保険制度では、要介護認定による要介護度の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は 1 日当たりの負担分です。）

	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	369	398	429	458	491
2 時間以上 3 時間未満	383	439	498	555	612
3 時間以上 4 時間未満	486	565	643	743	842
4 時間以上 5 時間未満	553	642	730	844	957
5 時間以上 6 時間未満	622	738	852	987	1,120
6 時間以上 7 時間未満	715	850	981	1,137	1,290

※個別リハビリテーション実施料および送迎料は基本料金に包括されます。

イ）各種加算

加算		利用料
入浴介助加算（Ⅰ）		40 単位/日
短期集中リハビリテーション実施加算 ※退院・退所後又は認定日から3ヵ月以内		110 単位/日
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	12 単位/回
	4 時間以上 5 時間未満	16 単位/回
	5 時間以上 6 時間未満	20 単位/回
	6 時間以上 7 時間未満	24 単位/回
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		22 単位/回
科学的介護推進体制加算		40 単位/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）		所定単位数の 11.1%
栄養アセスメント（対象者）		50 単位/月
栄養改善加算（対象者）		200 単位/回
口腔機能向上加算（対象者）		150 単位/回
退院時共同指導加算（対象者）		600 単位/回

※平成 30 年 8 月から前年の所得が一定以上ある 65 歳以上の方は、利用者負担の割合が 2～3 割となる場合があります。

毎年 8 月 1 日付けで、「介護保険負担割合証」が届きますので、必ずご確認ください。

ウ)各種減算

≪1≫ 送迎減算

減算	利用料
自宅と事業所間の送迎を行わない場合	片道につき 47 単位/日

※平成 30 年 8 月から前年の所得が一定以上ある 65 歳以上の方は、利用者負担の割合が 2～3 割となる場合があります。

③ その他の費用

(1)食費(食材費)

昼 食	650 円/回

※食費は介護保険より除外されており実費となっております。

(2)その他の料金

日常生活上必要となる諸費用	実 費

(2)支払い方法

当月分の請求書を翌月の 7 日までに発行します。
翌月 15 日(土日祝日の場合は翌営業日)にご契約口座より引き落としさせていただきます。
引き落とし確認後、領収書を発行いたします。

13. 苦情相談窓口

通所リハビリテーション心	電話番号	0952-73-8856
	FAX 番号	0952-73-7306
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
	担当者	西川 順子
佐賀中部広域連合	所在地	佐賀市白山 2 丁目 1 番 12 号
	電話番号	0952-40-1111
	FAX 番号	0952-40-1165
佐賀県国民健康保険団体連合会	所在地	佐賀市呉服元町 7 番 28 号
	電話番号	0952-26-1477
	FAX 番号	0952-26-6123

附 則

この重要事項は、

平成 31 年 1 月 1 日より改訂する。
平成 31 年 3 月 1 日より改訂する。
平成 31 年 4 月 1 日より改訂する。
令和 1 年 10 月 1 日より改訂する。
令和 3 年 3 月 1 日より改訂する。
令和 3 年 4 月 1 日より改訂する。
令和 4 年 10 月 1 日より改訂する。
令和 6 年 1 月 1 日より改訂する。
令和 6 年 3 月 1 日より改訂する。
令和 6 年 6 月 1 日より改訂する。
令和 6 年 7 月 1 日より改訂する。
令和 7 年 6 月 1 日より改訂する。
令和 8 年 6 月 1 日より改訂する。