

第二岩崎病院

【要介護】通所リハビリテーションに関する重要事項説明書

1.運営法人の概要

法人名：医療法人 思源会

代表者名：理事長 岩崎 誠

法人所在地：三重県一身田町 3 3 3 番地

実施事業：医療機関 岩崎病院 電話（代表） 2 3 2－2 2 1 6

介護療養型医療施設 第二岩崎病院 電話（代表） 2 3 2－2 3 1 6

居宅介護支援事業所 電話（直通） 2 3 6－0 2 7 0

2.通所リハビリテーションの概要

名 称	第二岩崎病院 通所リハビリ
所 在 地	三重県津市一身田町 3 8 7 番地
電 話 番 号	0 5 9－2 3 6－5 2 7 7
事業者指定番号	三重県 2 4 1 0 5 0 5 1 3 1
管 理 者 名	丸山 昭
定 員	4 0 名
サービス提供地域	津市北部・河芸南部・その他相談に応じる

3.通所リハビリテーション（以下通所リハと称します）の職員体制

職 種	従事するサービス内容	人 員
医 師	通所リハ時の医療面を管理します	常勤 1 名 非常勤 1 名
理学療法士	通所リハの主にリハビリ、機能訓練を担当します	常勤 3 名
看護職員	利用時の体調を管理します	常勤 1 名
介護職員	送迎や身の回りのお世話、リハビリ補助などを担当します	常勤 7 名 非常勤 1 名

4.業務日および業務時間

実 施 曜 日	実 施 時 間
月曜 ～ 金曜 （祝祭日を含む） 但し年末年始 12／31 ～ 1／3 は休業します	9：30 ～ 16：00

※12/30 は 9：30～13：30 の時短営業となります。

5.サービス内容

- ① 専門のリハビリスタッフによる機能訓練やリハビリを行います。
- ② 通所リハビリ時の健康管理を医師や看護師が行います。
- ③ リハビリ、送迎、入浴(自立支援)、昼食、集団体操、レクリエーション等を行います。
- ④ 季節に合わせた行事では院外への外出も考えています。※実費をいただくことがあります。

6.サービス利用料金(2026年6月～) 〈契約書第5条参照〉

地域単価(6級地) ※1単位=10.33円

☆通所リハビリテーション費

利用時間 1時間以上 2時間未満の場合

・要介護 1	369 単位/日
・要介護 2	398 単位/日
・要介護 3	429 単位/日
・要介護 4	458 単位/日
・要介護 5	491 単位/日

利用時間 6時間以上 7時間未満の場合

・要介護 1	715 単位/日
・要介護 2	850 単位/日
・要介護 3	981 単位/日
・要介護 4	1,137 単位/日
・要介護 5	1,290 単位/日

☆リハビリテーション提供体制加算 1 12 単位/日

☆リハビリテーション提供体制加算 2 16 単位/日

☆リハビリテーション提供体制加算 3 20 単位/日

☆リハビリテーション提供体制加算 4 24 単位/日

☆サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22 単位/日

☆リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ 1 560 単位/月

☆リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ 2 240 単位/月

☆リハビリテーションマネジメント加算Ⅲ 1 593 単位/月

☆リハビリテーションマネジメント加算Ⅳ 2 273 単位/月

☆リハビリテーションマネジメント加算 4 270 単位/月

☆理学療法士等体制強化加算 30 単位/日

☆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イ ※1月につき所定単位数の 103/1000 を加算

☆介護職員等処遇改善加算Ⅰロ ※1月につき所定単位数の 111/1000 を加算

☆入浴介助加算(Ⅰ) 40 単位/日

☆短期集中個別リハビリテーション実施加算 110 単位/日

☆退院時共同指導加算 600 単位/退院につき 1回まで

★送迎減算 ▲47 単位/片道

※利用状況により、その他の加算を算定させて頂く事もございます。

- ☆ その他の必要な料金 〈契約書第5条、第7条参照〉
- ＃食材費（おやつ、レクリエーションの材料費等を含む）・・・ 760 円
- ＃その他の日常生活費・・・ 必要に応じて個別での実費徴収となります。

7.ご利用の中止、変更、追加について（契約書第8条参照）

- * お身体の調子が悪いなどお休みになる場合は当日の朝8時半までに連絡を入れてください。その場合お休みになられた分の料金は掛かりません。
(8時半以降のご連絡は、昼食費 760 円を頂く事がございます)
- * 急な入院などで長期にお休みになる場合はその時にご連絡下さい。
- * 介護保険での入院や入所の場合は一旦契約を切らなければならない為必ずご連絡をいただきますようお願いいたします。この場合はすでに受けられたサービスに係る利用料金はお支払いいただきますが、取消料などはありません。
- * 他者への迷惑行為(暴力・暴言等)や、職員の制止をきかず故意に危険な行動をとられた場合などは即時利用を中断し、場合によっては利用終了となることとございます。
- * 当通所リハビリの御利用を中止、変更、追加された場合などは必要に応じて各担当の居宅介護支援事業所への連絡などを行います。

8.利用料金のお支払い方法について（契約書第7条参照）

- * 1ヶ月分のご利用料金をまとめて翌月の初めにご請求及び徴収をさせていただきます。尚、原則として口座振替でのお支払いとさせていただきます。
振替日は毎月27日とさせていただきます（口座振替に伴う手数料は当院で負担します）。※振替当日が休日の場合は、銀行の翌営業日に振替致します。
詳しくは別紙参照。

9.台風や地震等、災害時の対応について

- * 台風接近時やその他災害等が発生または危険が予測される場合は、当事業所の判断で営業(サービス提供)を中止させていただきます。
また、サービス提供時間中の大雨や大雪等で送迎が危険と判断させて頂いた場合は営業時間を短縮し、帰りの送迎時間を早めさせていただく事がございます。
営業中止や時間短縮させて頂く際には、当事業所から利用者様もしくは家族様にご連絡させていただきます。
- * 大規模災害時は連絡なく営業を中止させていただく場合がございます。

10.苦情の受付について（契約書 2 1 条参照）

* 当事業所に対する苦情やご相談は下記の窓口で対応します。

電話番号	0 5 9 - 2 3 6 - 5 2 7 7
F A X 番号	0 5 9 - 2 7 1 - 7 7 2 8
担 当 者	通所リハビリ室長
そ の 他	相談・苦情等については上記担当者が対応します。 担当者が不在の場合も対応したものが必ず記録を取り担当者へ引継ぎをします。

* その他の相談・苦情窓口

津市役所健康福祉部介護保険課介護保険担当 TEL 059-229-3149

三重県国民健康保険団体連合会介護保険課 TEL 059-213-6500

三重県庁医療保険部長寿介護課居宅サービス班 TEL 059-224-2262

11.介護保険受給資格の確認について

* ご利用開始時には必ず介護保険の保険証をご提示していただきます。

* 要介護認定の変更時や再申請時も保険証が書き換えられてから必ずご提示していただきます。

担当者がご連絡を致しますのでよろしくご協力お願いいたします。また介護保険証の有効期限が切れているときには全額実費支払いということもありますのでご注意ください。

12.サービス提供における事業者の義務（契約書第 1 0 条参照）

当事業所ではサービスを提供するにあたって、次のことをお約束します。

- ① ご契約者のお身体の安全確保に配慮します。
- ② ご契約者に対する身体の拘束や行動の制限は行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者の生命、身体を保護する為に緊急やむを得ない場合に限り記録に記載するなどの適正な手続きにより行う場合があります。
- ③ ご契約者がサービス提供時において病状の急変が生じた場合には、速やかに必要な処置を講じます。
- ④ ご契約者にサービスを提供するにあたりどの居宅介護支援事業所であっても公平なサービスを提供いたします。
- ⑤ ご契約者に提供したサービスについては記録として一定期間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧することが出来るようにします。
- ⑥ 当事業者及び従業者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族などに関する事項を正当な理由なく、第三者に漏らすことなく秘密保持に努めます。ただし、同じ情報を必要とする事業者（例として担

当の居宅介護支援事業所やかかりつけの医療機関など）についてはご契約者の同意を得て情報交換などをいたします。

13.損害賠償について（契約書第13条、14条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。秘密保持の義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は、過失が認められる場合はご契約者のおかれた心身の状況を斟酌して相当の認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

14.感染症（結核、インフルエンザ、ノロ、コロナ、MRSA等）についての対応

- ① 当院では感染症対策として、送迎時の体温測定、入室時やお食事前等の手指消毒を適宜行っています。またご利用者や職員が触れるような箇所(リハビリ器具や送迎後の車内など)の消毒も実施しています。
- ② 咳症状がみられた場合や地域の感染症拡大状況等により、利用中のマスク着用をお願いする事もございますのでご協力お願い致します。
- ③ 他の利用者に伝播するような感染症にかかっている疑いのある利用者は集団生活(通所サービスの利用)が可能な旨の主治医の診断書が必要です。利用期間中、利用者様または家族様(主介護者)に感染症を疑われる症状が出現した場合、利用を休止し早急にかかりつけの病院で精密検査を受けてください。検査結果が出て感染の疑いが無くなるまでは利用を見合わせていただきます。感染の危険性がなくなると診断され利用可能となった場合は、利用再開の際に医師の診断書をご提示ください。
- ④ 感染又は感染を疑われる方との接触が濃厚であると判断させて頂いたご利用者には、当院の判断で一定期間ご利用を休止していただく事があります。

15.その他

- ① 当院は全館禁煙となっておりますので、病院敷地内での喫煙はご遠慮下さい。
- ② 金銭及び貴重品のお持込は原則禁止です。金品の紛失等に関し当院では一切の責任を負いません。
- ③ おやつ類の持込は、一部の例外（低血糖の方や、のど飴、花粉症飴など）を除いてご遠慮下さい。
- ④ サービス利用中の医療受診は出来ませんのでご了承下さい（緊急の場合を除く）。受診後のサービス利用は可能ですのでご相談ください。
- ⑤ 当院では、ご利用者様・ご家族様からの御心づけを固くお断りさせていただいております。ご理解のほど宜しくお願い致します。

16.サービス利用にあたっての禁止事項について

- ① 職員に対して行う暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷などの迷惑行為。
- ② パワーハラスメントやセクシャルハラスメントなどの行為。
- ③ サービス利用中に無断で職員の写真や動画を撮影したり、音声を録音したりする行為。また、それらを SNS 等に掲載する事を禁じます。

※上記の行為により健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断させて頂いた場合は、サービスを中止し契約解除させて頂く事もございます。

《説明確認欄》

通所リハビリテーションのサービスを提供開始するにあたり

令和____年____月____日 に、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

第二岩崎病院）通所リハビリテーションサービス事業所

説明者）_____

本書面に基づき重要事項の説明を受け、このサービス提供に対して同意します。

ご契約者住所_____

ご契約者氏名_____印

上記代理人名_____（ご関係_____）印