

重要事項説明書

(通所リハビリテーションサービス)

令和6年6月1日現在

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話	086-522-4141 (代表) 086-522-5888 (直通)
ご利用時間	月～土 午前8時30分～午後5時30分
担当部署	通所リハビリテーション室

* ご不明な点はなんでもおたずねください。

2. 事業所の概要

事業所の名称	玉島病院 通所リハビリテーション
事業所の所在地	岡山県倉敷市玉島乙島4030番地
管理者名	瀬崎 宏之
電話番号	086-522-4141 (代表) 086-522-5888 (直通) ※緊急連絡先も同様
FAX番号	086-522-3473
サービスを提供する対象地域	倉敷市(玉島・船穂地区)、浅口市(金光地区)にお住まいの方

* 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

3. 当法人であわせて実施するサービス事業

サービス事業の種類	岡山県知事の事業者指定		利用定員	
	指定年月日	指定番号		
入院	介護療養型医療施設	平成12年4月1日	岡山県指令長寿第1-826号	106人
居宅	短期入所療養介護	平成12年4月1日	岡山県指令長寿第1-827号	20人
	訪問看護ステーション	平成15年7月1日	岡山県指令長寿第397号	
	認知症対応型共同生活介護	平成13年7月1日	岡山県指令長寿第6-869号	26人
	小規模多機能型居宅介護	平成19年4月1日	倉敷市指令介第349号	25人
	特定施設入居者生活介護	平成24年2月1日	岡山県指令長第5379号	54人
	居宅介護支援事業所	平成11年10月1日	岡山県指令長寿第1-224号	

4. 設備の概要

建 物	構 造	鉄筋コンクリート造
	床面積	170.61㎡ (トイレ、浴室は除く)
浴 室	介護浴槽・特殊浴槽	
利用定員	平日40名 土曜日20名を上限とする	

8. 利用料金

①利用料 下表に示したサービス内容に応じた利用料金となります。また、保険外給付サービスを利用された場合は、保険外給付サービス料金がかかります。

②保険給付サービスの利用料

○ 通所リハビリテーションの場合

自己負担1割での利用料（利用料は介護保険被保険者証の保険給付率に準じます）

	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
1時間以上2時間未満	369円	398円	429円	458円	491円
2時間以上3時間未満	383円	439円	498円	555円	612円
3時間以上4時間未満	486円	565円	643円	743円	842円
4時間以上5時間未満	553円	642円	730円	844円	957円
5時間以上6時間未満	622円	738円	852円	987円	1,120円
6時間以上7時間未満	715円	850円	981円	1,137円	1,290円
7時間以上8時間未満	762円	903円	1,046円	1,215円	1,379円
※上記利用料は1回につき					
※感染症又は災害の発生により利用者数の減少が一定数以上生じた場合、1回につき3%を加算する。					
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円/日	
			4時間以上5時間未満	16円/日	
			5時間以上6時間未満	20円/日	
			6時間以上7時間未満	24円/日	
			7時間以上	28円/日	
入浴介助加算（Ⅰ）			40円/日		
入浴介助加算（Ⅱ）			60円/日		
リハビリテーションマネジメント加算（イ）			開始から6月以内	560円/月	
			開始から6月超	240円/月	
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）			開始から6月以内	593円/月	
			開始から6月超	273円/月	
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）			開始から6月以内	793円/月	
			開始から6月超	473円/月	
※上記について医師がリハビリテーション計画について説明した場合				270円/月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算			110円/日		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）			240円/日		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）			1,920円/月		

生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250円/月
若年性認知症利用者受入加算	60円/日
栄養アセスメント加算	50円/月
栄養改善加算	200円/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20円/回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5円/回
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160円/回
重度療養管理加算	100円/日
中重度者ケア体制加算	20円/月
科学的介護推進体制加算	40円/月
退院時共同指導加算	600円/回
移行支援加算	12円/日
送迎を行わない場合	47円/片道を減算
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円/回
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18円/回
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	1ヶ月の介護報酬総単位数×6.6% ×10円の1割

自己負担2割での利用料（利用料は介護保険被保険者証の保険給付率に準じます）

	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
1時間以上2時間未満	738円	796円	858円	916円	982円
2時間以上3時間未満	766円	878円	996円	1,110円	1,224円
3時間以上4時間未満	972円	1,130円	1,286円	1,486円	1,684円
4時間以上5時間未満	1,106円	1,284円	1,460円	1,688円	1,914円
5時間以上6時間未満	1,244円	1,476円	1,704円	1,974円	2,240円
6時間以上7時間未満	1,430円	1,700円	1,962円	2,274円	2,580円
7時間以上8時間未満	1,524円	1,806円	2,092円	2,430円	2,758円
※上記利用料は1回につき					
※感染症又は災害の発生により利用者数の減少が一定数以上生じた場合、1回につき3%を加算する。					
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	24円/日	
			4時間以上5時間未満	32円/日	
			5時間以上6時間未満	40円/日	

	6時間以上7時間未満	48円/日
	7時間以上	56円/日
入浴介助加算（Ⅰ）		80円/日
入浴介助加算（Ⅱ）		120円/日
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	開始から6月以内	1,120円/月
	開始から6月超	480円/月
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	開始から6月以内	1,186円/月
	開始から6月超	546円/月
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	開始から6月以内	1,586円/月
	開始から6月超	946円/月
※上記について医師がリハビリテーション計画について説明した場合		540円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算		220円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）		480円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）		3,840円/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算		2,500円/月
若年性認知症利用者受入加算		120円/日
栄養アセスメント加算		100円/月
栄養改善加算		400円/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		40円/回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		10円/回
口腔機能向上加算（Ⅰ）		300円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ		310円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ		320円/回
重度療養管理加算		200円/日
中重度者ケア体制加算		40円/月
科学的介護推進体制加算		80円/月
退院時共同指導加算		1,200円/回
移行支援加算		24円/日
送迎を行わない場合		94円/片道を減算
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		44円/回
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		36円/回
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）		1ヶ月の介護報酬総単位数×6.6% ×10円の2割

自己負担3割での利用料（利用料は介護保険被保険者証の保険給付率に準じます）

	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
1時間以上2時間未満	1,107円	1,194円	1,287円	1,374円	1,473円
2時間以上3時間未満	1,149円	1,317円	1,494円	1,665円	1,836円
3時間以上4時間未満	1,458円	1,695円	1,929円	2,229円	2,526円
4時間以上5時間未満	1,659円	1,926円	2,190円	2,532円	2,871円
5時間以上6時間未満	1,866円	2,214円	2,556円	2,961円	3,360円
6時間以上7時間未満	2,145円	2,550円	2,943円	3,411円	3,870円
7時間以上8時間未満	2,286円	2,709円	3,138円	3,645円	4,137円
※上記利用料は1回につき					
※感染症又は災害の発生により利用者数の減少が一定数以上生じた場合、1回につき3%を加算する。					
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	36円/日	
			4時間以上5時間未満	48円/日	
			5時間以上6時間未満	60円/日	
			6時間以上7時間未満	72円/日	
			7時間以上	84円/日	
入浴介助加算（Ⅰ）			120円/日		
入浴介助加算（Ⅱ）			180円/日		
リハビリテーションマネジメント加算（イ）			開始から6月以内	1,680円/月	
			開始から6月超	720円/月	
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）			開始から6月以内	1,779円/月	
			開始から6月超	819円/月	
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）			開始から6月以内	2,379円/月	
			開始から6月超	1,419円/月	
※上記について医師がリハビリテーション計画について説明した場合				810円/月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算			330円/日		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）			720円/日		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）			5,760円/月		
生活行為向上リハビリテーション実施加算			3,750円/月		
若年性認知症利用者受入加算			180円/日		
栄養アセスメント加算			150円/月		
栄養改善加算			600円/月		
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）			60円/回		
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）			15円/回		

口腔機能向上加算（Ⅰ）	450円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	465円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	480円/回
重度療養管理加算	300円/日
中重度者ケア体制加算	60円/月
科学的介護推進体制加算	120円/月
退院時共同指導加算	1,800円/回
移行支援加算	36円/日
送迎を行わない場合	141円/片道を減算
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	66円/回
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	54円/回
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	1ヶ月の介護報酬総単位数×6.6% ×10円の3割

○ 介護予防通所リハビリテーションの場合

自己負担1割での利用料（利用料は介護保険被保険者証の保険給付率に準じます）

	要支援1	要支援2
サービス利用に係る自己負担額/月	2,268円	4,228円
※利用開始から12月を経過した場合、 要支援1は120円/月、要支援2は240円/月を減算する。		
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562円/月	
若年性認知症利用者受入加算	240円/月	
退院時共同指導加算	600円/回	
栄養アセスメント加算	50円/月	
栄養改善加算	200円/月	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20円/回	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5円/回	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150円/月	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160円/月	
一体的サービス提供加算	480円/月	
科学的介護推進体制加算	40円/月	
サービス提供体制強化加算	要支援1 88円/月	要支援2 176円/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	1ヶ月の介護報酬総単位数×6.6%×10円の1割	

自己負担2割での利用料（利用料は介護保険被保険者証の保険給付率に準じます）

	要支援1	要支援2
サービス利用に係る自己負担額/月	4,536円	8,456円
※利用開始から12月を経過した場合、 要支援1は240円/月、要支援2は480円/月を減算する。		
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,124円/月	
若年性認知症利用者受入加算	480円/月	
退院時共同指導加算	1,200円/回	
栄養アセスメント加算	100円/月	
栄養改善加算	400円/月	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	40円/回	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	10円/回	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	300円/月	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	320円/月	
一体的サービス提供加算	960円/月	
科学的介護推進体制加算	80円/月	
サービス提供体制強化加算	要支援1 176円/月	要支援2 352円/月
介護職員等处遇改善加算（Ⅲ）	1ヶ月の介護報酬総単位数×6.6%×10円の2割	

自己負担3割での利用料（利用料は介護保険被保険者証の保険給付率に準じます）

	要支援1	要支援2
サービス利用に係る自己負担額/月	6,804円	12,684円
※利用開始から12月を経過した場合、 要支援1は360円/月、要支援2は720円/月を減算する。		
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,686円/月	
若年性認知症利用者受入加算	720円/月	
退院時共同指導加算	1,800円/回	
栄養アセスメント加算	150円/月	
栄養改善加算	600円/月	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	60円/回	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	15円/回	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	450円/月	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	480円/月	
一体的サービス提供加算	1,440円/月	

科学的介護推進体制加算	120円/月
サービス提供体制強化加算	要支援1 264円/月 要支援2 528円/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	1ヶ月の介護報酬総単位数×6.6%×10円の3割

③保険外給付サービスの利用料

項目	利用料
食費	690円
おむつ代	リハビリパンツ 200円/1枚 テープ止めオムツ 150円/1枚 ハイパー2000 134円/1枚 ハイパー1400 112円/1枚 なんでもパット 70円/1枚
実施地域を越えて要した交通費	実施地域を越えて片道概ね5km未満 300円 実施地域を越えて片道概ね5km～10km未満 500円 実施地域を越えて片道概ね10km以上 800円

9. 秘密保持

サービスを提供する上で、サービス担当者会議やリハビリテーション会議にて利用者及び家族に関する情報を用いる場合がありますが、契約中及び契約終了後第三者にもらすことはありません。

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中(送迎時含む)に容体の変化が生じた場合、その他必要な場合はご家族へ連絡するとともに、速やかに主治医への連絡を行なう等適切な措置をいたします。

11. 事故発生時の体制

利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合には事故記録簿へ記録し速やかに市町村、利用者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事故発生時の状況を確認の上、管理者・従業者まじえて対策を検討し、再発のないよう努めます。

12. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行ないます。			
平常時の訓練等	別途定める「消防計画」にのっとり、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練・消火訓練を行ないます。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災報知機	有	消火器	各所に有
	防火扉	1ヶ所	避難誘導灯	各所に有
	カーテン等は防煙性能のあるものを使用しています。			

消防計画等	玉島消防署へ提出 防火管理者：野口隆司
-------	------------------------

1.3. 苦情等申立先

担当部署	通所リハビリテーション室 (☎086-522-5888 直通) ※室長が承ります ご利用時間 月～土 午前8時30分～午後5時30分	
公的機関	申立先	電話番号
	国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情処理	086-223-8811
	倉敷市役所介護保険課	086-426-3343
	倉敷市 玉島支所 国保介護課	086-522-8185
	浅口市健康福祉部 高齢者支援課	0865-44-7113
ご意見箱	他各市町村介護保険課	
ご意見箱	病院正面玄関に設置	

1.4. 苦情発生時の体制

(1) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理・体制

- ①苦情については、サービス事業者、利用者及びその家族、担当の居宅介護支援事業所等に対して広く公正に事実確認を行う。
- ②苦情処理（発生）台帳へ記載する。
- ③苦情処理方法を記載し、管理者決裁とする。
- ④苦情処理について関係者との連携を行う。
- ⑤苦情処理の改善について関係者との連携を行う。
- ⑥苦情処理は一日以内に行われること原則とする。
- ⑦苦情処理についての成果等を台帳に記載する。
- ⑧利用者及びその家族と関係者へ成果の報告を行う。

(2) その他参考事項

- ①苦情処理の再発防止に努める。
- ②苦情処理に関する記録は、必ず5年間保存する。

私は、本書面に基づいて通所リハビリテーションの職員_____から、
重要事項の説明を受け同意しました。

また、サービス担当者会議、居宅支援事業所への情報提供、退院後の他院・施設への情報提供、
急を要する医療機関受診、介護支援専門員と事業者との連絡調整時に円滑にサービスを提供する
ため、利用者及び当該家族の個人情報を用いることについても同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 ⑩

(代筆者_____ 続柄_____)

ご家族 住 所

氏 名 ⑩

続 柄