

通所リハビリテーション重要事項説明書

《 令和7年 4 月 1 日 現在 》

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	社会医療法人財団 大樹会
代 表 者 名	理事長 松 浦 一 平
所在地・連絡先	(住 所) 香川県坂出市室町三丁目5番28号 (電 話) 0877-46-1011(代) (FAX) 0877-45-6410

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	回生病院 通所リハビリテーション事業所
所在地・連絡先	(住 所) 香川県坂出市室町三丁目5番28号 (電 話) 0877-46-1011(代) (FAX) 0877-45-6410
事 業 所 番 号	3710310867
管理者の氏名	松 浦 一 平
利 用 定 員	13名／クール

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数 (人)
		常勤専従	常勤兼務	
管理者	1	0	1	0.25
医師	3	0	3	0.75
理学療法士	39	0	39	9.75
作業療法士	19	0	19	4.75
言語聴覚士	9	0	9	2.25
歯科衛生士	3	0	3	0.375
管理栄養士	6	0	6	0.75

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	坂出市（島しょ部除く）・宇多津町・丸亀市
---------	----------------------

(4) 営業日

営業日	営業時間
月曜日～金曜日	8：30～17：00
サービス提供日	サービス提供時間

月曜日～金曜日	1クール目 午前 9:00～10:30 2クール目 午前 10:30～12:00 3クール目 午後 1:00～2:30 4クール目 午後 2:30～4:00
営業しない日	土日・祝祭日・年末年始（12月30日～1月3日）

3. サービスの内容及び利用料

サービスを利用した場合の基本料金は以下のとおりであり、お支払いいただく利用者負担金は原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割・3割）の額です。

○介護給付費

【基本料金】通常規模型（所要時間1時間以上2時間未満）

利用者の介護度	基本利用料金※1	利用者負担金 (自己負担1割の場合)※2
要介護1	3,690円/日	369円/日
要介護2	3,980円/日	398円/日
要介護3	4,290円/日	429円/日
要介護4	4,580円/日	458円/日
要介護5	4,910円/日	491円/日

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本料金に加え以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院・退所、初回要介護認定から起算して3か月以内の期間に個別リハビリテーションを行った場合	110円/日
口腔機能向上加算	口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能向上サービスを行った場合（3か月以内、月2回まで）	150円/回
栄養改善加算	栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合（3か月以内月2回まで）	200円/回
栄養アセスメント加算	多職種と連携して栄養アセスメントを実施し栄養状態等の情報を厚生労働省に提出した場合	50円/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）・（Ⅱ）	利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行いケアマネージャーに提供した場合	（Ⅰ）20円/月 （Ⅱ）5円/回

リハビリテーションマネジメント加算（イ）	リハビリテーション会議による今後のリハビリテーション計画について家族へ説明し同意を得て、定期的な計画の見直し等を実施する場合 ○リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明する場合	560円／月（6ヶ月以内） 240円／月（6ヶ月超）
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	イの条件を満たし計画書等の内容の情報を厚生労働省に提出した場合	593円／月（6ヶ月以内）※3 273円／月（6ヶ月超）※4
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	ロの条件を満たし栄養及び口腔のアセスメントを行っている場合	793円／月（6ヶ月以内）※3 473円／月（6ヶ月超）※4
※イ・ロ・ハの条件を満たし事業所の医師が利用者に説明し同意を得た場合リハビリテーションマネジメント加算に上乘せする		270円／月
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの日常生活動作能力、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等基本的な情報を厚生労働省に提出しフィードバックを受けた場合	40円／月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤務年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上である場合	6円／日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	退院・退所または通所開始日から3か月以内の方対象（1週間に2回を限度）	240円／日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	リハビリテーションマネジメント加算（A）・（B）を算定しており、退院・退所または通所開始日から3か月以内の方対象（1月に4回以上）	1,920円／月
退院時共同指導加算	病院または診療所を退院するにあたり医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加しその内容をリハビリテーション計画書に反映させた場合	600円／回 （※1回に限り加算）

※1 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これらの基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

※2 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくことになりますのでご注意ください。

※3 通所リハビリテーション計画を利用者または家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6か月以内の期間リハビリテーションの質を管理した場合

※4 当該日の属する月から起算して6か月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合

＜感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一定以上生じている場合＞

延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3か月間、基本報酬の3%の加算を行う。

【減算】

種類	減算の要件	減算額 (基本利用料)	減算額(自己負担1割の 場合の利用者負担金)
送迎を行わない場合の減算	事業所が送迎を行わない場合	片道470円/日	片道47円/日

【送迎範囲外の金額】送迎範囲：当院まで片道15分圏内の地域

1. 片道 5km未満	一律 500円
2. 片道 5km以上10km未満	一律 1,000円
3. 片道10km以上	1. 2に加え1km増えるごとに100円

4. 利用料等の御支払い方法

・現金払い

毎月末日締めで利用料（利用者負担分の金額）は1か月まとめて請求いたします。翌月の10日までに、請求書に明細を付して利用者に請求いたします。利用者は当月の料金の合計額を翌月中までに現金で正面玄関受付へ御支払い下さい。事業者は、利用者から支払いを受けたときには、利用者に対し領収書を発行します。

5. 事業所の特色等

(1) 事業の目的

事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士等が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所リハビリテーションを提供する事を目的とする。

(2) 運営方針

事業所の従事者は、要介護状態の心身の特性を踏まえて、機能維持・回復を図り、日常生活の自立を援助する為に行なわれる理学療法、作業療法、その他の必要なリハビリテーションを行なう。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

6. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口担当者	渡辺万里子 福田和代
	御利用時間	月～金 8：30～17：00
	御利用方法	来所又は電話0877-46-1011 (回生病院リハビリテーション科)

7. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに通所リハビリ管理者、医師、または病院内の医師、緊急連絡先（御家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅支援事業所へ連絡を致します。状態によっては病院内の救急対応システムを利用し速やかに対応します。

天候不良により8時30分の時点で警報（大雨・暴風・洪水のいずれか）が発令された場合は安全のため利用者に電話連絡を実施した後お休みとさせていただきます。事前に警報の発令が予測される場合は電話連絡にて利用希望の有無を確認させていただきます。なお利用の希望がある場合でもリハビリ予定時刻前に警報が発令された場合はその時点で安全のためお休みとなります。

8. サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業所が交付するサービス利用表を御提示下さい。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従って御利用下さい。これに反した御利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
- 病院敷地内は全面禁煙となっております。
- 他の利用者様の迷惑になる行為は御遠慮下さい。
- 所持金品は、自己管理して下さい。
- 施設内での他の利用者様に対する執拗な宗教活動及び政治活動は御遠慮下さい。

令和

年

月

日

通所リハビリテーションサービスの提供開始に際し、本書面に基づきサービス内容及び重要事項の説明をしました。

社会医療法人財団 大樹会

回生病院 通所リハビリテーション事業所

説明者氏名

印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者様 住 所

氏 名

代理人住所

氏 名

印

続 柄