

介護予防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. 介護予防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	医療法人 のぞみ会
代表者名	池田 克介
所在地・連絡先	(住所)埼玉県北足立郡伊奈町小室 3170 (電話)048-723-0855 (FAX)048-721-8813

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	通所リハビリテーション のぞみ
所在地・連絡先	(住所)埼玉県北足立郡伊奈町小室 3170 (電話)048-720-7785 (FAX)048-720-7786
事業所番号	1171300369
管理者の氏名	高野 尚治
利用定員	1単位目(午前)40人・2単位目(午後)40人・3単位目(午前前半)10人・4単位目(午前後半)10人 合計100名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数(人)	区分(常勤)		職務の内容
		専従(人)	兼務(人)	
医師	1		1	医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	5	3	2	運動機能検査並びに運動療法や作業療法、言語療法等の計画、実施及び評価に関することを行う。また、心身の機能の維持及び回復の訓練・指導並びにこれらの記録に関することをおこない、利用者の運動機能、日常生活動作能力、コミュニケーション能力及び社会適応能力の回復の指導をする。また、利用者の希望により、家屋改造や家庭内介護、口腔ケア等の指導も行う。
看護師	1	1		利用者の療養及び健康管理に関する記録及びその整理に関することを行い、看護面について介護職員の指導を行う。また、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の補助としてリハビリテーションの訓練・指導の援助を行う。

介 護 職 員	3	3		医学的管理下における介護、生活援助の全般にわたる補助を行う。また、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護職員の補助としてリハビリテーションの訓練・指導等の援助を行う。
相談員・事務員	1		1	利用者又は家族からの相談に関することを行うほか、通所リハビリテーションの利用の申込みの相談を行う。また、管理者の指導の下に、利用者又は家族からの処遇上の相談及び苦情の処理に関することも行う。また、庶務、会計全般に関することを行う。

(3)事業の実施地域

事業の実施地域	伊奈町、上尾市、蓮田市
---------	-------------

上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4)営業日

営 業 日	営 業 時 間
月 ~ 土	8:30 ~ 17:00(月~金) ・ 8:30 ~ 12:00(土)

営業しない日	日曜日・祝日・8月13日~8月15日・12月29日~1月3日
--------	--------------------------------

3. サービスの内容及び費用

(1)介護保険給付対象サービス

ア サービス内容(下記のうち介護予防通所リハビリテーション計画に基づいたサービスをご提供いたします。)

種 類	内 容
機 能 訓 練	医師、理学療法士、作業療法士等リハビリスタッフによって作成される介護予防通所リハビリテーション計画及びリハビリテーション実施計画書に基づいて、個別リハビリテーションやその他必要なリハビリテーションを行い、身体機能の維持・回復に努めます。
健 康 チェ ッ ク	血圧・脈拍・体重測定等を実施し、利用者の全身状態の把握を行います。
相 談	利用者とその家族からのご相談に応じます。

なお、利用者とその家族のご希望があれば、サービス提供記録を開示いたします。

イ 費用

介護保険の適応がある場合は、原則として次の料金表の金額を負担していただきます。

なお、負担割合証に応じて、負担金額が変わる場合があります。

「料金表」

当該地域区分:6級地(1単位:10.33円換算)

状態区分	単位数	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1	2,268	23,428円	2,323円	4,686円	7,029円
要支援 2	4,228	43,675円	4,368円	8,735円	13,103円

加算

		単位数	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	要支援 1	88	909円	91円	182円	273円
	要支援 2	176	1,818円	182円	364円	546円
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160	1,653円	166円	331円	496円
科学的介護推進体制加算		40	413円	42円	83円	124円
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ		合計単位数(加算・減算含)の5.3%				

減算

利用を開始した日の属する月 から起算して12月を超えた期 間に介護予防通所リハビリテ ーションを行った場合の減算	要支援 1	124円/月
	要支援 2	248円/月

上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められた標準的な時間を基準とします。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、当事業所に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行いたします。

(2)介護保険給付対象外サービス

お茶代

サービス提供時間内に、利用者の皆さんに休憩の時間を設けています。その際、お茶等を提供する材料費として、100円/回を徴収いたします。

オムツ代

当事業所にて準備しているオムツを使用された方は、オムツ代を実費徴収いたします。

その他(レクリエーション費を含む)の費用

通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用やレクリエーション参加費など、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

(3) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の集合時間までに連絡があった場合 (送迎利用者は前日の午後5時まで)	無 料
利用日の集合時間までに連絡がなかった場合 (送迎利用者は利用当日)	利用料自己負担部分の 100% (送迎利用者は移送費実費を加算)

(4) 利用料等のお支払方法

毎月、11日に前月分の請求をいたしますので、毎月20日までに下記のいずれかにてお支払いください。

① 口座振替でのお支払い

利用者が指定する口座からの自動振替

② 現金でのお支払い

「通所リハビリテーション のぞみ」事務所内にて現金でのお支払い

③ 銀行振り込みでのお支払い

下記口座にてお支払いができます。(振込み手数料は利用者負担にてお願いします。)

銀行・支店名	武蔵野銀行	伊奈支店
預金口座	普通	1011779
口座名義	イリョウハウジン	ノゾミカイ 医療法人 のぞみ会

4. 事業所の特色

(1) 目的

1 当事業所が実施する事業は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止または要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。

2 当事業所は、自らその提供する事業の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。

3 事業の提供に当たっては、医師の指示及び通所リハビリテーション計画書及び介護予防通所リハビリテーション計画書に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。

4 通所リハビリテーション従事者は、事業の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。

5 事業の提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況を的確に把握しつつ、利用者に対し適切なサービスを提供する。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

6 当事業所が得た利用者の個人情報についての保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当事業所が定めるその利用目的と方針に基づき、介護サー

ビスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。

7 当事業所は、通所リハビリテーション事業及び介護予防通所リハビリテーション事業を一体的に運営する。

(2)特徴

当事業所は、のぞみリハビリテーション病院(回復期リハビリテーション専門病院)に併設された通所リハビリテーション事業所であり、専門的なリハビリテーションの知識や技術を生かし、質の高いサービスを提供する。また、利用者に応じた個別のリハビリテーションをおこなうため、一日2～3時間の単位でサービスの提供を行う。このため、昼食・入浴・時間延長等のサービスは行わない。そして、家庭での生活もリハビリテーションの一環と考え、家庭でもできるプログラムの提供を行う。

5.サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

対応窓口及び担当者	通所リハビリテーション のぞみ 相談室 相談員/事務員
対応方法	事務室内相談室(営業時間内)にて対応する。なお、営業時間に関わらず郵便・電話・FAX・メール等に対しても同様に対応を図る。
連絡先	電話 048-723-0855 FAX 048-721-8813 e-mail info@nozomi.or.jp

(2) 公的機関においても、苦情申し出ができます。

伊奈町 福祉課 介護保険担当	
ご利用時間	午前8時30分～午後5時15分(土・日・祝日は除く)
ご利用方法	面談・郵便・電話にて対応可能。 住所 埼玉県北足立郡伊奈町小室 9493 電話 048-721-2111(代表)

蓮田市 長寿支援課 介護保険担当	
ご利用時間	午前8時30分～午後5時15分(土・日・祝日は除く)
ご利用方法	面談・郵便・電話にて対応可能。 住所 蓮田市大字黒浜 2799 番地 1 電話 048-765-1716(代表)

上尾市 健康福祉部 高齢介護課	
ご利用時間	午前8時30分～午後5時15分(土・日・祝日は除く)
ご利用方法	面談・郵便・電話にて対応可能。 住所 上尾市本町三丁目1番1号 電話 048-775-6473(代表)

埼玉県国保連合会 介護保険課 苦情対応係	
ご利用時間	午前 8 時 30 分～正午、午後 1 時～午後 5 時(土・日・祝日は除く)
ご利用方法	郵便・電話・FAXにて対応可能。 住所 さいたま市中央区大字下落合 1704 電話 048-824-2568(苦情相談専用) FAX 048-824-2561

6.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、速やかに以下の対応を図ります。

① 事業所内看護師がバイタルチェックを行う。		
② 事業所内医師に連絡。		
③ 隣接している「のぞみリハビリテーション病院」に連絡を取り、状況を説明し、診察の依頼を行う。		
④ 利用者を「のぞみリハビリテーション病院」に搬送する。		
⑤ 主治医、緊急時連絡先(ご家族等)、介護予防サービス計画を作成した地域包括支援センター等に連絡する。		
緊急連絡先①	氏名:	続柄:
	電話番号:	
緊急連絡先②	氏名	続柄:
	電話番号:	

7. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業者は、利用者の人権の擁護及び虐待等の防止のため次の措置を講じるものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (5) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備をします。
- (6) その他虐待防止のために必要な措置をします。

事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

8. ハラスメント対策の強化に関する事項

「職場におけるハラスメントの防止に関する規程」に基づき、職場において行われる性的な言動は優越的な関係性を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護支援専門員の就業環境が害されることを防止するために必要な措置を講じる。

9. 身体拘束の禁止に関する事項

事業者は、利用者又は他人の生命、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、本人又はその家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項を記録するものとする。

10. 感染や災害への対策に関する事項

感染症や災害の発生時に継続的にサービスを提供できる体制を構築する為、BCP(業務継続計画)し、対応力の向上を図ります。

11. サービス利用に当たっての留意事項

- a) 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。
これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- b) 病院内または病院敷地内は全て禁煙とさせていただきます。
- c) 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- d) 所持金品は、自己の責任で管理して下さい。
- e) 施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動、物品等の販売及び斡旋、宣伝等のご遠慮ください。

以 上

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、「通所リハビリテーション のぞみ」のサービス内容及び重要事項、個人情報の取り扱い、利用負担金について説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	埼玉県北足立郡伊奈町小室 3170
	事業者(法人)名	医療法人 のぞみ会
	事業所名	通所リハビリテーション のぞみ
	代表者名	池田 克介 印

説明者	職 名	
	氏 名	印

私は、この重要事項説明書に基づいて、「通所リハビリテーション のぞみ」についてのサービス内容及び重要事項、個人情報の使用や取り扱い、利用負担金等についての説明を受けました。また、必要な個人情報の使用及び取り扱い並びに利用負担金について、利用者本人及び代理人が家族を代表して、同意いたします。

令和 年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	印

代理人(選任した場合)	住 所	
	氏 名	印