

医療法人社団 武蔵野会
小平中央リハビリテーション病院

通所リハビリテーション重要事項説明書

重要事項説明書

- ☐ 指定通所リハビリテーション
- ☐ 指定介護予防通所リハビリテーション

<2025 年 4 月 1 日現在>

利用者に対する通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、事業者が利用者に説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 当事業所の概要

名称：小平中央リハビリテーション病院
管理者：平田 清秀
指定番号：1314370045
管理者代行者：渡辺 雪代
所在地：東京都小平市鈴木町1-146
電話番号：042-341-7619（代表）

 042-341-7619（代表）

営業日時：月～金（午前9：00～午後5：00）

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的

要介護（要支援）状態となった場合においても、利用者が可能な限り通所リハビリテーションにおいてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営み社会参加ができるよう、適正なサービスを提供することを目的とします。

運営方針

- ① 利用者がその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者に必要なセラピーを提供することにより、心身の機能の維持・回復を図ります。
- ② 利用者の主体性を尊重し、利用者個々の希望に沿った目標を達成できるよう、専門的なセラピーを実施致します。
- ③ 通所リハビリテーションの実施にあたっては、居宅介護支援事業者等その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものと共に、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- ④ 地域の皆様が安心して日常生活を営み積極的に地域社会に参加することができるよう、通所リハビリテーションサービスの安定した供給に努めます。
- ⑤ 事業者の職員は質の高いセラピーが提供できるよう、知識・技術の習得のみならず、自己研鑽に努めます。

3. 当事業所の職員体制（2025年4月1日現在）

管理者	業務管理	医師 常勤兼務 1 名	計 1 名
管理者代行・責任者	業務管理・相談窓口	理学療法士 常勤兼務 1 名	計 1 名
通所 リハビリテーション 職員 計 8 名	利用者の診療 通所リハビリテーション指示	医師 常勤兼務 2 名	計 2 名
	通所リハビリテーション の提供	理学療法士 常勤兼務 6 名	計 6 名

4. 営業日及び営業時間

月～金曜日	午前 9:00 から午後 5:00（12 時～午後 2 時は休憩をいただきます）
休業日	土・日曜・祝日・年末年始（12/30～1/3）

5. 利用料

通所（介護予防通所）リハビリテーションの利用料は、別紙の通りです。

6. サービス提供地域

通常実施地域：小平市(中島町、小川西町除く)・東久留米市(滝山、柳窪、前沢)
西東京市(芝久保町)・国分寺市(東恋ヶ窪、本多、本町)

7. 提供するサービス

通所（介護予防通所）リハビリテーション

送迎（以下サービスとする）

送迎の詳細： ☐小平中央リハビリテーション病院通所リハビリによる送迎
☐ご自身・家族による送迎 ☐その他：

このサービスの提供手順は別紙の通りです。

ご利用開始日 ____ 年 ____ 月 ____ 日（ ）

ご利用日 ____ 月 ____ 火 ____ 水 ____ 木 ____ 金 ____ 曜日

ご利用時間 _____

※利用曜日、時間は都合により随時変更のご相談をさせて頂く事もございます。

通所職員 医師・理学療法士

※職員は常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

担当の職員の変更

①利用者はいつでも担当職員の変更を申し出ることができます。その場合、事業者は、サービスの提供に支障が出るまたは目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

②事業者は、担当のスケジュールの兼ね合い、職員の退職、急病等正当な理由がある場合に限り、利用者の了解を得る前に担当職員を変更することがあります。

その他

台風や積雪などの天候により、送迎車の安全や利用者の心身の安全が確保できないと判断される場合には、やむを得ず当日の訓練を中止、もしくは、可能であれば訓練時間の変更等をご提案させていただきます。

8. 相談・苦情申立窓口

【当事業所相談・苦情担当】

受付：月～金曜日（午前9時～午後5時）

担当者名：伊東 惟 代行：渡辺 雪代

電話番号：042-341-7619（代表）

FAX：042-345-5701

※当事業所以外に下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

【相談・苦情窓口】

東京都国民健康保険団体連合会

電話 03-6238-0177

9. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医 氏名：

所属医療機関の名称：

所在地：

電話番号：

協力医療機関 名称：

診療科：

所在地：

電話番号：

緊急連絡先

氏名：

電話番号：

10. 持ち物

○介護保険被保険者証 ○介護保険負担割合証

重要事項説明書別紙 1

《サービス提供時間・利用定員》（2025 年 4 月 1 日現在）

午前：① 9：00～12：00（10 名）

午後：② 14：00～17：00（10 名）

注) 上記時間はバイタル測定・送迎準備を含めた時間になります。

《介護保険給付による自己負担額》

1 時間以上 2 時間未満（2025 年 4 月 1 日現在）

介護予防通所リハビリテーション（1 ヶ月につき）			利用者負担額（円）		
要介護度			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1 2268 単位			2,457	4,913	7,369
要支援 2 4228 単位			4,579	9,158	13,737
減算	利用開始日の属する 月から 12 月超	要支援 1 -120 単位	-130	-260	-390
		要支援 2 -240 単位	-260	-520	-780

介護予防通所リハビリテーション（1 日につき）			利用者負担額（円）		
要介護度			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1 369 単位			400	800	1,199
要介護 2 398 単位			431	862	1,293
要介護 3 429 単位			465	930	1,394
要介護 4 458 単位			496	992	1,488
要介護 5 491 単位			532	1,064	1,596
加算	短期集中個別リハビリテーション実施加算（1 日につき）110 単位		120	239	358
	移行支援加算（1 日につき）12 単位		13	26	39
減算	送迎を利用しない場合（片道につき）-47 単位		-51	-102	-153

《介護保険給付外サービス》

○おむつ代 おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要になります。（2025.4.1～）

1 枚につき	種類	金額	種類	金額
	カバー機能付紙オムツ	352 円	ワイド尿取りパット	198 円
	リハビリパンツ	352 円	夜用パット	352 円

○治療・訓練用具・教養娯楽費

通所リハビリで個人向けに用意するものを御利用する場合にお支払い頂きます。

《キャンセル料について》

- （1） 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかにご連絡ください。
- （2） 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。（但し、利用者の容態の急変など、緊急時や止むを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）
- （3） キャンセル料は、下記のとおりお支払いいただきます。

利用日の前日までご申告：無料

利用日の当日のご申告：利用負担金の 100%

《加算・減算について》

【当事業所における加算の内容】

介護予防通所リハビリテーション（予防）	
運動器機能向上加算（1ヶ月に1回）	利用者の運動機能の向上を目的として、定期的な評価や計画をもとに、個別での運動機能向上サービスを実施した場合
利用開始日の属する月から12月超減算	利用開始日の属する月から12月を超えてのリハビリテーションを実施した場合
通所リハビリテーション（介護）	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院日又は新たに介護認定を受けた日から3ヶ月以内に個別リハビリテーションを提供した場合
移行支援加算（1日につき）	利用終了後にデイサービス等の社会参加に資する取り組みに移行している利用者の多い事業所の場合

※料金、内容等で不明な点がありましたら、通所リハビリ職員までお問合せ下さい。

《お支払方法》

毎月 10 日頃に前月分の請求書を発行し、お渡しいたします。

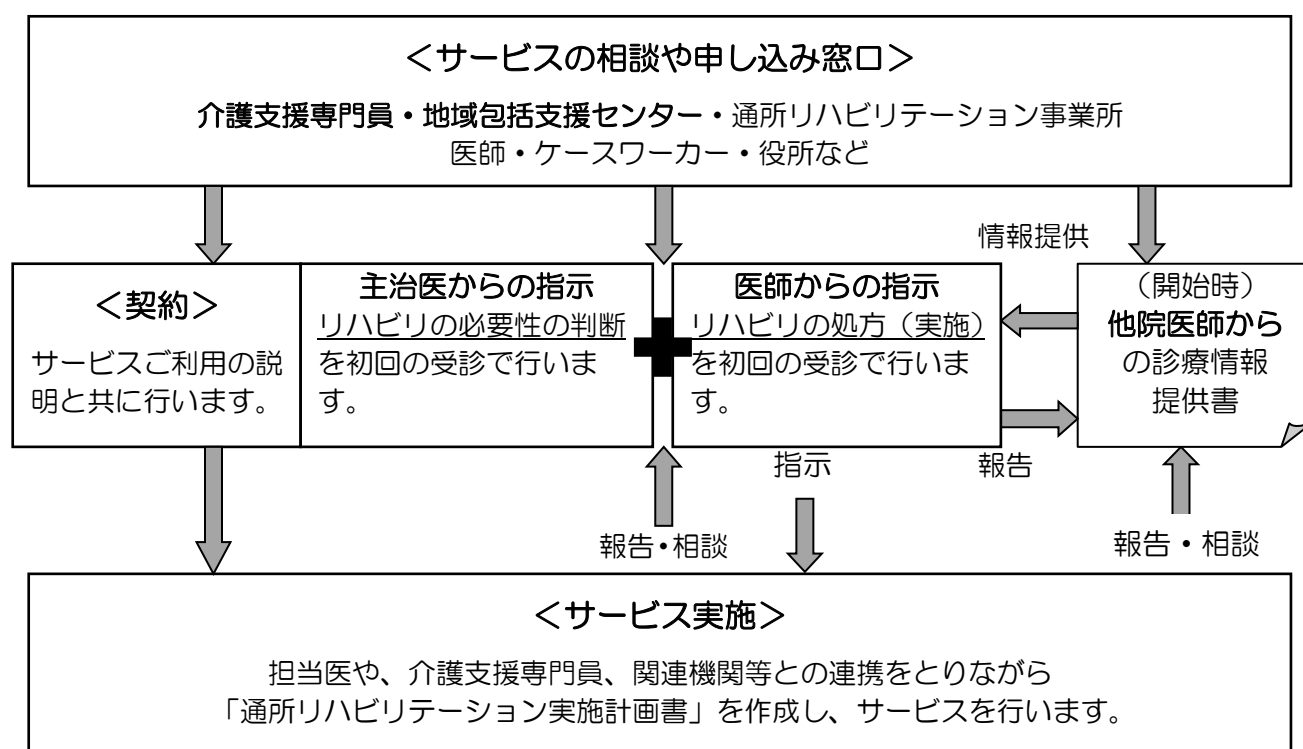
■銀行口座引き落としでのお支払い

指定いただいた銀行口座より、毎月 27 日に引き落としされます。

入金を確認でき次第、領収書をお渡しいたします。

重要事項説明書別紙2

《サービスの提供手順》



- ① このサービスの提供にあたっては、利用者の要介護（要支援）状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護（要支援）状態となることの予防になるよう、「通所リハビリテーション実施計画書」に基づき、適切にサービスを提供します。なお、必要に応じ、少なくとも3ヶ月に1回は計画を見直します。
- ② サービスの提供開始に際しては、医師の指示に従います。また、サービスの継続にあたっては、医師の指示に従います。
- ③ サービス提供の提供日、内容等必要事項を所定の書面に記載します。また、記録を整備し、完結日から2年間保存します。
- ④ 利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、利用者の家族に対しては、利用者の承諾、その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

《非常災害時の対応》

防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、その者に消防計画等を作成させるほか、避難、救出訓練等を実施するなど、対策に万全を期します。

《その他サービス利用にあたっての留意事項》

- 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者が交付するサービス利用表を提示して下さい。
- 施設内の備品や器具は本来の用途に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
- 施設内は全館禁煙です。喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金は、自己の責任で管理してください。

個人情報使用説明書

《個人情報保護の趣旨》

当事業所が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

《個人情報利用範囲》

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有（書類の転用含）のため
- サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
- サービス利用にかかわる管理運営のため
- 緊急時の医師・関係機関への連絡のため
- ご家族及び後見人様などへの報告のため
- 法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する
- 事業所内の検討会などにおける資料のため（名前、住所など個人とわかる記載はしません）
- 外部向けの学会や研修会に関して、ヘルシンキ宣言（倫理、特定の個人情報や身体的な不利益が生じない）に基づいた身体・精神機能や介護度、性別、測定結果等のまとめた情報の資料作成・報告のため

個人情報について以上の範囲内で使用することに同意します。

同意書

同意内容

- ☐ 第1条から第13条の契約事項に同意します。
- ☐ 重要事項説明書、重要事項別紙1・2の内容に同意します。
- ☐ 個人情報について個人情報使用説明書の内容に同意します。

以上の通り契約を完了したので、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ所持するものとします。

契約締結日 年 月 日

契約者氏名 事業者

＜事業者名＞小平中央リハビリテーション病院
東京都小平市鈴木1-146
(指定事業者番号 1314370045・指定都道府県名 東京都)

＜管理者名＞平田 清秀 ＜説明者＞ 印

利用者

＜住所＞ _____

＜氏名＞ _____ 印

ご家族代表者

＜住所＞ _____

＜氏名＞ _____ 印 続柄： _____

代理人（利用者が記入困難な場合に記載）

＜住所＞ _____

＜氏名＞ _____ 印 続柄： _____

医療法人社団武蔵野会 小平中央リハビリテーション病院
通所リハビリテーション