

順心神戸病院 通所リハビリテーション
通所リハビリテーション利用について
介護予防通所リハビリテーション利用について

(重要事項説明書 令和8年6月1日現在)

1 サービス利用の前に

- ① ご利用に当たり必ず「介護保険被保険者証」をご提示ください。
また、介護保険証の内容が変わった場合にも必ず「介護保険被保険者証」をご提示ください。ご提示の際にはご利用期間が認定の有効期間内であることをご確認ください。
- ② 生活保護等の公的扶助又は各種減額、減免措置を受けている場合は事前にお申し出ください。

2 事業の概要

(1) 事業の概要

事業者	社会医療法人社団 順心会
事業名	順心神戸病院 通所リハビリテーション
開設日	令和2年7月1日
所在地	〒655-0008 神戸市垂水区小束台868-37
電話番号	078-754-9155 (病院078-754-8700)
FAX番号	078-754-9157 (病院078-754-8701)
管理者名	林 成人
建物構造	鉄筋コンクリート5階建・床面積 9408.39㎡ 診察室、手術室、病室、デイルーム、浴室、リハビリ室、通所リハビリテーション、洗濯室等
介護保険事業者番号	介護保険施設 2810805792号

(2) 事業の目的

当院は要支援・介護状態と認定された利用者に対し、(介護予防)通所リハビリテーション計画に基づき、必要なサービスを提供し、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者の居宅生活の継続を維持できるサービスを提供することを目的とします。この目的に沿って、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいたうえでご利用下さい。

(3) 運営方針

明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、関係機関との密接な連携を図り利用者が地域において総合的なサービスを受けることができるような運営を行います。

(4) 利用定員

定員 25名

(5) 営業日及び営業時間

営業日：月曜日から金曜日（祝日含む、12月30日から1月3日を除く）

営業時間：8:30から17:30

利用時間：①9:20～10:50②10:00～11:30③14:00～15:30

天候不良（送迎ができないような）の場合はサービスの提供を中止する場合があります。

(6) 事業の実施地域

神戸市垂水区、西区（一部送迎範囲外あり）

(7) 職員体制

医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・介護士（リハビリ補助）

3 サービスの概要

当院では、居宅生活の維持・継続を目標とする（介護予防）通所リハビリテーション計画に基づき、下記の介護サービスを提供いたします。

介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内 容
（介護予防）通所リハビリテーション計画の策定	利用者及び家族のご意見、要望を考慮するとともに、同意を頂いて当院が策定します。
医学的管理	必要がある場合には医師により適宜診察を行います。また、当院では行えない処置、救急医療等については他の医療機関での治療となります。
機能訓練	理学療法士等による機能訓練を利用者の状況に合わせて行います。
支援相談	利用者とその家族からの相談に応じます。
送 迎	ご家庭から施設までの送迎を行います。

4 利用料金

指定介護サービスを提供した場合の利用料は、介護報酬の告示により計算した介護サービス費の自己負担割合に応じた額と、食費など施設が設定する費用の合計額を負担して頂きます。

（1）料金体系

①基本料金

介護予防通所リハビリテーション費（ひと月につき）	
要支援 1	2268 単位/月
要支援 2	4228 単位/月

通所リハビリテーション費（1回につき）	
要介護 1	369 単位/回
要介護 2	398 単位/回
要介護 3	429 単位/回
要介護 4	458 単位/回
要介護 5	491 単位/回

②加算料金

介護予防通所リハビリテーション（要支援の方）	
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位/回（6月に1回）
退院時共同指導加算 ^{※1}	600 単位/回

※1 退院前・退所前カンファレンスへの参加があった場合に算定

利用開始日に属する月から12月超 ^{※2}	要支援 1▲120 単位/月	要支援 2▲240 単位/月
--------------------------------	----------------	----------------

※2 リハビリテーション会議の開催など条件を満たす場合減算なし

通所リハビリテーション（要介護の方）	
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 単位/回（6 月に 1 回）
退院時共同指導加算※ ¹	600 単位/回

※¹ 退院・退所前カンファレンスへの参加があった場合に算定

（対象者のみ）

リハビリテーションマネジメント加算（イ）	6 ヶ月以内 560 単位/月 6 ヶ月超 240 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	6 ヶ月以内 593 単位/月 6 ヶ月超 273 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	6 ヶ月以内 793 単位/月 6 ヶ月超 473 単位/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位/回

送迎減算	▲47 単位/片道
------	-----------

③その他

（介護予防）通所リハビリテーション ※共通		
項目	金額	備考
教養娯楽費	実費	制作物等で物品が必要になった際（例：木工具等）
おむつ代	100 円/枚	持参品がなく提供が必要となった場合

*神戸市は地域区分 4 級地 1 単位＝10.66 円

（2）利用のキャンセル

サービス利用をキャンセルする場合は、利用当日の送迎時間の 1 時間前までにご連絡ください。

（3）支払方法

利用月の翌月に利用料のお知らせを送付させていただきますので、担当者に現金でお支払ください。

5 協力医療機関等

当院では利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応できるように以下の機関に協力をお願いしています。

(協力医療機関一覧)

名 称	住 所	電話番号	備考
順心神戸病院	神戸市垂水区小東台 868-37	078-754-8700	

6 施設利用留意事項

- ① 喫煙 当院は原則禁煙となっております。
- ② 設備・備品
当院の設備・備品について、故意に破損された場合は修繕費に関する費用を実費請求させていただきます場合があります。
- ③ 所持品、備品の持ち込み
本人及び他の利用者のご利用に差し支える物については、持ち込みを遠慮していただく場合がありますので必ず職員にご相談ください。なお、私物にはお名前を記入ください。
- ④ 金銭・貴重品
できるだけご自宅で保管してください。紛失の場合には責任を負えません。
- ⑤ 体調不良時
利用当日は熱発等の体調不良がございましたら申告ください。感染防止の観点からご利用を中止していただく場合がございます。

7 感染予防対策

感染予防に関する対策会議を設置。1ヶ月に1回実施しています。

8 非常災害対策

- ① 防災設備 避難階段 避難口 病室等の内装等は防火材を使用
- ② 消防設備 屋内消火栓 自動火災警報設備 スプリンクラー
非常警報装置 漏電火災警報装置 非常警報設備
非常電源設備 誘導灯及び誘導標識
- ③ 防災訓練 避難訓練2回／年 通報訓練2回／年 消火訓練1回／年 実施

9 禁止事項

当院では、多くの方に安心して施設利用を行っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

10 緊急の連絡

緊急の場合には契約者に連絡いたします。不通の場合には、必ず折り返しご連絡下さい。

11 要望、苦情について

提供したサービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合にはお気軽にご相談ください。要望、苦情などについて、速やかに対応いたします。サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、通所リハビリテーション内に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただくとともに、以下までご連絡ください。

(1) 当院の苦情相談窓口

- ① 担当者 リハビリ課長
- ② 連絡先 078-754-8700（順心神戸病院）
- ③ 受付時間（平日） 午前8時30分～午後5時30分
- ④ 意見箱の設置場所 通所リハビリテーション内

(2) 介護保険の苦情や相談に関しては、下記の相談窓口があります。

相 談 内 容	相 談 窓 口	連 絡 先	受 付 時 間
介護保険サービスの苦情について	兵庫県国民健康保険団体連合会	078 332-5617	(平日) 午前8時45分～午後5時15分
介護保険全般に関するお問い合わせ	神戸市保健福祉局介護指導課	078 322-6326	(平日) 午前8時45分～午後12時 午後1時～午後5時30分
介護保険サービスの契約についてのご相談	神戸市消費生活センター	078 371-1221	(平日) 午前8時45分～午後5時30分

12 その他

パンフレットを用意してありますのでご覧下さい。

順心神戸病院 通所リハビリテーションを利用するにあたり、本書面に基づいて、担当者から重要事項の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

(重要事項説明者；)

年 月 日

事業所 所在地 神戸市垂水区小束台 8 6 8 - 3 7
事業所名 社会医療法人社団 順心会
順心神戸病院 通所リハビリテーション
代表者氏名 病院長 林 成人 印

契約者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 (続柄 _____)
連絡先 _____

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

※ 契約者と同一人である場合には、利用者欄記載の必要はございません

署名代行者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

連帯保証人 住 所 _____
氏 名 _____ 印 (続柄 _____)
連絡先 _____

【本重要事項に定める緊急連絡先①②】

① 住 所 _____
氏 名 _____ (続柄 _____)
連絡先 携帯； _____ 自宅； _____

② 住 所 _____
氏 名 _____ (続柄 _____)
連絡先 携帯； _____ 自宅； _____