

**医療法人社団 脳健会 仙台リハビリテーション病院**  
**通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書**  
＜2025年6月20日現在＞

## 1. 施設の概要

### (1) 法人の名称等

- |       |                     |
|-------|---------------------|
| ・法人名  | 医療法人社団 脳健会          |
| ・所在地  | 宮城県仙台市宮城野区岩切1丁目12の1 |
| ・代表者名 | 理事長 廣田省三            |

### (2) 施設の名称等

- |        |                          |
|--------|--------------------------|
| ・施設名   | 医療法人社団 脳健会 仙台リハビリテーション病院 |
| ・開設年月日 | 平成20年4月1日                |
| ・所在地   | 宮城県富谷市成田1丁目3の1           |
| ・電話番号  | 022-351-8118             |
| ・管理者名  | 院長 渡邊裕志                  |
| ・FAX番号 | 022-351-8126             |

### (3) 構造・規模等

- |       |                           |
|-------|---------------------------|
| ・敷地面積 | 9, 900 m <sup>2</sup>     |
| ・構造規模 | R C造 地上4階建                |
| ・延床面積 | 5, 265. 67 m <sup>2</sup> |

## 2. 事業所の概要

### (1) 事業所の名称等

- |           |  |
|-----------|--|
| ・名称       | 医療法人社団 脳健会 仙台リハビリテーション病院<br>通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所 |
| ・所在地      | 宮城県富谷市成田1丁目3の1   |
| ・電話番号     | 022-351-8118   |
| ・管理者名     | 渡邊裕志   |
| ・介護保険指定番号 | 0411610207   |

### (2) 営業時間等

- |           |                                       |
|-----------|---------------------------------------|
| ・利用定員     | 1単位 最大12人                             |
| ・営業日      | 月曜日から金曜日までとする。<br>ただし、国民の休日及び年末年始を除く。 |
| ・営業時間     | 午前8時30分から13時00分                       |
| ・サービス提供時間 | 午前9時00分から12時30分                       |

### (3) 通所リハビリテーションの目的と運営方針

通所リハビリテーションは要介護者ならびに要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法、言語聴覚療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、心身機能及び生活機能の低下予防又は向上を目指し、利用者の方が安心して居宅生活を営むことができるよう支援することを目的としています。

(4) 通所リハビリテーションの従業者体制

	常勤 (専任)	常勤 (兼務)	非常勤 (専従)	非常勤 (兼務)	業務内容
医師(管理者)		1		1	従事者の管理および業務の管理
理学療法士	2	3			利用者の機能訓練・指導
作業療法士					利用者の機能訓練・指導
言語聴覚士					利用者の機能訓練・指導
管理栄養士					利用者の栄養管理・指導
相談員		1			利用者の生活相談全般
ドライバー			2	1	利用者の送迎

(5) サービスの内容

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションは、医師、理学療法士等リハビリタッフによって作成される通所リハビリテーション（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、理学療法その他必要なリハビリテーションを行います。

種類	内容
機能訓練	理学療法、作業療法、言語聴覚療法など、利用者の状況に適した個別の機能訓練を行い、身体機能の低下予防及び向上に努めます。
日常生活動作練習	日常に必要な動作を練習し、少しでも自立した生活を目指します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
リハビリマネジメント	担当ケアマネジャーや他にご利用になっている介護保険サービス事業者と連携をとりながら、よりよいサービスの提供をマネジメントします。
運動器機能低下予防及び向上	筋肉や関節の機能を向上させることにより、より動きやすい体を作ります。
口腔・栄養スクリーニング	口の中の健康状態や栄養状態を確認し機能低下の予防等につなげるために情報提供を行います。
相談・援助	利用者とその家族からの様々なご相談に応じます。

### 3. 料金等

(1) 介護保険の適用がある場合は、原則として利用料金の1～3割が利用者の負担額となります。但し、1か月の支給限度額を超えてサービス利用がある場合は、限度額を超えた利用料金を全額負担にて支払うこととなります。利用者様の利用者負担額については、別紙料金表にてご確認ください。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者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、利用者様は料金表の利用料金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します。

## (2) 支払い方法

お支払方法は、口座振替になります。毎月 15 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までに振替口座へご入金ください。振替完了の際は領収書を発行いたします。口座振替が難しい場合は契約時にご相談ください。

## (3) お休みされた際の料金について

利用者様の都合によりサービスをお休みされた場合は、要介護認定の方は利用料金は発生致しません。しかし要支援認定の方は月単位の料金設定のため、ご利用回数にかかわらず所定の料金を頂戴いたします（特別な理由の時は日割り料金になります）。

## 4. 緊急時の対応

当通所リハビリテーション利用中に利用者の状態が急変した場合等には速やかに同敷地内の病院に対応をお願いするようにしています。同時に「重要事項説明書」にご記入いただいた連絡先に連絡し、必要時には主治医にも連絡します。

## 5. 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を提示してください。
- ・都合によりお休みされる場合は事前に必ずご連絡をお願いいたします。
- ・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。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・その他当施設の詳細についてご不明な点は、従業者にお尋ねください。

## 6. 要望又は苦情等の相談

当事業所には、相談の専門員として医療相談員が勤務していますのでご相談ください。また、各市区町村における介護保険に関する窓口は以下のとおりです。

- ・仙台リハビリテーション病院 医療相談室 担当：地域相談員（ ）  
電話 022-351-8118 受付時間 月～金曜日 8:30～17:15
- ・富谷市保健福祉総合支援センター 電話 022-348-1138
- ・大和町保健福祉課 介護保険班 電話 022-345-7220
- ・大郷町町民福祉課 介護福祉係 電話 022-359-5507
- ・大衡村保健福祉課 電話 022-345-0253
- ・仙台市宮城野区障害高齢課 介護保険係 電話 022-291-2111
- ・仙台市泉区障害高齢課 介護保険係 電話 022-372-3111
- ・利府町保健福祉課 福祉班 電話 022-356-1334
- ・宮城県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話 022-222-7700  
受付時間 月～金曜日 9:00～16:00

## 7. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無 有 実施した直近の年月日 令和 7 年 1 月 30 日

評価機関の名称 特定非営利活動法人介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会

評価結果の開示状況 有（厚生労働省ホームページ）

医療法人社団脳健会 仙台リハビリテーション病院の通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、重要事項説明書の内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションを利用し、これらの対価として事業所の定める料金を支払うことに同意します。

説明年月日 令和 年 月 日

[説明者]

医療法人 社団脳健会 仙台リハビリテーション病院  
通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所

氏 名 印

同意年月日 令和 年 月 日

[利用者]

住 所  
氏 名

[家 族]

住 所  
氏 名

(請求書・明細書及び領収書の送付先)

氏 名	(続柄 )
住 所	
電話番号	

(緊急時の連絡先)

氏 名	(続柄 )
住 所	
電話番号	