

重要事項説明書

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

(介護予防通所・通所) リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令 37 号第 8 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

法人の名称	社会医療法人 三車会
主たる事業所の所在地	紀の川市貴志川町丸栖 1423-3
法人種別	社会医療法人
代表者の氏名	理事長 殿尾 守弘
電話番号	0736 (64) 0061

2. ご利用施設

施設の名称	社会医療法人 三車会 在宅総合ケアセンター赤ひげクリニック
施設の所在地	紀の川市桃山町神田 378 番地
事業者番号	3011710344
管理者氏名	院長 豊田 敬生
電話番号	0736 (66) 9003
FAX 番号	0736 (66) 9002

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業所の種類	和歌山県知事の指定	
	指定年月日	事業者番号
訪問リハビリテーション	平成 27 年 9 月 1 日	3011710344
介護予防訪問リハビリテーション	平成 27 年 9 月 1 日	3011710344
訪問看護ステーション	平成 27 年 9 月 1 日	3011710344
居宅介護支援	平成 28 年 1 月 1 日	3071700797

4. 施設の目的と運営の方針

〔目的〕 社会医療法人 三車会が開設する通所リハビリテーション施設にて行う事業の適正な運営を行うために人員及び管理運営に関する事項を定め事業所の職員が、要介護状態にある利用者に対し、適正な通所リハビリテーションサービスを提供することを目的とします。

〔方針〕 事業所の通所リハビリテーション従業員は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学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、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとします。

事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業所その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

利用者の個人情報の保護は、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、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での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又はその代理人の了承を得ることとします。

5. 利用定員	1 階デイケア	定 員 4 0 名
	2 階短時間デイケア	1 回 8 名 1 日 2 回 定 員 1 6 名

6. 通常の実施地域

実施地域 紀の川市、岩出市、和歌山市、海南市、紀美野町

7. 営業日及びサービス提供時間

1 階デイケア	営 業 日	月～土曜日	但し、12/30～1/3 は休業
	サービス提供時間	通常は午前 9：30～午後 16：00 まで	
2 階短時間デイケア	営 業 日	月～金曜日	但し、12/30～1/3 は休業
	サービス提供時間	通常は午前 10：30～12：29・午後 13：30～15：00	

8. キャンセル

- (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。
- (3) 当院では利用者の方の都合によりサービスを中止した場合のキャンセル料は徴収していません

9. 職員体制

従業者の職種	人 員
医師	2 名
看護師	3 名
准看護師	0 名
理学療法士	5 名
作業療法士	1 名
介護職員	1 2 名

10. 通所リハビリテーションの内容

通所リハビリテーションは、医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等リハビリスタッフによって作成される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。

※守秘義務及び個人情報の保護

施設職員に対して、施設職員である期間および施設職員でなくなった後においても、正当な理由が無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報を漏らすことがないように指導教育を適時行います。

11. 利用料等

- (1) 通所リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該通所リハビリテーションが法定代理受領サービスであるときは、利用者の介護保険負担割合に基づき、その1割または2割の額とします。
(利用料金参照)
- (2) 前項のほか、介護保険給付外サービスの支払いを利用者から徴収する。
- (3) 支払い方法は毎月15日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(1カ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

- ① 1か月まとめた持参払い
- ② 各金融機関口座からの自動引き落とし

1 2. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設の各窓口までお気軽にご相談ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

【事業者の窓口】 赤ひげクリニック 通所リハビリテーション 担当 松下 優	所在地 和歌山県紀の川市桃山町神田 378 TEL 0736-66-9003 FAX 0736-66-9002 受付時間 月～金 9:30～16:00
【市町村の窓口】 紀の川市役所 高齢介護課	所在地 和歌山県紀の川市西大井 338 TEL 0736-77-0980 受付時間 月～金 9:00～17:00
岩出市役所 長寿介護課	所在地 和歌山県岩出市西野 209 TEL 0736-62-2141 受付時間 月～金 9:00～17:00
和歌山市役所 介護保険課	所在地 和歌山市七番町 23 TEL 073-435-1190 受付時間 月～金 9:00～17:00
紀美野町役場 保険福祉課	所在地 和歌山県海草郡紀美野町下佐々 1408-4 TEL 073-489-9960 受付時間 月～金 9:00～17:00
海南市役所 高齢介護課	所在地 和歌山県海南市日方 1525-6 TEL 073-483-8761 受付時間 月～金 9:00～17:00
【公的団体の窓口】 和歌山県国民健康保険団体連合会	所在地 和歌山市吹上二丁目 1 番 22-501 号 TEL 073-427-4678 受付時間 月～金 9:00～17:00

1 3. 協力医療機関

医療機関の名称 貴志川リハビリテーション病院

所在地 紀の川市貴志川町丸栖 1423-3

電話番号 0736 (64) 0061

診療科 整形外科・脳神経外科・リハビリテーション科・外科・内科・麻酔科・放射線科
救急科・循環器内科

入院設備 168 床

1 4. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	年 2 回、避難訓練を実施します。
防災設備	自動火災報知器 誘導灯及び誘導標識 消防機関へ通報する 火災報知設備 消火器具 カーテン、布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	毎年 3 月提出 防火管理者 西峰庸二

1 5. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、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、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	禁煙となっております。 飲酒は禁止です。
迷惑行為等	騒音等他の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	自己管理とさせていただきます。
現金等の管理	自己管理とさせていただきます。ご自分で管理できない方は職員に申し出てください。
宗教活動・政治活動	施設内での執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

1 6. 緊急時の対応

(1) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

かかりつけ医

病院名

住 所 〒 —

電話番号 () —

(2) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

緊急の場合には「利用契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します

17. 介護保険給付費と利用料等

(1) 介護保険給付による自己負担額 [6時間以上7時間未満]

要支援の方	項 目	利用料	利用者負担額 (1割の場合)	算定回数など
	介護予防通所リハビリテーション(要支援1)	22,680	2,268	1月につき
	介護予防通所リハビリテーション(要支援2)	42,20	4,228	1月につき
	退院時共同指導加算	6,000	600	1回のみ
	栄養アセスメント加算	500	50	1月につき
	移行支援加算	120	12	1回につき
	科学的介護推進体制加算	400	40	1月につき
	サービス提供体制強化加算(1)(要支援1)	880	88	1月につき
	サービス提供体制強化加算(1)(要支援2)	1,760	176	1月につき
	12カ月を超えるサービス(要支援1)	▲1,200	▲120	1月につき
	12カ月を超えるサービス(要支援2)	▲2,400	▲240	1月につき
要介護の方	通所リハビリテーション料(要介護1)	7,150	715	1日につき
	通所リハビリテーション料(要介護2)	8,500	850	1日につき
	通所リハビリテーション料(要介護3)	9,810	981	1日につき
	通所リハビリテーション料(要介護4)	11,370	1,137	1日につき
	通所リハビリテーション料(要介護5)	12,900	1,290	1日につき
	リハビリテーションマネジメント加算 ロ 開始半年	5,930	593	1月につき
	リハビリテーションマネジメント加算 ロ 半年以降	2,730	273	1月につき
	リハビリテーションマネジメント加算 ハ 開始半年	7,930	793	1月につき
	リハビリテーションマネジメント加算 ハ 半年以降	4,730	473	1月につき
	医師から利用者・家族への説明	2,700	270	1月につき
	退院時共同指導加算	6,000	600	1回のみ
	短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院日・認定日より3月以内)	1,100	110	1日につき
	リハビリテーション提供体制加算(6時間以上7時間未満)	240	24	1日につき
	入浴介助加算(Ⅰ)	400	40	1日につき
	入浴介助加算(Ⅱ)	600	60	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220	22	1日につき
	栄養アセスメント加算	500	50	1月につき
	移行支援加算	120	12	1回につき
	科学的介護推進体制加算	400	40	1月につき
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	サービス費合計の8.6%		1月につき
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	サービス費合計の8.3%		1月につき
	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	サービス費合計の6.6%		1月につき
	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	サービス費合計の5.3%		1月につき
	送迎を行わない場合	▲470	▲47	片道につき

※ 2割及び3割負担の方 各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

※ 要支援1、2の方は利用開始から12ヵ月超でそれぞれ－120、－240単位の減算。

(2)介護保険給付による自己負担額 [1時間以上2時間未満]

要支援の方	項 目	利用料	利用者負担額 (1割の場合)	算定回数など
	介護予防通所リハビリテーション(要支援1)	22,680	2,268	1月につき
	介護予防通所リハビリテーション(要支援2)	42,20	4,228	1月につき
	退院時共同指導加算	6,000	600	1回のみ
	栄養アセスメント加算	500	50	1月につき
	移行支援加算	120	12	1回につき
	科学的介護推進体制加算	400	40	1月につき
	サービス提供体制強化加算(1)(要支援1)	880	88	1月につき
	サービス提供体制強化加算(1)(要支援2)	1,760	176	1月につき
	12カ月を超えるサービス(要支援1)	▲1,200	▲120	1月につき
	12カ月を超えるサービス(要支援2)	▲2,400	▲240	1月につき
要介護の方	通所リハビリテーション料(要介護1)	3,690	369	1日につき
	通所リハビリテーション料(要介護2)	3,980	392	1日につき
	通所リハビリテーション料(要介護3)	4,290	429	1日につき
	通所リハビリテーション料(要介護4)	4,580	450	1日につき
	通所リハビリテーション料(要介護5)	4,910	491	1日につき
	リハビリテーションマネジメント加算 ロ 開始半年	5,930	593	1月につき
	リハビリテーションマネジメント加算 ロ 半年以降	2,730	273	1月につき
	リハビリテーションマネジメント加算 ハ 開始半年	7,930	793	1月につき
	リハビリテーションマネジメント加算 ハ 半年以降	4,730	473	1月につき
	医師から利用者・家族への説明	2,700	270	1月につき
	退院時共同指導加算	6,000	600	1回のみ
	短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院日・認定日より3月以内)	1,100	110	1日につき
	入浴介助加算(Ⅰ)	400	40	1日につき
	入浴介助加算(Ⅱ)	600	60	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220	22	1日につき
	栄養アセスメント加算	500	50	1月につき
	移行支援加算	120	12	1回につき
	科学的介護推進体制加算	400	40	1月につき
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	サービス費合計の8.6%		1月につき
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	サービス費合計の8.3%		1月につき
	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	サービス費合計の6.6%		1月につき
	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	サービス費合計の5.3%		1月につき
	送迎を行わない場合	▲470	▲47	片道につき

※ 2割及び3割負担の方 各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

※ 要支援1、2の方は利用開始から12ヵ月超でそれぞれ-20、-40単位の減算。

(3) その他

食事代	550 円
おむつ・リハパンツ	165円
尿取りパッド・フラット	55円
その他実費が発生する商品	(金額は都度報告)

18. 虐待防止に関する事項

1 事業所は利用者の人権擁護・虐待の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する体制を整えるほか、研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置
- (4) 虐待防止に関する担当者の選定
- (5) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その内容を従業者に周知する

2 事業者は指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションのサービスの提供中に、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）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報するものとする。

19. 身体拘束等の原則禁止

1 事業所は、指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションサービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わない。

2 事業所はやむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、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、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載することとする。

当事業者は重要事項説明書に基づいて、介護予防通所リハビリテーション・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しました。

令和 年 月 日

事業法人 住所 紀の川市貴志川町丸栖1423-3

法人名 社会医療法人 三車会

代表者名 殿尾 守弘 印

説明者 事業所名 在宅総合ケアセンター 赤ひげクリニック

氏 名 _____ 印 _____

私は重要事項説明書に基づいて、介護予防通所リハビリテーション・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。

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 _____