

通所リハビリテーション重要事項説明書

1. 運営法人概要

事業所名	医療法人 阿部医院
所在地	明石市朝霧町3丁目15-12
代表者氏名	理事長 阿部申次
電話番号	078-913-6370
ホームページ	http://www.abe-iin.org/

2. 施設概要

(1) 提供できるサービスの種類・サービス提供地域

名称	医療法人社団阿部医院希望の丘クリニック 希望の丘通所リハビリセンター
所在地	神戸市垂水区神陵台7丁目4番13号
電話番号	078-781-8110
FAX	078-781-8177
サービスの種類	通所リハビリテーション
介護保険指定番号	2810805487
サービス提供地域	神戸市西区、垂水区、須磨区、明石市
通所定員	午前、午後ともに10名ずつ
構造	鉄筋 92.17㎡(内リハビリスペース66.52㎡)
主要設備	リハビリスペース(マシン、プラットホーム、物療機器あり) スタッフルーム 洗濯室 便所 面談室

(2) サービスの提供及び提供時間

サービスの提供日等	月曜日～金曜日
サービスの提供時間	9:00～12:30 13:30～16:30

※ お盆や年末年始の休業日はその都度ご連絡いたします。

※ 祝日は休業日となっております。

(3) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤
管理者	医師	1	0
理学療法士	理学療法士	1	0
作業療法士	作業療法士	1	2
介護職員	介護福祉士/初任者研修・実務者研修	1	2

3. 事業の目的及び運営方針

(1) 目的

要支援・要介護状態と認定された方を対象に、心身の機能維持、家庭での生活の継続を図るため、その心身の状況、おかれている環境、要介護者・要支援者等及びその家族の希望などを勘案して、リハビリテーション等の提供を行うことを目的とします。

(2) 運営方針

ご利用様様の心身状態に応じた適切な通所リハビリテーションサービスを提供します。通所リハビリテーションサービスの実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用様様個々の主体性を尊重して、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な通所リハビリテーションサービスの提供に努めます。

4. サービスの内容

(1) 送迎

事業所が所有する自動車により利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道幅が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、歩行介助などにより送迎を行うことがあります。また、乗車中はシートベルトを着用ください。送迎時間などは事前にご連絡いたしますが、10分程度の遅れはご了承ください。

送迎をご本人または家族により行われる場合は、片道当たり47単位を所定単位数から減算いたします。

(2) 健康チェック

体調不良時、主治医と連携し速やかに対応します。

(3) 個別リハビリテーション

医師の指示の下、生活機能の向上を目指し、個別に合わせたリハビリテーションを行います。

(4) 物理療法

医師の指示の下、電気治療などで痛みなどの軽減を図ります。

(5) マシントレーニング

医師の指示の下、理学療法士等が個別に合わせた種類の選定、負荷の設定を行い、機能の維持・向上を目指します。

(6) 通所リハビリテーション計画の作成

利用者に関わる介護支援事業者が作成した介護サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所リハビリテーション計画を作成します。

(7) リハビリテーション会議の開催

リハビリテーションマネジメント加算(A)(B)、生活機能向上リハビリテーション実施加算を算定する利用者については、月1回のリハビリテーション会議を行います。

5. 通所リハビリテーション従事者の禁止行為

従事者はサービス提供にあたって、次の行為は行いません。

- (1) 医療行為(ただし、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士が行う診療の補助行為を除く)
- (2) 利用者または家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- (3) 利用者または家族からの金銭、物品、飲食の授受
- (4) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者または第三者等の生命や身体を保護する為緊急やむを得ない場合を除く)
- (5) その他利用者または家族などに対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

6. 利用料金

(1) 利用料金について

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として負担割合証に基づき、基本料金(料金表)の1～3割負担となります。

- (2) 要介護認定の結果、自立と認定された利用者様が判定以前に利用したサービスについては、全額利用者様の負担となります。

また、要支援以上の認定を受けた場合でも、認定以前に受けたサービスのうち、介護保険給付の範囲を超えたサービス利用分については、全額利用者様に負担して頂きます。

- (3) 利用者様からサービス提供時間の延長の申し出があった場合、延長時間により利用料を利用者様に負担頂きます。

①通所リハビリテーション利用料(送迎を含みます)

要介護1～5の場合の介護保険該当利用料/ 1日につき

介護度	2時間以上3時間未満コース			
	単位	利用料金(1割負担)	利用料金(2割負担)	利用料金(3割負担)
1	383単位	約408円	約817円	約1,225円
2	439単位	約468円	約936円	約1,404円
3	498単位	約531円	約1,062円	約1,593円
4	555単位	約592円	約1,183円	約1,775円
5	612単位	約652円	約1,305円	約1,957円

介護度	3 時間以上 4 時間未満コース			
	単位	利用料金(1 割負担)	利用料金(2 割負担)	利用料金(3 割負担)
1	486 単位	約 518 円	約 1,036 円	約 1,554 円
2	565 単位	約 602 円	約 1,205 円	約 1,807 円
3	643 単位	約 685 円	約 1,371 円	約 2,056 円
4	743 単位	約 792 円	約 1,584 円	約 2,376 円
5	842 単位	約 898 円	約 1,795 円	約 2,693 円

②付加サービス加算

加算項目	単位	利用料金 (1 割負担)	利用料金 (2 割負担)	利用料金 (3 割負担)
リハビリテーションマネジメント加算(イ) (開始から 6 ヶ月以内) (開始から 6 ヶ月超)	560 単位 240 単位	約 597 円 約 256 円	約 1,194 円 約 512 円	約 1,791 円 約 768 円
リハビリテーションマネジメント加算(ロ) (開始から 6 ヶ月以内) (開始から 6 ヶ月超)	593 単位 273 単位	約 632 円 約 291 円	約 1,264 円 約 582 円	約 1,896 円 約 873 円
リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (開始から 6 ヶ月以内) (開始から 6 ヶ月超)	793 単位 473 単位	約 845 円 約 504 円	約 1,691 円 約 1,008 円	約 2,536 円 約 1,513 円
医師の説明があった場合(上記に加えて)	270 単位	約 288 円	約 576 円	約 863 円
科学的介護推進体制加算	40 単位	約 43 円	約 85 円	約 128 円
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位	約 117 円	約 235 円	約 352 円
リハビリテーション提供体制加算 I	12 単位	約 13 円	約 26 円	約 38 円
退院時共同指導加算	600 単位	約 640 円	約 1,279 円	約 1,919 円
送迎減算 (片道につき)	△47 単位	約-50 円	約-100 円	約-150 円
同一建物減算	△94 単位	約-100 円	約-200 円	約-301 円
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	総単位数の 8.3%			

※提供サービスの介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

③その他

リハビリパンツ 1 枚 150 円 紙パッド 1 枚 100 円
その他日常生活において必要なもの

7. 料金の支払い方法

毎月 20 日に前月分の請求書を送付しますので、下記の方法でお支払いください。

お支払方法は、口座自動引落・銀行振込・現金支払となります。

※口座自動引落は、前月分の請求額を翌月 27 日(金融機関休日の場合は翌営業日)に引き落とします。

※残高不足等により引落ができなかった場合は、次月に次月分とまとめて引落請求となります。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより保険給付金が直接事業所に支払われていない場合があります。その場合は一旦 1 日当たりの料金を全額(10 割)お支払い頂き、領収書を発行します。この領収書をお住いの市町村に提出して頂き、差額の払戻しを受けてください。

8. キャンセル料・解約料について

(1)通所リハビリテーションサービスの利用を中止する場合、中止する予定の前日午後 5 時までにご連絡をお願いします。連絡がない場合は、キャンセル料として 1 回あたりの料金負担額相当分を負担して頂きます。

(2)利用者様の急な病変などにより、当事業所がやむを得ない状況と判断した場合は、キャンセル料の負担は不要です。

(3)通所リハビリテーションサービスを解約される場合は、解約を希望される日の 7 日前までにお申し出ください。解約日の前日までに翌日からの解約について申し出がなかった場合は、解約料として 1 回当たりの料金負担額相当分を頂きます。

9. 身体拘束について

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合等、利用者本人または他人の生命・身体的に対して危険が及ぶことが考えられる時は、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び対応等についての記録を行います。

- ① 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- ② 非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- ③ 一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

10. 心身状況の把握

通所リハビリテーションの提供にあたっては、介護支援事業者が開催するサービス担当者会議などを通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、ほかの保健医療サービスまたは福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

11. 秘密保持と個人情報の保護について

当事業所は、利用者様にサービスを提供する上で知り得た情報は、契約期間中はもとより契約終了時においても決して第三者に漏らすことはありません。

また、利用者様やその家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、管理者が注意をもって管理を行い、処分の際も漏洩の防止に努めます。

但し、当事業所がサービスを提供する際に、利用者様やその家族に関して知り得た情報については、サービス担当者会議などでサービスの利用調整を行う際に必要になります。

このため、その利用には利用者様の同意が必要となりますので、重要事項説明時、別紙の「個人情報使用同意書」に署名捺印を頂きます。

12. サービス提供等の記録

通所リハビリテーションの実施ごとにサービス提供の記録を行い、諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。

利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

13. 衛生管理等

通所リハビリテーション用に供する施設、食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、または衛生上必要な処置を講じます。

通所介護事業所において感染症が発生し、または蔓延しないように必要な処置を講じます。

食中毒及び感染症の発生を防止するための処置などについて、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

14. サービス提供中における事故発生時の対応

(1)利用者様の生命の安全をまず優先します。

(2)利用者様に事故が発生した場合、速やかに家族・緊急連絡先等に連絡をとります。

15. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者：小引 聖子

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、これを市町村に通報します。

16. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

17. ハラスメント対策

事業者は、適切な居宅介護支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係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職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置をします。

契約者（利用者）様、ご家族様または身元保証人等からの事業所やサービス従事者、その他関係者に対して故意に暴力や暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合は、サービスのご利用を一時中止及び契約を廃止させていただく場合があります。

18. 感染症の予防及びまん延防止

- (1) 事業所は、感染症の発生と、まん延を防止するために必要な措置を講じます。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のために対策を検討する委員会をおおむね 3 ヶ月に 1 回以上開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。
- (3) 感染症及びまん延の防止のための指針の整備をします。
- (4) 感染症及びまん延の防止の為の研修会及び訓練を定期的実施します。

19. 緊急時の対応

当事業所は現に通所リハビリテーションサービスを提供している時に利用者様の病状に急変等が生じた場合、医師の指示のもと速やかに対応いたします。同時に緊急連絡先へ連絡いたします。

<協力病院>

明舞中央病院	明石市松が丘 4 丁目 1-1-32	TEL:078-917-2020 FAX:078-914-1877
明石市民病院	明石市鷹匠町 1-33	TEL:078-912-2323 FAX:078-914-8374
カトリアクリニック	神戸市西区南別府 2 丁目 15-9	TEL:078-974-7174 FAX:078-974-5542

20. 苦情及び相談窓口

(1) 当事業所の苦情及び相談窓口

連絡先	078-781-8110
FAX	078-781-8177
受付時間	9:00~17:30(土日祝を除く)
担当	小引

(2) 介護保険の苦情や相談に関して他に下記の窓口があります。

介護保険サービスに関すること

兵庫県国民健康保険連合会	連絡先	電話	078-332-5617
		FAX	078-332-5650
	受付時間	平日	8:45 ~ 17:15

介護保険サービスに関すること

神戸市福祉局監査指導部	連絡先	電話	078-322-6326
	受付時間	平日	8:45 ~ 12:00 13:00 ~ 17:30
明石市福祉局高齢者総合支援室		連絡先	電話

養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用窓口

神戸市福祉局 (監査指導部内)	連絡先	電話	078-322-6774
	受付時間	平日	8:45 ~ 12:00 13:00 ~ 17:30

サービスの質や契約に関すること

神戸市消費生活センター	連絡先	電話	078-371-1221
	受付時間	平日	9:00 ~ 17:00

21. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 事業所内では、一日を快適なものにしていただくため、利用者同士お互いが相手のことを考えた行動をお願いいたします。
- (2) 他利用者の迷惑及びリハビリ上著しい問題が生じた場合、従業員等の指示に従えない場合は介護支援事業所や家族と相談の上、退所をお願いすることがあります。
- (3) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに事業所にお知らせください。
- (4) 利用者に係る介護支援事業者が作成する「介護サービス計画書(ケアプラン)」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「通所リハビリテーション計画」は、利用者または家族にその内容を説明いたしますので、ご確認くださいようお願いします。
- (5) サービス提供は「通所リハビリテーション計画」に基づいて行います。なお、「通所リハビリテーション計画」は、利用者等の心身の状況や意向等の変化により、必要に応じて変更することができます。
- (6) 通所リハビリテーション従事者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、全て当事業者が行います。実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮をお願いします。
- (7) 貴重品は持参しないでください。また、持ち物には必ず名前の記載をお願いします。紛失等された場合において、当事業所では一切の責任を負いかねます。
- (8) 当日欠席される場合は、送迎時間 30 分前までにはご連絡いただきますようお願いいたします。
- (9) 施設内は全館禁煙となっております。お煙草はご遠慮いただきますようお願いいたします。
- (10) 施設内での食べ物の持ち込みはご遠慮いただきますようお願いいたします。
- (11) 利用者間での物の授受については禁止事項とさせていただきます。授受の結果生じる誤嚥や授受物使用上の事故等による損害・健康面への影響、利用者間トラブルに関して、

当事業所は一切の責任を負いかねます。

年 月 日

通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者様に対して本書面に基づき重要な事項を説明しました。

事業所

名称	医療法人社団阿部医院希望の丘クリニック 希望の丘通所リハビリセンター
所在地	神戸市垂水区神陵台7丁目4番13号
説明者氏名	印

私は、書面により事業所から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

(利用者)

住所

氏名

印

(代理人)

住所

氏名

印