

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
重要事項説明書及び同意書

□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
重要事項説明書及び同意書

この重要事項説明書及び同意書は利用者が介護保険のサービスを受けられるに際し、あらかじめ利用者及びそのご家族に対し、サービス提供事業所の概要や職員体制等、重要事項を記載したものです。利用者にごこの文書を交付して説明することは事業者の義務として法令上規定されています。

1. 当事業所の概要

| | | | |
|------------------------------|--------------------------------|------------|-------------------|
| 事業所名 | 医療法人ハートフル アマノリハビリテーション病院 | | |
| 所在地 | 〒738-0060 広島県廿日市市陽光台五丁目9番地 | | |
| 事業所番号 | 3412710612号 | | |
| 管理者及び連絡先 | 管理者名 | 西川 公一郎 | TEL: 0829-37-0800 |
| 管理者代行及び 通所リハビリ責任者 相談窓口 | 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 | | 川村 美紀子 |
| | 対応時間 | 8:30~17:30 | |

2. 営業日及び営業時間

月・火・水・木・金・土曜日（祝日を除く） 8:30~17:30

※ただし原則お盆期間（8/14~8/15）、年末年始（12/31~1/3）は「休業」の扱いとなります。

変更がある場合は当該変更内容について前月中に利用者またはご家族にご案内いたします。

3. 職員体制

| 職種 | 人員 | 業務内容 |
|-------------------------|-------------------------------|---|
| 病院長 医師 | 常勤1名 常勤1名 | 管理者 診療業務 |
| 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 非常勤1名以上 非常勤1名以上 非常勤1名以上 | 担当者会議参加 契約書等の書類説明・管理 計画書作成 運動機能評価 日常生活活動評価 居宅訪問 リハビリ |
| 管理栄養士 | 非常勤2名 | 栄養ケア 栄養評価 栄養ケア計画書作成・説明 |
| 介護職 | 非常勤2名 | 受付 物理療法 介護業務等 |

4. サービスの内容

(1) 介護保険でのリハビリテーションは「心身機能」、「活動」、「参加」など生活機能の機能維持、向上をはかるものとされています。

当事業所では、理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士がおひとりおひとりの評価・計画・指導を行い、自立生活に向けて支援していきます。

(2) サービス提供にあたっては「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計画書」に沿って計画的に提供します。

(3) 利用日の開始時に、健康チェックを実施します。

5. サービス提供記録等

- (1) 事業者は一定期間毎にサービスの提供の状況、目標の達成状況等に関する記録を作成して利用者の説明の上確認を受けます。
- (2) 利用者のサービス提供記録開示希望に応じます。

6. 利用者負担金

利用料金は介護報酬改定等に伴い変更する可能性があります。

また介護保険自己負担割合によって自己負担額が異なります。以下は1割負担の場合を記載しています。

(1) 介護予防通所リハビリテーション【要支援】

1) 介護予防通所リハビリテーション費

- 要支援1 2 2 6 8 単位/月
- 1 2月超 減算 1 2 0 単位
- 業務継続計画未策定減算（要支援1） 2 3 単位/月
- 要支援2 4 2 2 8 単位/月
- 1 2月超 減算 2 4 0 単位
- 業務継続計画未策定減算（要支援2） 4 2 単位/月

2) リハビリテーションに関する加算

- 科学的介護推進体制加算 4 0 単位/月
 - サービス提供体制強化加算（Ⅲ）
 - 要支援1 2 4 単位/月
 - 要支援2 4 8 単位/月
 - 口腔機能向上加算（Ⅱ） 1 6 0 単位/月
 - 栄養改善加算 2 0 0 単位/月
 - 生活行為向上加算 5 6 2 単位/月
 - 退院時共同指導加算 6 0 0 単位/回
 - 介護職員処遇改善加算Ⅱ
- * 1ヶ月につき所定単位数の1000分の83に相当数単位数（1.083円/単位）

(2) 通所リハビリテーション【要介護】

1) 通所リハビリテーション費

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------|
| <input type="checkbox"/> 要介護1 | 369 | 単位/回 |
| <input type="checkbox"/> 業務継続計画未策定減算 | 4 | 単位/回 |
| <input type="checkbox"/> 要介護2 | 398 | 単位/回 |
| <input type="checkbox"/> 業務継続計画未策定減算 | 4 | 単位/回 |
| <input type="checkbox"/> 要介護3 | 429 | 単位/回 |
| <input type="checkbox"/> 業務継続計画未策定減算 | 4 | 単位/回 |
| <input type="checkbox"/> 要介護4 | 458 | 単位/回 |
| <input type="checkbox"/> 業務継続計画未策定減算 | 5 | 単位/回 |
| <input type="checkbox"/> 要介護5 | 491 | 単位/回 |
| <input type="checkbox"/> 業務継続計画未策定減算 | 5 | 単位/回 |

2) リハビリテーションに関する加算

- | | | |
|--|------|------|
| <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算イ | 560 | 単位/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算イ 6月超 | 240 | 単位/月 |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算ロ | 593 | 単位/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算ロ 6月超 | 273 | 単位/月 |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算ハ | 793 | 単位/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算ハ 6月超 | 473 | 単位/月 |
| <input type="checkbox"/> 事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合 | 270 | 単位/月 |
| *リハビリテーションマネジメント加算を算定する場合、利用開始から6月までは毎月、6月以降は3月に一度リハビリテーション会議を開催します。 | | |
| <input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション実施加算 | 110 | 単位/日 |
| *退院（退所）日又は認定日から起算して3ヶ月以内 | | |
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 6 | 単位/日 |
| <input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算 | 40 | 単位/月 |
| <input type="checkbox"/> 移行支援加算 | 12 | 単位/日 |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士等体制強化加算 | 30 | 単位/日 |
| <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ | 160 | 単位/回 |
| *2回/月まで | | |
| <input type="checkbox"/> 栄養改善加算 | 200 | 単位/回 |
| *2回/月まで | | |
| <input type="checkbox"/> 生活行為向上加算 | 1250 | 単位/月 |
| <input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算 | 600 | 単位/回 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算Ⅱ | | |
| *1ヶ月につき所定単位数の1000分の83に相当数単位数（1.083円/単位） | | |

3) 送迎に関する減算

- | | | |
|-------------------------------|----|-------|
| <input type="checkbox"/> 送迎減算 | 47 | 単位/片道 |
|-------------------------------|----|-------|

*申請前、申請中の時点からご利用になった場合は、10割を本人負担していただき、自己負担割合に応じて後で市町へ給付分の請求をするようになります。ただし、介護認定がおりない場合は、10割本人負担となりますので、認定後からのご利用をおすすめします。

7. 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。

連絡先（電話）：0829-37-0830 アマノリハビリテーション病院

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービス利用の前々日までにご連絡ください。前日又は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となりますので、ご了承ください。

(ただし、利用者の容態の急変など、緊急や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、利用者負担の支払いに合わせてお支払いください。

| 時 期 | キャンセル料 | 備 考 |
|---------------|-------------|------------------|
| サービス利用日の前々日まで | 無 料 | |
| サービス利用日の前日まで | 利用者負担金の50% | やむを得ない事情がある場合は無料 |
| サービス利用日の当日 | 利用者負担金の100% | 同上 |

8. 支払い方法

翌月10日以降に請求書をお渡しします。ご利用日に当院受付でお支払いください。代金と引き換えに領収書をお渡しします。

9. 事故発生時等の対応

①指定基準上の対応

- ・賠償すべき事故が発生した場合、又は損害賠償を行うこととなった場合
 - ・利用者の財物を毀損、若しくは滅失したため、利用者等との間に紛争が起こった場合
- 上記の事柄が発生した際には、速やかに措置を講じ、市町へ連絡します。

②緊急連絡表に沿って、ご家族並びに、必要であれば主治医の方に連絡させていただきます。

(1) 利用中に病状の変化や事故が発生した場合

緊急連絡表に沿って対応いたしますが、緊急の場合は、当事業所の併設医療機関で対応します。

(2) 病状の急変や事故等により、生命に危険が及んだ場合、最善は尽くさせていただきますが、万が一ご期待に添えない状況が起こり得る事もご了承ください。

(3) 当日の健康状態で、リハビリを中止させていただく事もありますのでご了承ください。

10. 非常災害時の対策

(1) 消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

(2) 管理者は非常災害に関するマニュアル、関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に従業員に周知します。

- (3) 非常災害に備えて消防計画及び風水害、地震等の必要な災害防止対策について担当者を定め、対処する体制を整えます
- ①非常災害時教育及び基本訓練（消火・通報・避難、関係機関との連携）・・・年1回以上
 - ②利用者を含めた総合訓練 年1回
 - ③非常災害用設備の使用方法的徹底・・・ 随時
- (4) その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

1 1. 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) 事業所は、利用者及びその後見人又は家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。
- (2) 事業者が得た利用者及びその後見人又は家族の個人情報については、サービス提供以外の目的では原則使用しないものとします。

1 2. 感染症対策の強化

- (1) 感染症対策委員会の開催（半年に1回以上）
- (2) 感染症対策の指針の整備、研修の実施（年1回以上）
- (3) 感染症予防に向けた訓練の実施（年1回以上）

1 3. 虐待防止

- (1) 高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止（身体的拘束の等の適正化含む）に関する下記の措置を講じます。
- ①高齢者虐待防止のための指針の整備
 - ②虐待防止委員会の開催（年1回以上）
 - ③虐待防止研修の実施（年1回以上）
 - ④専任担当者の配置 虐待防止に関する担当者：委員長 西川公一郎
- (2) 事業所は、サービス提供中に当該事業所従事者または擁護者（利用者の家族等高齢者を現に介護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した時は、速やかに、これを市町、地域包括支援センター等に通報を行います。

14. 身体的拘束等の適正化

原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、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考えられ、切迫性、非代替性、一時性の要件をすべて満たすときは、利用者本人及びご家族に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

15. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

| | | | |
|---------------------------------|----|-------|-----------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取組の状況 | あり | 実施日 | 1回/年 (6月) |
| | | 結果の開示 | あり |
| 第三者による評価の実施状況 | なし | | |

16. 苦情の対応について

①下記の窓口で苦情を対応しています

窓口) 〒738-0060 広島県廿日市市陽光台五丁目9番地

電話: 0829-37-0830

担当: 川村 美紀子

対応日時) 月・火・水・木・金・土曜日 8:30~17:30

※日祝日及びお盆期間・年末年始(8/14~15、12/31~1/3)は除く

②公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

| | |
|----------------------------|--|
| 廿日市市役所 高齢介護課 高齢介護係 | 所在地 〒738-8512 廿日市市新宮一丁目13番1号 電話 0829-30-9155 受付時間: 8:30~17:00 (月曜日~金曜日) ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12/29・30・31、1/1・2・3を除く。 |
| 広島県国民健康保険団体連合会(国保連) (苦情処理) | 所在地 〒730-8503 広島市中区東白島町19番49号国保会館 電話: 082-554-0783 受付時間: 9:00~17:15 (月曜日~金曜日) ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12/29・30・31、1/1・2・3を除く。 |

17. その他

- (1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは遠慮させていただきます。
- (2) 利用中の外出はご遠慮ください。
- (3) 他の部署への移動を希望される場合は必ず職員に声をかけてください。
- (4) 衛生管理上、飲食物の持ちこみはご遠慮ください。
万が一飲食され健康を害されても責任を負う事はできません。
- (5) リハビリスタッフの居宅訪問について
利用開始から1ヶ月以内及び必要時に自宅を訪問させていただきます。

私は本書面についての説明を受けました。この説明を理解し、同意いたします。

(利用者) 住所 _____

氏名 _____

(御家族) (続柄 _____)

住所 _____

氏名 _____

以上、利用者に対して本書面に基づいて説明をし、同意を得ました。

説明日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (説明者) 職名 _____

氏名 _____

(事業所) 〒738-0060

所在地： 広島県廿日市市陽光台五丁目9番地

事業者名： 医療法人ハートフル アマノリハビリテーション病院

西川 公一郎