

通所リハビリテーション・介護予防リハビリテーション

重要事項説明書

<令和 年 月 日現在>

1. 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 楽生会
代表者名	理事長 皆川 和広
所在地・連絡先	(住所) 登別市中央町3丁目20番地5 (電話) 0143-88-0111 (FAX) 0143-88-0255

2. 事業所の概要

事業所名	通所リハビリテーション あゆみ
所在地・連絡先	登別市中央町3丁目19番地5 (電話) 0143-88-0700 (FAX) 0143-88-0800
事業所番号	0113513220
施設長	皆川 友宏
利用定員	20名

3. 事業所の職員体制

従業者の種類	人数 (人)	区分		常勤換算後の人数(人)
		常勤	非常勤	
管理者	1名	1名		0.1人
医師	1名	1名		0.93人
介護職員	5名	5名		5人
理学療法士	0名		0名	0人
作業療法士	2名	2名	0名	2.0人
看護師	1名		1名	0.06人

4. 事業の実施地域

事業の実施地域	登別市全域
---------	-------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

5. 営業日

営業日	月曜日～金曜日（土日祝日・開院記念日・お盆・年末年始は休日）
営業時間	8：30～17：00

6. サービスの内容

種類	内容
食事	食事時間 12：00～13：00 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
入浴	サービス計画書に沿って入浴又は身体の洗身・洗髪のその他必要な入浴の介助を行います。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
リハビリテーション	短期集中リハビリ、個別リハビリを実施計画書に沿って行います。
レクリエーション	様々な運動や書道・手工芸等を行います。
健康チェック	医師・看護師が血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	新規相談やご利用における様々な相談、又は退所時についての支援も行います。
送迎	自宅から施設までの送迎を行います。朝の送迎時に体調面が思わしくない場合はご利用が中止になることがあります。

7. 利用料

厚生労働省の基準に準ずる。介護保険法の法定利用料に基づく金額です。

(1) 所要時間6時間以上7時間未満の場合 (通所リハビリテーション費)

要介護1	715単位	要介護4	1137単位
要介護2	850単位	要介護5	1290単位
要介護3	981単位		

所要時間3時間以上4時間未満の場合

要介護1	486単位	要介護4	743単位
要介護2	565単位	要介護5	842単位
要介護3	643単位		

※1単位10円

(2) 1ヶ月につき (通所リハビリテーション費)

要支援1	2268単位	要支援2	4228単位
------	--------	------	--------

※1単位10円

(3) 加算

種 類	利 用 料
入浴介助加算 I	40単位 (1日)
処遇改善加算 IV	単位(1か月)
リハビリマネージメント加算Aイ	要介護 560~240単位 (新規者~6ヶ月以降)
リハビリテーション提供体制加算	12単位24単位 (要介護3-4・6-7時間)
サービス提供体制強化加算II	要介護・要支援 1回6単位 (食事代は別)

※1単位10円

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・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、利用者は料金表の利用料金全額をお支払ください。
利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

(4) 介護保険給付対象外サービス

○ 食事の提供に要する費用

食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。

1食700円

○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

リハビリパンツ110円・パット55円

○ 介護保険限度額を超過する場合

(ア) 要介護者は介護保険法の法定利用料に準ずる金額と類似させた総額の料金設定とする。

(イ) 要支援者は1回の利用料金を以下に分ける

要支援1・・・施設利用料4303円(1回当たり)、送迎代1080円(1回当たり)、

加算分5890円(1ヶ月当たり)

要支援2・・・施設利用料4543円(1回当たり)、送迎代1080円(1回当たり)、

加算分6150円(1ヶ月当たり)

○ **事業の実施地域外の送迎費**

事業の実施地域以外の地域にお住いの方は送迎費の実費が必要となります。

○ **その他の費用**

通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

(5) 利用料等のお支払方法

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書にご記入下さい。翌月27日に自動払込され前月分の請求をいたします。払込後はこちらから入金確認書を送付いたします。毎月、自動引き落としとなる為、口座への入金はお忘れの無いよう宜しくお願い致します。

8. 事業所の特色等

(1) 事業の目的

当通所リハビリテーションは、介護保険法の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事が出来るように医学的管理の下で看護、介護、機能訓練等の必要な医療と日常生活上のお世話等のサービスを提供することで在宅ケアを支援する事を目的としています。

(2) 運営方針

事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を努めるものとする。

- 指定通所リハビリテーション事業所の従業者は、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事が出来るよう、必要なりハビリテーションを行うことによって、利用者の心身機能の維持回復を図るものとする。
- 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の従業者は、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事が出来るよう、必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
- 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、その他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び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るものとする。

(3) その他

事項	内容
通所リハビリテーションサービス計画の作成及び事後評価	介護支援専門員が立案する介護サービス計画に基づき、通所リハビリテーション計画の作成等を行います。 定期的にカンファレンス（会議等）を開催致しますのでご協力をお願いします。

--	--

9. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者：施設長 皆川 友宏 所在地：登別市中央町3丁目19番地5 ご利用時間：8：30～17：00 ご利用方法：電話0143-88-0700 面接により対応 投書箱を設置
市町村（保険者）の窓口 （利用者の居宅がある市町村〔広域連合〕 の介護保険担当部署）	所在地：登別市中央町6丁目11番地 電話番号：0143-85-5720 受付時間：9：00～17：00
公的団体の窓口 北海道国民健康保険団体連合会	所在地：札幌市中央区南2条西14丁目国保会館 （介護・障害者支援課・企画苦情係） 電話番号：011-231-5161 （内線 6110・6111） 受付時間：9：00～17：00

10. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名所	
		結果の開示	1あり 2なし
2 なし			

11. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名 電話番号	

12. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。
--------	------------------------

避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年 2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	0	防火扉・シャッター	3
	避難階段	2	屋内消火栓	0
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	0
	誘導等	あり		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画書等	消防署への届出日：平成26年 9月 9日 防火管理者：皆川 友宏			

13. 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。
- 施設内の設備や器具は本来の用途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、弁償して頂く場合があります。
- 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。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動はご遠慮ください。
- 安心安全な環境が築けるように、各ハラスメント防止にご協力ください。

14. 個人情報保護方針

医療法人社団 楽生会 皆川病院 通所リハビリテーションあゆみは、利用者に介護サービスを提供するにあたり、利用者が安心して過ごしていただけるよう個人情報保護法に則り、以下のとおり利用者の個人情報に関する方針を定め、個人情報保護に万全を尽くして参ります。

適用範囲

本方針では、通所リハビリテーションの介護サービスを行うにあたり利用者の個人情報を対象としています。

個人情報の利用目的

利用者から収集した個人情報は、以下の目的で利用します。

- ・介護サービスを提供するため。
- ・介護サービスを提供するために、他の事業所との連携、紹介のため。
- ・介護保険等の事務を行うため。
- ・利用者様の相談・問い合わせに応じるため。

個人情報の収集

医療法人社団 楽生会 皆川病院 通所リハビリテーションあゆみが介護サービスを提供する場合に、対面・書面・口頭にて利用者の情報を収集します。また、他の事業所から情報を収集する場合があります。

個人情報の利用

収集した個人情報は、上記の利用目的の範囲内で利用します。

個人情報の第三者への提供

利用者の介護サービスの提供を円滑・最適に行うために、サービス担当者会議等で必要に応じて、個人情報の一部または全部を提供することがあります。この場合利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者のご家族の個人情報を用いる場合はご家族の同意を予め文書で頂いたうえで行います。当方針に定めた利用目的以外で、利用者の同意を得ずに第三者に提供することはありません。

また、以下に示す項目のような場合には、利用者への通知や同意を得ずに第三者に提供する事があります。

- ・法令に基づく場合
- ・本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益が侵害される場合
- ・公衆衛生の向上または児童の健全な育成の推進に必要な場合
- ・国の機関等への協力が必要な場合

個人情報の安全管理

医療法人社団 楽生会 皆川病院 通所リハビリテーションあゆみは個人情報の正確性および安全性を確保するために、適切な情報セキュリティ対策を実施し、個人情報を紛失・破壊・改ざん・漏洩・不正アクセスから保護し適正に管理します。

関連法令への遵守

医療法人社団 楽生会 皆川病院 通所リハビリテーションあゆみは、当サービスに適用される個人情報保護に関する法令および厚生労働省が定めた個人情報の適切な取り扱いのためのガイドラインなどを遵守します。

個人情報の開示・訂正・削除・利用停止

利用者から個人情報の開示・訂正・削除の要求があった場合には、ご本人の確認をさせていただいた後に対応させていただきます。

お問い合わせ先

本方針に関するご意見やご要望といった相談に関する窓口として、「9. サービス内容に関する苦情等相談窓口」をご参照下さい。

附則

この規定は平成25年7月12日から施行する

この規定は平成25年12月24日から施行する
この規定は平成26年2月3日から施行する
この規程は平成26年4月1日から施行する
この規程は平成26年7月1日から施行する
この規程は平成27年4月14日から施行する
この規程は平成27年4月27日から施行する
この規程は平成28年3月7日から施行する
この規程は平成28年5月9日から施行する
この規程は平成28年12月13日から施行する
この規程は平成29年4月1日から施行する
この規程は平成29年7月1日から施行する
この規程は平成29年11月1日から施行する
この規程は平成30年4月1日から施行する
この規程は平成30年6月11日から施行する
この規程は令和元年5月1日から施行する
この規定は令和元年10月1日から施行する
この規定は令和2年2月3日から施行する
この規定は令和2年6月1日から施行する
この規定は令和3年4月1日から施行する
この規定は令和3年5月17日から施行する
この規定は令和4年4月1日から施行する
この規定は令和6年6月1日から施行する

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーション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

事業者

住所：〒059-0012 登別市中央町3丁目19-5

事業者（法人） 名：医療法人社団 楽生会 皆川病院

施設 名：在宅サポートセンター

通所リハビリテーション あゆみ

事業者番号 : 0113513220

代表者名 : 皆川 友宏

印

説明者

職 名 主任・作業療法士
氏 名 高橋 智子

私は、重要事項説明書に基づいて、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

代理人（選任した場合）

住所

氏名