

《御野場病院》

【通所リハビリテーション重要事項説明書】

当事業所は、契約していただいた利用者に対して通所リハビリテーションサービスを提供いたします。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

☆通所リハビリテーションとは

利用者が可能な限りその居宅において、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、病院・診療所または介護老人保健施設に通い、理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーションを実施するサービスです。

◇ ◆ 目次 ◆ ◇

1.	当事業所が提供するサービスについての相談窓口	2
2.	当事業者の概要	2
3.	当事業所の概要	2
4.	通所リハビリテーション実施計画の作成	3
5.	サービスの申し込みからサービス提供までの流れと主な内容	3
6.	サービスの内容	4
7.	利用料金について	4
8.	サービス提供の開始と終了について	6
9.	事故発生時の対応について	7
10.	サービス内容に関する苦情について	7
11.	診療情報の開示について	8
12.	虐待防止に関する事項	8
13.	感染症の予防及び、まん延防止のための措置	9
14.	業務継続計画の策定	9
15.	認知症介護に係る研修について	9
	確認書	10

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 018-839-6141

受付時間 (月)～(土) 8時30分 ～ 17時15分 (年末年始を除く)

担 当 齊藤 諭・布川 玲子 (相談窓口担当・介護福祉士)

*ご不明な点等ございましたらご遠慮なくおたずねください。

2. 当事業者の概要

名称・法人種別	医療法人 正観会
代表者役職・氏名	理事長 皆河 崇志
所在地・電話番号	秋田市御野場2丁目14番1号 018-839-6141
定款の目的に定めた事業	1. 御野場病院 2. 御野場病院介護支援センター 3. 御野場病院ケアプランセンター 4. 御野場病院デイサービスセンター 5. 御野場訪問看護ステーション 6. 御野場病院訪問リハビリテーション 7. 居宅療養管理指導(医)(歯)

3. 当事業所の概要

(1) 介護保険指定番号およびサービス提供地域

事業所名	御野場病院
所在地	秋田市御野場2丁目 14-1
介護保険 指定番号	通所リハビリテーション (秋田県 0510112147 号)
サービスを提供する 地域	秋田市南部地域 (御野場、仁井田、四ツ小屋、御所野、牛島、大住、上北手、山手台)、および茨島、卸町、豊岩 (石田坂、居使)、新屋 (大川町、元町、表町、扇町、渋谷町、沖田町、田尻沢町、高美町、鳥木町、前野町、比内町)、檜山 (愛宕下、城南町、城南新町)、河辺 (北野田、和田、戸島、畑谷)、雄和 (芝野、田草川、本田) の地域とする。

(2) 職員体制

職種・員数	資格	常勤	非常勤	計
管理者	医師	1名以上 (兼務)		1名以上
従業員	医師	1名以上 (兼務)		1名以上
	理学療法士	1名以上 (専従)	1名以上 (兼務)	2名以上
	作業療法士	1名以上 (兼務)		1名以上
	言語聴覚士	1名以上 (兼務)		1名以上
	介護福祉士	1名以上 (専従)	1名以上 (専従)	2名以上
	看護師	1名以上 (兼務)		1名以上
計				9名以上

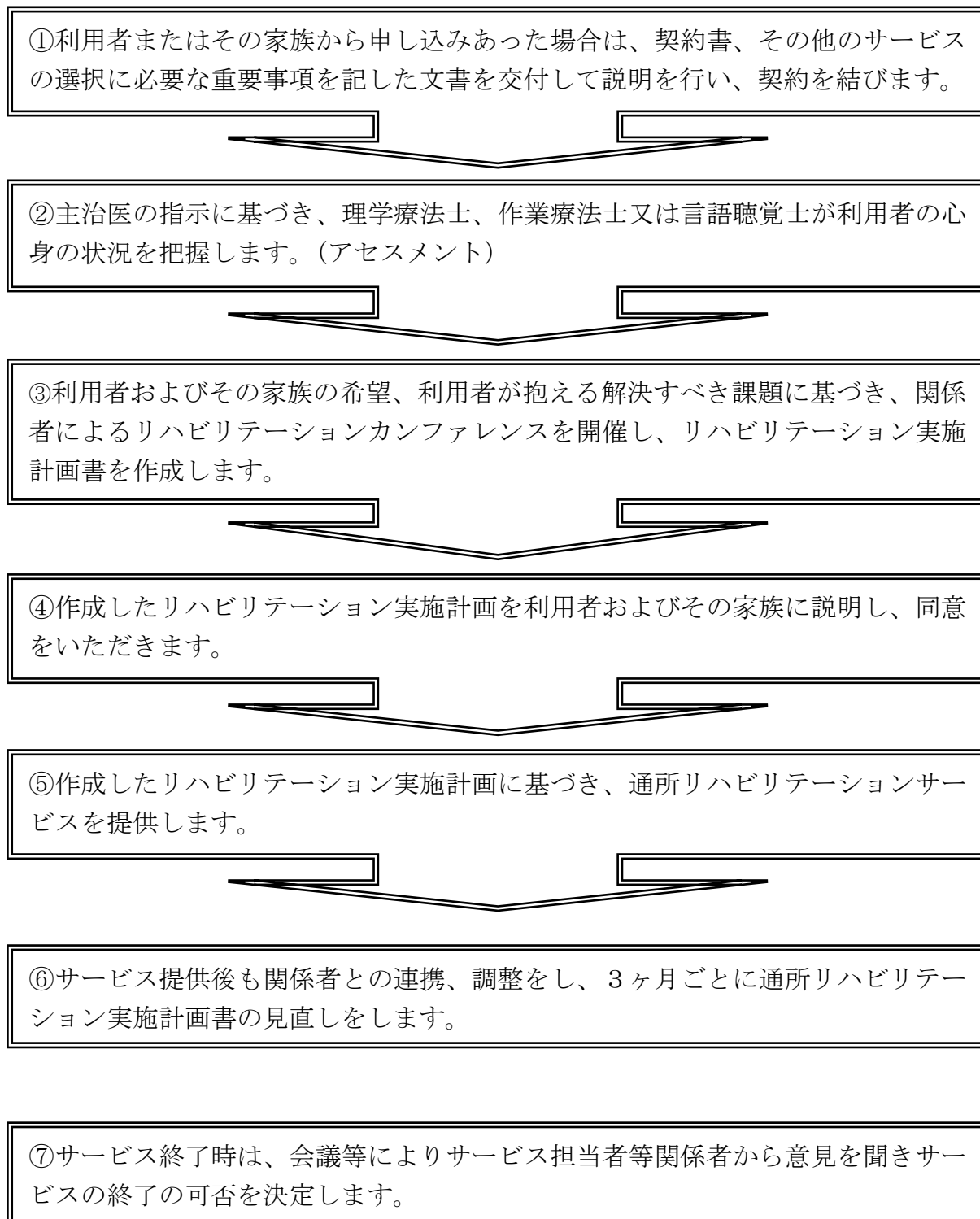
(3) 営業時間

月曜日～金曜日	9時00分～11時45分・13時20分～16時20分
土曜日	9時00分～12時00分・13時20分～16時20分
休業日	日曜日、年末年始

4. 通所リハビリテーション実施計画の作成

医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境をふまえて、サービスの目標や目標達成のための具体的サービス内容等を記載した通所リハビリテーション計画を、居宅サービス計画の内容に沿って作成します。作成に当たっては、その内容について利用者又は家族に対して説明し、利用者の同意を得たうえで、計画書を利用者に交付します。

5. サービスの申し込みからサービス提供までの流れと主な内容



6. サービスの内容

機能訓練	理学療法、作業療法、個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。
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。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

7. 利用料金について

(1) 利用料

○介護保険からの給付サービスを利用する場合は、自己負担金は1割～3割となります（介護保険負担割合証により確認させていただきます）。ただし、介護保険の給付範囲を超えたサービス利用分は、全額自己負担（10割負担）となります。

【基本料金：1時間以上2時間未満】

介護度	利用料金	介護保険適応の 1割自己負担額
要介護1	3,690円	369円
要介護2	3,980円	398円
要介護3	4,290円	429円
要介護4	4,580円	458円
要介護5	4,910円	491円

【基本料金：3時間以上4時間未満】

介護度	利用料金	介護保険適応の 1割自己負担額
要介護1	4,860円	486円
要介護2	5,650円	565円
要介護3	6,430円	643円
要介護4	7,430円	743円
要介護5	8,420円	842円

【加算料金】

加算の種類	内容	利用料金	介護保険適応時の 1割自己負担額
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院・退所もしくは は認定日より3カ月以内	1, 100円	110円
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	6カ月以内の場合	5, 600円	560円
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	6カ月を超えている場合	2, 400円	240円
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	6カ月以内の場合	5, 930円	593円
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	6カ月を超えている場合	2, 730円	273円
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	6カ月以内の場合	7, 930円	793円
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	6カ月を超えている場合	4, 730円	473円
※医師が利用者又はその家族に説明した場合上記に加える		2, 700円	270円
理学療法士等体制強化加算	1日につき	300円	30円
サービス提供体制強化加算 Ⅰ	1回につき	220円	22円
移行支援加算	1日につき	120円	12円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	月2回を限度	1500円	150円
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ		1550円	155円
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ		1600円	160円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	該当月に限り	200円	20円
介護職員等処遇改善加算 Ⅰ	1月あたり		8.6%
退院時共同指導加算	当該退院1回に限り	6, 000円	600円

※負担割合が2割の方は自己負担金（1割）×2、負担割合が3割の方は自己負担金（1割）×3となります。

※その他の加算については別途ご説明いたします。

○オムツ代 デイパント 1枚 171円、尿取パット 1枚 25円

○その他の費用 日常生活においても通常必要になるものの費用（実費）

(2) その他

支払方法

- ①料金が発生する場合、月ごとの精算とし、20日までに前月分の請求をいたしますので、請求月中までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。お支払いの方法は、窓口支払い、郵便局振込、口座自動引き落としの3通りの中からご契約の際に選べます。
- ②通所リハビリテーションサービスをキャンセルする場合は、ご連絡が困難な場合やその他やむを得ない場合を除いては、前日までにご連絡ください。
- ③当日にキャンセルされた場合は利用料金をいただくことになります。その際の料金は全額自己負担となります。ただし、利用者の病変、急な入院等、特別な事情による場合はこの限りではありません。

※利用者の急な病変、入院等により通所リハビリテーションサービスをキャンセルする場合は、**相談窓口(018-839-6141 通所リハビリテーション室 齊藤・布川)**までご連絡ください。

8. サービス提供の開始と終了について

(1) サービスの利用開始

事前に担当介護支援専門員とご相談頂いたのちに、サービスのご利用依頼を担当介護支援専門員にお申し出下さい。その際、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証の提示をお願い致します。契約を締結したのち、提供を開始致します。

(2) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の1週間前までに、文書でお申し出くださればいつでも解約できます。

②事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の通所リハビリテーション事業所をご紹介します。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

◎利用者が介護保険施設に入所した場合

◎介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護区分が、非該当（自立）と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

◎利用者がお亡くなりになった場合

④その他

利用者やその家族などが当事業所や当事業所の従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

9. 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対する通所リハビリテーションサービス提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、及び利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な処置を下記のとおり講じます。
- (2) 利用者に対する通所リハビリテーションサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業者の責に帰すべからざる場合は、この限りではありません。

☆ 事故発生時の対応方法

1. 事故発生時

①利用者への対応

- ・利用者が事故により、身体に障害を発生している場合、治療・生命維持のため可能な限りの応急処置をとります。

②利用者の家族への連絡

- ・説明は責任者が行い、すみやかに事実を伝えます。

③事故状況の把握

- ・事故の正確な把握をし、概要を出来るだけ迅速に事故報告書に記載します。
- ・報告書は簡潔かつ要点をまとめて記載し報告します。

④関係各機関への届け出、報告

- ・事故の程度、状況に応じて関係機関へ報告します。

2. 解決に向けて

①利用者、家族への対応

- ・事故原因等を調査し明確にした上で、適切な対応を図ります。

10. サービス内容に関する苦情について

- (1) 提供した通所リハビリテーションサービス等に対する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、相談窓口を設置し、必要な措置を下記のとおり講じます。

①当事業所における苦情・相談担当及び苦情解決責任者

担当者 齊藤 諭 TEL 018-839-6141 (内線 471)

②苦情解決のための話し合い

- ・苦情受付担当者及び苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

③苦情解決の手段

※苦情の受付

- ・苦情受付担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。
- ・苦情受付担当者は、利用者からの苦情受付に際し、苦情内容を書面に記載し、その内容について苦情解決責任者に報告をします。

※苦情解決に向けての話し合い

- ・苦情解決責任者は苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。

※苦情解決結果の記録、報告

- ・苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について書面に記録します。

- (2) 当事業所以外に、各市町村・国民健康保険連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

FAX 018-883-1551

1 3. 感染症の予防及び、まん延防止のための措置

(1) 当事業所は感染症の予防及び、まん延防止のために次の措置を講ずるものとします

- ①当事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果等について従業者に周知徹底を図ります。
- ②当事業所における感染症の予防及び、まん延防止のための指針を整備します。
- ③当事業所において従業者に対し感染症の予防及び、まん延防止のための研修・訓練を定期的実施します。
- ④当事業所は従業者に対し年1回以上の健康診断を実施します。

1 4. 業務継続計画の策定

(1) 当事業所は感染症や非常災害の発生時において、サービス提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとします。

- ①当事業所は従業者に対し業務継続計画について説明・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。
- ②当事業所は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。

1 5. 認知症介護に係る研修について

当事業所は全ての通所介護従事者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講ずるものとします。