

重要事項説明書 石垣内科医院通所リハビリテーション

当事業者が提供する指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

| | |
|------------|--------------------|
| 事業者の名称 | 医療法人社団瑞芳会 石垣内科医院 |
| 主たる事務所の所在地 | 静岡県浜松市中央区中野町1217番地 |
| 電話番号 | 053-421-0057 |
| 法人の種別及び名称 | 医療法人社団瑞芳会石垣内科医院 |
| 代表者職 | 理事長 |
| 代表者氏名 | 石垣 征一郎 |

| | |
|------------|------------------------------|
| 事業所の名称 | 石垣内科医院 (デイケアあおぞら) |
| 事業所の所在地 | 静岡県浜松市中央区中野町1217 |
| 介護保険事業所番号 | 2217111695 |
| 指定年月日 | 平成12年2月1日 |
| 交通の便 | 遠州鉄道バス 中ノ町小学校 下車徒歩5分 |
| 通常の事業の実施地域 | 浜松市(事業所より半径10km以内)と磐田市(旧豊田町) |

2 事業者の職員の概要

| 職 種 | 員 数 | | |
|----------|-----|--------|--------|
| 管理者 (医師) | 1人 | 常勤 1人 | 非常勤 人 |
| 医師 | 1人 | 常勤 1人 | 非常勤 人 |
| 理学療法士 | 5人 | 常勤 2人 | 非常勤 3人 |
| 看護・介護職員 | 15人 | 常勤 10人 | 非常勤 5人 |
| 生活相談員 | 1人 | 常勤 1人 | 非常勤 人 |

3 通所リハビリテーション施設の概要

| | |
|---------|-------------------------|
| 定員 | 60人(1単位) |
| リハビリ専用室 | 205.19㎡ |
| 浴室 | バスタブ2ヶ所 介助浴槽 タイルに床暖房 |
| 食堂 | 205.19㎡ |
| その他の設備 | 送迎車 6台 家庭菜園 |

4 サービスの提供時間

| | |
|---------|-------------------------|
| 月～土曜日 | 9：10～16：15 |
| 営業をしない日 | 日曜日・8/13～8/15・12/31～1/3 |

5 事業所の運営の方針

人としての尊厳を大切に、ひとりひとりの方へ介護の質の向上をめざします。
芸術療法、音楽療法、リハビリマシンの完備など、利用者の各自の状態にあったリハビリを行います。

6 利用料金

- (1) 当事業者の指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの提供（介護保険適用部分）に際し利用料金は下記のとおりとなります。そして、あなたが負担する料金は、その料金の自己負担割合分です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

注) 指定単位数×10.17円の計算になりますので円単位での誤差が生じる場合があります

☆ 通所リハビリテーションの利用料金 (1日分)

(大規模型施設)

| | 7時間以上8時間未満 |
|-----------------------|--------------|
| 介護度 1 | 7, 261 |
| 介護度 2 | 8, 614 |
| 介護度 3 | 9, 997 |
| 介護度 4 | 11, 594 |
| 介護度 5 | 13, 221 |
| 入浴介助加算 I | 407 |
| 入浴介助加算 II | 610 |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 1, 119 |
| リハビリテーション提供体制加算 | 285 |
| 通所リハ送迎減算 | -478 |
| リハビリテーションマネジメント加算 A11 | 5, 695 (月1回) |
| リハビリテーションマネジメント加算 A12 | 2, 441 (月1回) |
| リハビリテーションマネジメント加算 A21 | 6, 031 (月1回) |
| リハビリテーションマネジメント加算 A22 | 2, 776 (月1回) |
| 科学的介護推進体制加算 | 407 (月1回) |
| 口腔機能向上加算 I | 1, 526 (月2回) |
| 口腔栄養スクリーニング加算 | 51 (6ヶ月に1回) |

| | |
|--------------------|-------------|
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 183 |
| 通所リハビリテーション処遇改善加算Ⅱ | 月の総単位数の8.3% |

☆ 介護予防通所リハビリテーションの利用料金 (1ヶ月分)

| | |
|--------------------|-------------|
| 要支援 1 | 23,066 |
| 要支援 2 | 42,999 |
| 科学的介護推進体制加算 | 407 |
| 口腔機能向上加算Ⅰ | 1,526 (月2回) |
| 口腔栄養スクリーニング加算 | 51 (6ヶ月に1回) |
| サービス提供体制強化加算 要支援 1 | 732 |
| 要支援 2 | 1,464 |
| 予防通所リハ処遇改善加算Ⅱ | 月の総単位数の8.3% |

- 短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払は受けられません。
- この他、個別リハビリテーションを理学療法士・作業療法士にて行った場合には、所定の点数を加算してご負担金額をいただきます。

(2) その他の費用

通常の事業の実施地域以外の地域に居住する場合の送迎に要する費用1km超えるごとに30円、食材料費（おやつ代等含む）990円/日、衛生材料費（おしぼり代等）1回80円、おむつ代120円等、その他日常生活において通常必要とされる費用はあなたの負担となります。

(必要とされない方は、衛生材料費（おしぼり等）の提供を控えることができます。)

(3) 料金の支払方法

あなたが、当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。

毎月11日以降に、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、18日までにお支払いください。支払方法は、銀行振込、口座自動引落とし、現金集金の中からご契約の際に選んでください。

(4) キャンセル料

あなたのご都合により当日の通所リハビリテーションをキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

| | |
|------------------------------|------|
| ご利用日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ご利用日の当日の午前8時30分までにご連絡いただいた場合 | 300円 |
| ご利用日の当日の午前8時30分までにご連絡がなかった場合 | 500円 |

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますのでこの証明書を後日、浜松市の窓口（各区役所）に提出して差額の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員が、あなたのお宅に伺い当事業者の指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの内容等についてご説明します。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の担当職員が通所リハビリテーション計画を作成しサービスの提供を開始します。
- あなたが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。

(2) サービスの終了

ア あなたのご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の10日前までに文書で申し出てください。

イ 当事業者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あります。この場合は、サービス終了日の10日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが介護保険施設に入所した場合。
- ・あなたの要介護度が非該当（自立）と認定された場合
- ・あなたが亡くなったとき

エ その他

- ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・あなたがサービスの利用料金を2ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

8 サービス利用に当たっての留意事項

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 体調の確認：来所時の体温・血圧の測定実施○ 利用時間の変更：利用日の前日午後5時までに連絡○ 利用時間の延長：利用日の前日午後5時までに連絡○ 設備、器具の利用：本来の用法に反して破損させた場合は 弁償していただくことがあります。○ 転倒等の事故が起きないように十分配慮してまいります。不測の事態が起こる場合がございます。事故が起きた場合は原因・経過を明らかにしてまいります。 |
|--|

○ 携帯電話のご利用はご遠慮ください。

9 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

| | | |
|-----|------|--------------------------------|
| 内 容 | 送迎 | 各種車椅子対応の車にて送迎します。 |
| | 機能訓練 | 理学療法士による集団及び個別によるリハビリテーション |
| | 入浴 | 一般浴槽による入浴 介助浴槽による入浴 |
| | 食事 | 管理栄養士の立てた献立により栄養と身体状況に配慮した食事提供 |
| | 生活相談 | 8：30～17：30まで |
| | その他 | |

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

10 担当の職員

あなたを担当する通所リハビリテーション従業者は以下のとおりです。

医師 石垣 征一郎

理学療法士

介護職員

- 職員は、常に身分証明書を携行しているので必要な場合は提示をお求めください。
- あなたは、いつでも担当の従業者の変更を申し出ることができます。（これを拒む正当な理由がない限り、事業者は変更の申し出に応じます。）

11 緊急時の対応方法

指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

| | | |
|-------|-----|--------------|
| 主治医 | 氏 名 | |
| | 連絡先 | |
| 緊急連絡先 | 氏 名 | 石垣内科医院 |
| | 連絡先 | 053-421-0057 |

12 非常災害対策

| | |
|----------|--|
| 非常時の対応 | 別途定める「消防計画」にて対応する。 |
| 近隣との協力関係 | 地元自治会・民生委員との連携に努める。 地元保育園・幼稚園・小学校・中学校とのボランティアとしての交流 |

| | |
|-----------|--|
| 平常時の防災訓練等 | 年2回の避難訓練を実施。 |
| 防災設備 | 自動火災報知器・誘導灯・ガス漏れ報知器・屋内消火器 |
| 消防計画 | 消防署への届出：平成12年 2月 1日 防火管理者：太田 雅史 内 容：別途添付 |

13 苦情処理

あなたは、当事業者の指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの提供についていつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申し立てたことにより何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担 当 太田 雅史

電話番号 053-421-0303

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てることができます。

| | | |
|-------------|------|------------------|
| 市町村 | 担当窓口 | 浜松市役所介護保険課 |
| | 電話番号 | 053-457-2374 |
| | 担当窓口 | 浜松市中央福祉事業所長寿支援課 |
| | 電話番号 | 053-424-0184 |
| | 担当窓口 | 浜松市浜名福祉事業所長寿保険課 |
| | 電話番号 | 053-585-1123 |
| | 担当窓口 | 磐田市高齢者福祉課（介護保険係） |
| | 電話番号 | 0538-37-4831 |
| 国民健康保険団体連合会 | 担当窓口 | 国保連静岡事業部介護保険課 |
| | 電話番号 | 054-253-5590 |

14 虐待の防止

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) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (2) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (3) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (4) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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。

15 身体拘束

事業者は、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るときは、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、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (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します。
- (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します。
- (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。

16 衛生管理等

施設、食器その他送迎車両を含む設備又は飲用に供する水等について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じ、また、感染防止対策委員を設置します。

- (1) 感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所等の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむねひと月に1回程度開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 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 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を定期的実施します。

17 業務継続計画の策定等について

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通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションサービスの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（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。

- (1) 従業者に対し、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。
- (2) 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。

令和 年 月 日

(事業者)

指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 浜松市中央区中野町1217番地

名称 医療法人社団瑞芳会石垣内科医院 (デイケアあおぞら)

説明者 _____ 印

(利用者)

この説明書により、指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションに関する重要事項の説明を受けました。

住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印