

(介護予防) 通所リハビリテーション契約書別紙 (重要事項説明書)

(介護予防) 通所リハビリテーション (以下「通所リハビリ」という) サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号に基づき、当事業者が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 (介護保険事業を行う事業者の説明)

事業者の名称 公益社団法人地域医療振興協会 村立東海病院

代表者 管理者：宮崎 勝

主たる事務所の所在地 茨城県那珂郡東海村大字村松2081番地2

電 話 029-282-2188 (代表)

2 事業所の概要 (通所リハビリテーション事業所についての説明)

事業所の名称 公益社団法人地域医療振興協会

村立東海病院 通所リハビリテーション

指定番号 0813311081号

所在地 茨城県那珂郡東海村大字村松2081番地2

電 話 029-282-2188 (代表)

F A X 029-277-1055 (直通)

建物及び居室 専有スペース (144.98 m²)

3 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

生活に障害のある方や障害を持つおそれのある方とそのご家族が自立した生活を取り戻し、安定した在宅生活を送れるようお手伝いさせていただくことを目的としています。

(2) 運営の方針

ア 当事業所は、要支援者又は要介護者の心身の特性をふまえて、その能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう援助を行います。

イ 当事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し常に利用者の立場にたち、公平中立に行います。

ウ 当事業所は、関係市町村、福祉サービス、他の医療機関等と連携を図り適切なリハビリテーションが行われるように努めます。

4 利用定員

当事業所の利用定員は、10名と定めます。

5 事業所の職員体制

通所リハビリの従業者の職種及び人数は次のとおりとし、必要職については法令の定めるとおりです。

職種人員

医 師	兼務者	2名	
理学療法士	専従者	1名	他 専任者
作業療法士	専従者	1名	他 専任者
事 務	専任者	2名	

6 営業日時

営業日：月曜日から金曜日まで

ただし、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月29日から1月3日まで）を除きます。

提供時間：9時から11時までとなります。

7 対象者

介護保険被保険者証をお持ちで、要支援1・2又は要介護1～5に認定された方です。

8 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をお支払いいただきます。

要介護認定

○通所リハビリテーション費（1時間以上2時間未満）		1回利用あたり
	基本利用料	利用者負担金（自己負担1割の場合）
要介護1	（ 3,660円 ）	（ 366円 ）
要介護2	（ 3,950円 ）	（ 395円 ）
要介護3	（ 4,260円 ）	（ 426円 ）
要介護4	（ 4,550円 ）	（ 455円 ）
要介護5	（ 4,870円 ）	（ 487円 ）

○理学療法士等強化体制加算 1日につき300円 （ 30円 ）

※ 1時間以上2時間未満の通所リハビリについてのみ加算。配置基準を超えて、専従する常勤の理学療法士、作業療法士を2名以上配置

- 短期集中個別リハビリテーション実施加算 1日につき 1,100円 (110円)
- 送迎減算 片道につき -470円 (-47円)

要支援認定

- 介護予防通所リハビリテーション費 利用者負担金 (自己負担1割の場合)
 - 要支援1 (1月につき 20,530円) (2,053円)
 - 要支援2 (1月につき 39,990円) (3,999円)

○利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリを行った場合、介護予防通所リハビリ費より減算

- 要支援1 (-200円) (-20円)
- 要支援2 (-400円) (-40円)

支払方法

- 口座引落 毎月15日頃までに先月分の利用料等を通知し、20日にご契約者様指定口座より引落させていただきますので預金口座残高をご確認ください。
- ※ ただし、利用初月から口座引落手続き完了月までは利用料を合算し、引落しとなります。

9 (介護予防) 通所リハビリ

- (1) 当事業所では、通所リハビリの提供にあたる医師などの従業者が、診療又は運動機能検査等をもとに、共同して利用者の心身の状況、御希望及びその置かれている環境にあわせて、リハビリテーションの目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した通所リハビリテーション計画書を作成します。
- (2) この通所リハビリテーション計画書は、居宅サービス計画書が作成されている場合は、それに沿って作成するものとします。
- (3) このサービスの提供にあたっては、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- (4) サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。
- (5) サービスの提供にあたっては、常に病状、心身の状況及び置かれている環境を把握し、適切なサービスを提供するようにいたします。

10 事故発生時、緊急時の対応

通所リハビリの提供にあたって、事故の発生又は利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに当事業所の医師の診察を受けるなど必要な措置を講じ、ご家族、緊急連絡先、担当介護支援専門員へ連絡をします。また必要に応じ他医療機関等への紹介受診対応を行う場合があります。

1.1 感染対策

村立東海病院（以下「病院」という）における院内感染対策マニュアルを準用し対応していきます。

1.2 非常災害対策

- (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) 防火管理者には、病院の防火管理者を充てます。
- (3) 火元責任者には、病院の火元責任者を充てます。
- (4) 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼する。点検の際は、防火管理者が立ち会います。
- (5) 非常災害設備は、常に有効に保持するよう努めます。
- (6) 火災の発生や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務を遂行します。
- (7) 防火管理者は、施設職員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
 - ア 防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）……年1回以上
 - イ 非常災害用設備の使用方法の徹底—随時
- (8) 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。

1.3 虐待防止対策

（介護予防）通所リハビリサービスの提供にあたって、当事業所従業者又は要護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、介護支援専門員もしくは市町村に報告します。

1.4 ハラスメント対策

村立東海病院におけるハラスメント防止宣言に基づき、事業従業者からの利用者又はご家族へのパワーハラスメント、セクシャルハラスメントなど個人の尊厳を損なう行為を防止し、他利用者やご家族等が安心して継続的で円滑な通所リハビリを受けることができるよう、全ての当事業関係者についても同様にハラスメント防止を講じます。

1.5 秘密保持

当事業従事者は、業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持します。サービス担当者会議又は関係機関、他介護保険サービス事業者との情報共有の場合等を除き無断で利用者及びご家族の情報提供をいたしません。当事業従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持します。

1.6 施設の利用に当たっての留意事項

当施設の利用に当たっての留意事項を以下のとおりとします。

- (1) オムツ・パットをご使用されている方は、原則お持ちいただくようお願いします。
- (2) 水分補給をされる際は、ご持参いただきますようお願いいたします。
- (3) 敷地内禁煙となっています。
- (4) 火気の取扱いについて、ライター・マッチ等は持ち込み禁止とします。
- (5) 設備・備品の利用は、本来の用法に従って利用すること。これに反した利用による破損等の際、利用者に弁償義務が生じる場合があります。
- (6) 所持品・備品等の持ち込みについて、管理は利用者の責務とします。
- (7) 金銭・貴重品の管理について、多額の金銭や高額な貴金属は持ち込み禁止とします。その他は原則として利用者管理とし、施設での管理は行いません。
- (8) 他利用者への迷惑行為は禁止です。
- (9) 金品、飲食物など差し入れ行為は禁止です。

1.7 苦情相談窓口

- (1) 当事業所ご利用相談・苦情担当

電 話： 029-282-2188 (代表)

FAX： 029-277-1055 (直通)

担当者： 理学療法士 みどりかわ さとる 緑川 智

作業療法士 さいとう だいすけ 齊藤 大介

- (2) 各在宅介護支援事業所又は担当介護支援専門員
- (3) その他、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

この重要事項説明書は説明と同意の確認のため、本書2通作成し、利用者と事業者が各々署名押印して各1通ずつ保有します。利用期間中はいつでも確認できるところでの保管をお願いいたします。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 茨城県那珂郡東海村大字村松 2081 番地 2
名称 公益社団法人地域医療振興協会 村立東海病院
代表者職・氏名 管理者 宮 崎 勝 ㊞
説明者職・氏名 ㊞

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所 _____

本人との続柄 _____

氏名 _____ 印

立会人 住所 _____

氏名 _____ 印

本人との続柄 _____