介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

１　介護予防通所リハビリテーションサービスの目的

要支援状態にある方が、介護予防通所リハビリテーション事業所に通い、医学管理の下に健康管理、心身機能の維持回復及び社会的孤立感の解消を図り、日常生活の支援や在宅生活行為を向上させるための支援、リハビリテーション、運動器機能向上訓練、栄養改善指導、口腔機能向上訓練を受けることにより、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、支援を行います。

２　事業所の概要

介護予防通所リハビリテーション事業は、一部事務組合下北医療センターが開設者となり、一般社団法人公済会が管理運営を行います。

事業者の名称	むつリハビリテーション病院
事業者の所在地	青森県むつ市桜木町１３番１号
開設者	一部事務組合下北医療センター
代表者の職・氏名	管理者　山本知也
代表者の住所	青森県むつ市小川町一丁目２番８号
電話番号	０１７５（２２）２１１１
介護保険指定番号	０２１０８１０６３６
施設管理者	管理者　光野義厚
電話番号	０１７５（２４）１２１１
ＦＡＸ番号	０１７５（２４）４８２０

３　通常の事業の実施地域

むつ市(平成１７年３月１４日の市町村合併前のむつ市及び川内町をいう。)

４　事業所の職員体制

従業者の職種	区分		職務の内容
	常勤（人）	非常勤（人）	
管理者		1	施設の管理者
医師	2		医学的管理の責任者
理学療法士	6		心身機能の評価・機能訓練等の実施等
作業療法士	4		
言語聴覚士	2		
看護師			病気の管理・療養指導等
准看護師	1		
管理栄養士	3		栄養の指導・相談等
介護福祉士	7		介護・生活指導・相談等
介護職員		5	
事務職員	1		

５　営業日

営　業　日	営　業　時　間	サービス提供時間
月曜日～土曜日	午前８：００～午後５：００	午前９：３０～午後３：４０

営業しない日	日曜日、年末年始（１２月２９日～１月３日）

６　利用定員　５０名（通所リハビリテーションも含む。）

７　サービスの内容及び費用

（１）介護保険給付対象サービス

①　共通的サービス

種　　類	内　　容
日常生活上の支援	介護予防を目的として入浴、食事、排泄等の介護その他の日常生活上の支援を行う。
日常生活における生活行為を向上させるための支援	各生活行為について、利用者が本来もっている能力を引き出し、在宅生活で実際にその能力が活かされるよう、身体的、精神的な支援を行う。
リハビリテーション	医師の指示と理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の指導の下に、個別のリハビリプログラムにより利用者の居宅での生活状況に適した機能訓練を行う。

②　選択的サービス

種　　類	内　　容
運動器機能向上プログラム	理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が共同して利用者の運動器機能向上に係わる個別の計画を作成し、これに基づいて適切なサービスを実施する。
栄養改善プログラム	低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が看護職員、介護職員等と共同して栄養計画を作成し、これに基づく適切なサービスを実施する。
口腔機能改善プログラム	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスを実施する。

③　利用料（１月当たり・１割負担）

◇　共通的サービスの利用料

区　　分	②　　利用料金	②　介護保険から給付される金額	自己負担（①－②）
要支援１	２２，６８０円	２０，４１２円	２，２６８円
要支援２	４２，２８０円	３８，０５２円	４，２２８円

◇　選択的サービスの利用料

区　　分		①　利用料金	②　介護保険から給付される金額	自己負担（①－②）
科学的介護推進体制加算		４００円	３６０円	４０円
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日から起算して６月以内の期間に行われた場合	５，６２０円	５，０５８円	５６２円
栄養改善加算		２，０００円	１，８００円	２００円
口腔・栄養スクリーニング加算		２００円	１８０円	２０円
口腔機能向上加算	（Ⅰ）	１，５００円	１，３５０円	１５０円
	（Ⅱ）	１，６００円	１，４４０円	１６０円
一体的サービス提供加算	栄養改善及び口腔機能向上	４，８００円	４，３２０円	４８０円
退院時共同指導加算		６，０００円	５，４００円	６００円
サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）要支援１	８８０円	７９２円	８８円
	（Ⅰ）要支援２	１，７６０円	１，５８４円	１７６円
	（Ⅱ）要支援１	７２０円	６４８円	７２円
	（Ⅱ）要支援２	１，４４０円	１，２９６円	１４４円
基本料減算（利用を開始した月から１２月を越えた期間）	要支援１	－１，２００円	－１，０８０円	－１２０円
	要支援２	－２，４００円	－２，１６０円	－２４０円
高齢者虐待防止措置未実施減算	要支援１	－２３０円	－２０７円	－２３円
	要支援２	－４２０円	－３７８円	－４２円
業務継続計画未策定減算	要支援１	－２３０円	－２０７円	－２３円
	要支援２	－４２０円	－３７８円	－４２円

☆　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い下さい。利用料のお支払い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。

（２）　介護保険給付対象外サービス

①　食費

食事サービスを受ける方は、実費として７５０円が必要となります。

②　行事活動等のレクリエーション関係費

事業所外で行うレクリエーションにおける入館料及び趣味活動の材料費は、実費となります。

③　日常生活費

日常生活費のうち、利用者が負担することが認められる化粧品、ティッシュペーパー、おしぼり及び紙オムツ類については、実費となります。

(ア)　化粧品(シャンプー・リンス・ボディシャンプー)　３０円

(イ)　ティッシュペーパー　１０円

(ウ) おしぼり　２０円

(エ) 紙オムツ（テープ式)、リハビリパンツ　各１枚１００円

(オ) 尿とりパッド類　１枚５０円

④　キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の病状の急変等緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用予定日の前日の午後５時以降の連絡による取消	キャンセル料　　１，０００円

８　利用料等のお支払い方法

前月のサービス利用分に関する利用料を、翌月請求いたしますので、事業所が定める期日までにお支払いいただきます。

お支払い方法は、銀行振込又は病院窓口支払いがありますが、ご希望の際には、医事課受付窓口にご相談ください。

９　緊急時等における対応方法

サービス提供中における病状の急変等があった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)及び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します。

１０　事故発生時の対応及び損害賠償

サービスの提供中に事故が発生した場合は、上記の緊急時連絡先及び関係市町村に連絡を行うとともに、必要な場合は、医療機関へ搬送等の措置を講じます。

なお、損害賠償の取扱いについては、サービス利用契約書第１４条の規定に基づき取り扱います。

１１　非常災害対策

非常災害時の対応	別途定める「むつリハビリテーション病院消防計画書」により対応します。			
防　火　設　備	設　備　名　称	有・無	設　備　名　称	有・無
	スプリンクラー	無	防火扉・シャッター	有
	自動火災報知器	有	屋内消火栓	有
	非常階段	有	非常通報装置	有
	誘導灯	有	非常用電源	有
	ガス漏報知器	有		
防　火　訓　練	消防計画により、年２回消火及び避難訓練を実施します。			
防 火 責 任 者	本 間 健 一			

１２　利用者の皆様へのお願い

サービスをご利用の際には、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証を提示して下さい。

１３　サービス内容に関する苦情

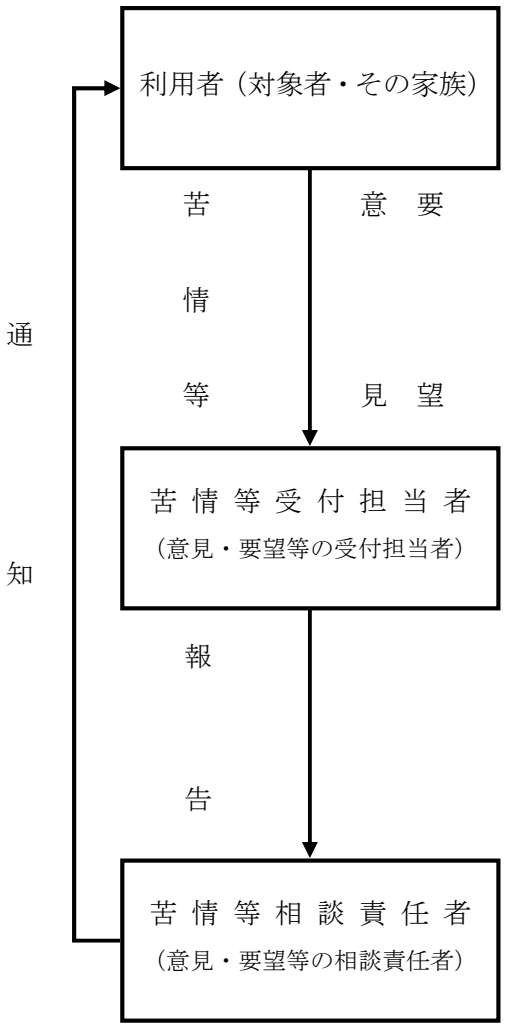
(1)　相談・苦情等の窓口

事業所のサービスに関する相談・苦情等は、次の窓口まで、お気軽にお申出ください。また、受付箱での受付もいたしておりますので、ご利用ください。責任をもって調査・改善させていただきます。

①　担当窓口　むつリハビリテーション病院　医療相談課
②　担 当 者　医療相談課（谷川　俊之、澤尻　郁子）
③　電　　話　０１７５（２４）１２１１
④　受付時間　月曜日～金曜日　午前８：３０～午後５：３０

(2)　苦情処理体制

当院が提供したサービスに関して、意見・要望又は苦情等がある場合の処理体制及び仕組みは次のとおりです。



○　利用者(対象者・その家族)で苦情等がある場合は、意見・要望・苦情等受付書を苦情等受付担当者へ提出(様式第１号)
①　苦情等の理由及び内容の記載
②　申出人の希望等の記載

○　利用者(対象者・その家族)からの苦情等随時受付(原則として受付書。ただし、提出が困難な場合、提出を拒む場合は、電話・ファックス・受付箱でも受付けます。)
①　苦情等の理由及び内容の確認
②　申出人の希望等の確認
③　原因・事実関係等の確認と改善策

○　苦情等受付担当者氏名
谷 川 俊 之・澤 尻 郁 子
（医療相談課　ＴＥＬ　２４－１２１１　内線 275・276）

○　苦情等申出人(対象者・その家族)との話し合いによる改善
○　苦情等申出人(対象者・その家族)に改善結果通知（様式第２号）
○　管理者・院長に改善結果報告

○　苦情等相談責任者
澤　谷　節　子

１４　虐待の防止について

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）　虐待防止に関する担当者を選定しています。

（２）　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。

（３）　虐待防止のための指針の整備をしています。

（４）　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。

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　業務継続計画の策定等について

（１）　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居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、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。

（２）　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に実施します。

（３）　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

本事業所の利用に当たり、利用者に契約書及び本書面に基づき重要な事項を説明しました。			
事業者（乙）	現在地	〒０３５－００９４　　青森県むつ市桜木町１３番１号	
	名　称	むつリハビリテーション病院	
	説明者	所　属（職名）	デイケアセンター（　　）
		氏　　名	㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防通所リハビリテーションサービスの利用に当たり、重要事項及び個人情報の利用について説明を受け、同意します。			
利用者（甲）	本　人	住　所	〒　　－
		氏　名	㊞
	家族等代理者	住　所	〒　　－
		氏　名	㊞
		電話番号	

緊急連絡先 □　家族等代理者と同じ、その場合第一連絡者となります	
氏名　　（　　）	電話番号
氏名　　（　　）	電話番号

主治医（医療機関）	所在地	
	医療機関名 医師名	
	電話番号	

個人情報の利用について

（介護予防通所リハビリテーションサービスを含む）

1　使用目的

(1)　（介護予防）通所リハビリテーションサービス提供に当たって、介護支援専門員と介護保険サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合

(2)　上記(１)のほか、介護支援専門員又は介護保険サービス事業者との連絡調整のため必要な場合

(3)　現に（介護予防）通所リハビリテーションサービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又は怪我等で病院へ行ったときに、医師又は看護師に説明する場合

(4)　現に（介護予防）通所リハビリテーションサービスの提供を受けている場合に、与薬トレー、食札、下足箱等に氏名を掲示する場合

2　個人情報を提供する事業所

(1)　居宅サービス計画に掲載されている介護保険サービス事業者

(2)　病院又は診療所（体調を崩し又は怪我等で診療することになった場合）

3　使用する期間

（介護予防）通所リハビリテーションサービスの提供を受けている期間

4　使用する条件（通所リハビリテーションサービス事業者の責務）

(1)　個人情報の利用については、必要最小限の範囲内で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

(2)　個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録すること。

むつリハビリテーション病院