通所リハビリテーション重要事項説明書

1 通所リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 徳洲会
代 表 者 名	東上 震一
所在地・連絡先	(住所) 大阪府大阪市北区梅田1丁目3−1 1200号 (電話) 06−6346−2888 (FAX) 06−6346−2889

2 事業所の概要

（1）事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	福岡徳洲会病院 通所リハビリテーション
所在地・連絡先	(住所) 福岡県春日市須玖北4丁目5番地 (電話)092-514-6134 (FAX) 092-514-6135
事業所番号	第4011619105号
管理者の氏名	濱田 益美
利 用 定 員	60名（3単位）

（2）事業所の職員体制

従業者の職種	人数(人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管 理 者	1	1		①従業者の管理を行う (看護・介護業務の管理) ②運営基準を遵守させるために必要な指揮命令を行う ③医師と連携を取りながら、個別に応じたリハビリテーションが実施されているか把握する ④利用者の満足を考え、サービスの向上、技術の向上に努める

医　師	1	1		①利用者の健康状態の把握をする ②個別に応じたリハビリテーションが実施されているか把握する
作業療法士 理学療法士 言語聴覚士	2 3 1	2 3 1		リハビリテーション全般 個別に応じたリハビリテーション 送迎車の運転（この内１名は管理者）
看護職員	2	2		看護介護全般、集団活動、送迎車の運転
介護職員	6	5	1	介護全般及びレクリエーション 集団活動、送迎車の運転

（３）職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯（8：30～17：00） 常勤で勤務
医師	正規の勤務時間帯（8：30～17：00） 常勤で勤務
作業療法士 理学療法士 言語聴覚士	正規の勤務時間帯（8：30～17：00） 常勤で勤務
看護職員	正規の勤務時間帯（8：30～17：00） 常勤で勤務
介護職員	正規の勤務時間帯（8：30～17：00） 常勤で勤務（非常勤１名）

（４）事業の実施地域

事業の実施地域	福岡市南区一部、博多区一部、春日市の一部、那珂川市の一部、大野城市一部（事業所より半径３ｋｍを基準とします）

（５）営業日

営業日	営業時間
平日、土曜日、祝日	8：30～17：00
営業しない日	日曜日、12月31日～1月3日

（６）サービス提供時間

9：00～16:00の内、契約時に定めた時間帯とする。

1～2時間／2～3時間／3～4時間／4～5時間／5～6時間／6～7時間

3　　サービスの内容及び費用

（1）介護保険給付対象サービス

ァ　サービス内容

種　類	内　　容
食　事	(食事時間) 12：00～13：00 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です。
排　泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうと共に、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。
機能訓練	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。集団体操もあります。 ご自宅での入浴できるように必要時は入浴動作訓練と助言。
レクリエーション	脳トレのレクリエーションを実施します。
健康チェック	体温、脈拍、血圧測定を行い、体調などをお聞きして全身状態の把握をいたします。
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送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

ィ　利用料

総単位数×地域単価×1割（または2割・3割）　＝　自己負担額

【 地域単価　1単位＝10.55円（5級地） 】

① 要支援1・2の場合の介護保険該当利用料　／　1月につき

介護度	基本単位	利用料金 (1割負担)	利用料金 (2割負担)	利用料金 (3割負担)
要支援1	2,268	約2,268円	約4,536円	約6,804円
要支援2	4,228	約4,228円	約8,456円	約12,684円

加算項目	単位	利用料金 (1割負担)	利用料金 (2割負担)	利用料金 (3割負担)
口腔機能向上加算Ⅰ	150	約150円	約300円	約450円
サービス提供体制加算Ⅰ	(支1)　88	約88円	約176円	約264円
	(支2)　176	約176円	約352円	約528円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	約20円	約40円	約60円
科学的介護推進体制加算	40	約40円	約80円	約120円
退院時共同指導加算	600	約600円	約1,200円	約1,800円

長期利用(12月超)による減算	(支1) △120	約△120円	約△240円	約△360円
	(支2) △240	約△240円	約△480円	約△720円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	加算減算を加えて算定した単位数の111/1,000に相当する単位数			
地域加算（5級地）	総単位数の1,055/1,000に相当する			

② 要介護１～５の場合の介護保険該当利用料　／　<u>１日につき</u>

《１～２時間コース》

介護度	基本単位	利用料金（1割負担）	利用料金（2割負担）	利用料金（3割負担）
1	369	約369円	約738円	約1,107円
2	398	約398円	約796円	約1,194円
3	429	約429円	約858円	約4,287円
4	458	約458円	約916円	約1,374円
5	491	約491円	約982円	約1,473円

《２～３時間コース》

介護度	基本単位	利用料金（1割負担）	利用料金（2割負担）	利用料金（3割負担）
1	383	約383円	約766円	約1,149円
2	439	約439円	約878円	約1,317円
3	498	約498円	約996円	約1,494円
4	555	約555円	約1,110円	約1,665円
5	612	約612円	約1,224円	約1,836円

《３～４時間コース》

介護度	基本単位	利用料金（1割負担）	利用料金（2割負担）	利用料金（3割負担）
1	486	約486円	約972円	約1,458円
2	565	約565円	約1,130円	約1,695円
3	643	約643円	約1,286円	約1,929円
4	743	約743円	約1,486円	約2,229円
5	842	約842円	約1,684円	約2,526円
リハビリテーション提供体制加算	12	約12円	約24円	約36円

《４～５時間コース》

介護度	基本単位	利用料金（1割負担）	利用料金（2割負担）	利用料金（3割負担）
1	553	約553円	約1,106円	約1,659円

2	642	約 642 円	約 1,284 円	約 1,926 円
3	730	約 730 円	約 1,460 円	約 2,190 円
4	844	約 844 円	約 1,688 円	約 2,532 円
5	957	約 957 円	約 1,914 円	約 2,871 円
リハビリテーション提供体制加算	16	約 16 円	約 32 円	約 48 円

《5～6時間コース》

介護度	基本単位	利用料金（1割負担）	利用料金（2割負担）	利用料金（3割負担）
1	622	約 622 円	約 1,244 円	約 1,866 円
2	738	約 738 円	約 1,476 円	約 2,214 円
3	852	約 852 円	約 1,704 円	約 2,556 円
4	987	約 987 円	約 1,974 円	約 2,961 円
5	1120	約 1,120 円	約 2,240 円	約 3,360 円
リハビリテーション提供体制加算	20	約 20 円	約 40 円	約 60 円

《6～7時間コース》

介護度	基本単位	利用料金（1割負担）	利用料金（2割負担）	利用料金（3割負担）
1	715	約 715 円	約 1,430 円	約 2,145 円
2	850	約 850 円	約 1,700 円	約 2,550 円
3	981	約 981 円	約 1,962 円	約 2,943 円
4	1,137	約 1,137 円	約 2,274 円	約 3,411 円
5	1,290	約 1,290 円	約 2,580 円	約 3,870 円
リハビリテーション提供体制加算	24	約 24 円	約 48 円	約 72 円

加算項目	単位	利用料金（1割負担）	利用料金（2割負担）	利用料金（3割負担）
リハビリテーションマネジメント加算イ				
（開始から6月以内）※医師が説明	830	約 830 円	約 1,660 円	約 2,490 円
（開始から6月超）（1月につき）	240	約 240 円	約 480 円	約 720 円
リハビリテーションマネジメント加算ロ				
（開始から6月以内）※医師が説明	863	約 853 円	約 1,706 円	約 2,559 円
（開始から6月超）（1月につき）	543	約 543 円	約 1,086 円	約 1,629 円
サービス提供体制加算Ⅰ（1回につき）	22	約 22 円	約 44 円	約 66 円
移行支援加算（1回につき）	12	約 12 円	約 24 円	約 36 円

退院時共同指導加算 (1回につき)	600	約 600 円	約 1,200 円	約 1,800 円
科学的介護推進体制加算 (1月につき)	40	約 40 円	約 80 円	約 120 円
生活行為向上リハビリテーション実施加算 (1月につき)	1,250	約 1,250 円	約 2,500 円	約 3,750 円
短期集中個別リハビリ加算 (1回につき)	110	約 110 円	約 220 円	約 330 円
口腔機能向上加算Ⅰ (2回まで/1月につき)	150	約 150 円	約 300 円	約 450 円
口腔機能向上加算Ⅱ (2回まで/1月につき)	160	約 160 円	約 320 円	約 480 円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	約 20 円	約 40 円	約 60 円
送迎減算	△47	約△47 円	約△94 円	約△141 円
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) ロ	加算減算を加えて算定した単位数の 111/1,000 に相当する単位数			
地域加算 (5級地)	総単位数の 1,055/1,000 に相当する			

・介護保険負担割合証に応じた割合が、利用者の負担額となります。
・ 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（食費等）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。
・ 介護保険適用の場合でも、介護保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行なわれない場合があります。その場合、利用者は利用料金全額をお支払い頂きます。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

○ 食事の提供に要する費用

食事の提供を受ける方は、食費 550 円が必要となります。

（3） 利用料等の支払い方法

毎月、20 日以降に前月分請求書および利用明細書を送付いたします。

お支払い方法は別途話し合いの上、現金または銀行引き落としのいずれか、双方合意した方法によります。現金徴収の場合、前月分請求書および利用明細書は手渡しとなります。

4 事業所の特色等

（1）事業の目的

通所リハビリテーションは、要支援者及び要介護者が、在宅等の生活を継続していくために在宅介護サービスに基づき、利用者の心身の維持・向上を図るため理学療法や作業療法、言語機能、摂食嚥下訓練、その他必要なリハビリテーションを提供させて頂きます。

（2）基本方針

1．利用者の選択によるサービスおよび心身の状態に応じたサービスに努めます

2．地域福祉のネットワークの一員として、サービスを提供します

（3）その他

項　目	内　容
通所リハビリテーション計画の作成及び事後評価	医師等の従業者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者・ご家族等の希望を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を診療記録に記載して利用者・ご家族等に説明のうえ交付します。
従業員研修	年4回

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当苦情等相談窓口	窓口責任者　濱田　益美 ご利用時間　営業日の8：30～17：00 ご利用方法　電話　(092)514－6134　FAX（092）514-6135 面接　当事業所内 その他　・福岡徳洲会介護センター　居宅介護支援事業所 電話　(092)513－6122 ・福岡徳洲会病院1F　ご意見箱設置場所
市町村の苦情等相談窓口	・春日市役所　高齢課　電話（092）584－1111 FAX（092）584－3090 ・大野城市役所　長寿支援課　電話（092）580－1860 FAX（092）572－8432 ・那珂川市役所　高齢者支援課　電話（092）953－2211 FAX（092）953－2312 ・博多区保健福祉センター　電話（092）441－2131 FAX（092）441－1455 ・南区保健福祉センター　電話（092）559－5125 FAX（092）512－8811 ・福岡県国民健康保険団体連合会　電話（092）642－7859 FAX（092）648－7856

6 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに当院救急外来へ搬入し、対応いたします。利用者の緊急連絡先（家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護事業者等へ連絡をします。

7　非常災害時の対策

<table>
<tr><td>非常時の対応</td><td colspan="4">福岡徳洲会病院災害対策マニュアルに沿って対応いたします。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">避難訓練及び防災設備</td><td colspan="4">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。</td></tr>
<tr><td>設備名称</td><td>個数等</td><td>設備名称</td><td>個数等</td></tr>
<tr><td>スプリンクラー</td><td>あり</td><td>消火器</td><td>１個所</td></tr>
<tr><td>自動火災報知機</td><td>あり</td><td>誘導等</td><td>２個所</td></tr>
<tr><td>消火用散水栓</td><td>あり</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">カーテンは防炎性能のあるものを使用しています。</td></tr>
<tr><td>消防計画等</td><td colspan="4">春日大野城消防署への届け
防火管理者：栗栖　雅幸</td></tr>
</table>

8　事故発生時の対応

（1）利用者が通所リハビリテーションサービスの提供中に事故が発生した場合は、市町村、当該利用者家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡すると共に緊急時以外は本人同意の上、必要な処置を講じます。

（2）事業者は、利用者に対する通所リハビリテーションにより賠償すべき事故が発生した場合は検討の上、損害賠償を行います。尚、その時の状況により全ての保証を行うものではなく事故内容により賠償額は変わります。

9　高齢者虐待防止

（1）高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の重要性を深めるとともに、適正な業務をいたします。

（2）高齢者虐待防止のための啓発活動及び虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力いたします。

１０　サービス提供にあたっては暴力団関係者の支配を受けません。

１１　サービス利用に当たっての留意事項

○　サービスご利用の際には、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証のご提示をお願いいたします。
○　ご契約後、他のサービスの追加や変更が望ましいと判断した場合はご提案いたします。
○　施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用をお願いいたします。
○　病院敷地内は、禁煙です。
○　携帯電話の使用につきましては他のご利用者様のご迷惑とならない範囲で、離れた場所でのご利用をお願いいたします。
○　施設内にて他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
○　お迎え時間は到着予定時刻 10 分前後の余裕をみてご準備をお願いいたします。15 分以上の時刻のずれがある場合は連絡いたします。（交通事情や他の利用者の事情によりお迎えの時間がずれる場合があります。）
○　マンション等、集合住宅にお住いの方は、あらかじめ送迎車の駐車スペースの確保を

お願いいたします。（苦情が出る場合があります。）

○ 悪天候時（大雨、降雪、台風等）は、利用者の安全の確保のため、営業を中止することがあります。その場合は事前に電話でご連絡いたします。また、状況に応じて送迎時間が変更になることがあります。

○ 体調が悪い時や天候不良時など、当事業所を休まれる場合の対応をご家族で検討されておかれますようにお願いいたします。

○ 感染症と思われる症状（発熱・下痢・嘔吐・咳等）がある場合や体調が思わしくない場合は公衆衛生上、蔓延いたしますのでご利用を控えて頂きます様にお願い致します。サービス利用中に疑わしい症状がみられた場合は速やかにご家族にご連絡いたしますので対応をお願いいたします。

○ 送迎を含め通所リハビリ利用時間中の受診（緊急な場合を除く）・薬の受け取り・散髪・買い物・ATM 利用・入院患者様へのお見舞い等は出来ないようになっております。また、職員による受診の付き添いや薬の受け取り、診療費支払いの代行はいたしません。

○ 貴重品は、紛失するなどトラブルになる恐れがありますのでお持ちにならないようにお願いいたします。やむなくご持参される場合は鍵付きのロッカーをご利用下さい。

○ 事業所内での食品をはじめ、利用者様同士の物の受け渡しはされませんようにお願いいたします。万が一そのようなことでトラブルが起こった場合は、当事業所は責任を負いかねます。

○ 内服薬、外用薬、点眼薬等の管理はご本人に管理していただくことが基本ですが、ご本人が管理できない場合は対応いたしますので申しつけ下さい。

○ 他の利用者様のご迷惑となるようなことが続く時（暴言・暴力）や職員の注意を聞き入れず、危険な行為をされるときには、リハビリを行うことが困難と思われますので契約の解消をさせて頂く場合があります。

○ 介護度の変更や法律の改正等により契約時の料金がその都度変更になりますことを、予めご了承ください。改正時にはご説明をいたします。

○ 職員の教育や業務の改善のため、録音や録画をさせて頂く場合があります。

１２　サービス利用に当たっての留意事項

介護事業者賠償責任保険について、以下に保険金額（支払い限度額）明細書を記します。

補償内容	保険金額（支払い限度額）
①身体障害・財物損壊	1 億円
②受託物の損壊	100 万円
③現金、貴重品の損壊	10 万円
④人権侵害・宣伝障害	1 億円
⑤経済損害	100 万円
⑥対人見舞費用	2 万円
⑦対物臨時費用	2 万円
⑧初期対応費用	500 万円
⑨争訟対応費用	1,000 万円

個人情報同意書

1　個人情報利用の目的

① 介護サービスの提供

・利用者様のリハビリ経過記録・効果判定のため

・質の向上や安全確保、事故未然防止のための分析や報告のため

・経過や予後調査、満足度調査、業務調査に対するアンケート調査のため

② 医療・介護連携

・利用者様が継続的によい医療・介護が受けられるように、利用者様と関わりのある職種（医師・介護支援専門員・セラピスト・看護師・介護福祉士等）と情報交換し意見や助言を求める、または相談や報告をするため

③ 病状・経過等の説明

・利用者様への医療や介護提供に際し、了解を得たご家族などへの病状、経過などの説明のため

④ 学会・研究、研修、検討会

・法人内で職員を対象とした研修・検討会にて利用するため

・学会や研究などで利用するため（この場合は個人が特定されないように匿名化します。匿名化が困難な場合には御本人に通知の上、同意を得ます。）

⑤ 介護保険請求業務

・介護保険請求業務（審査支払機関や保険者へのレセプト提出や照会への回答）、場合により未収金発生時にはその督促、回収業務に使用するため

⑥ その他

・賠償責任保険などに係る医療や福祉に関する専門団体、保険会社などへの相談または届け出

・第三者機関への質の向上・安全確保・医療（介護）事故対応・未然防止のための報告

2　条件

・個人情報の提供は必要最小限として、提供にあたって私と家族の個人情報は関係者以外の者に情報が漏れることがないように細心の注意をはらうこと。

取り扱うと想定される個人情報が記載されている書類およびデータ

例）診療情報提供書、通所リハビリテーション指示書、通所リハビリテーション計画書及び報告書、居宅サービス計画書及びサービス提供表、介護保険証（1 部コピーをとらせていただきます）、ビデオやカメラ画像、タブレット端末使用による動画や静止画など