

# 重要事項説明書

(介護予防)通所リハビリテーション

当事業所は介護保険の指定を受けています

## 1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人 道 志 社
- (2) 法人所在地 徳島県徳島市大原町余慶1番1
- (3) 電話番号 088-662-1014
- (4) 代表者氏名 理事長 鶴尾隆光

## 2. 事業所の概要

(1) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（以下：ご利用者という）がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持または向上を目指し、介護計画に沿って(介護予防)通所リハビリテーションを提供いたします。

(2) 開設(サービス開始) 平成 12 年4月1日

(3) 事業所の名称、所在地等

- 事業所名 小松島病院
- 事業所住所 小松島市田浦町近里 83-11
- 事業所指定番号 3610310108
- 電話番号 0885-33-2288
- 管理者 福本 常雄
- 提供人数 80名

(4) 営業日・時間

- 営業日 月～土曜日 12月31日～1月3日は除く。
- 営業時間 8時30分～17時30分

(5) サービスを提供する地域

小松島市 徳島市 阿南市 勝浦町

**3. 職員の配置状況**

(1) 管理者 1名 (常勤 1名)

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。

(2) 医師 1名以上 (常勤 1名以上)

医師は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うと共に、医師として利用者の心身の状況に応じて適切かつ妥当な診療及び指導を行う。

(3) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 法定必要人数以上

(4) 看護職員 法廷必要人数以上

(5) 介護職員 法廷必要人数以上

**4. 当事業所が提供するサービスの内容と利用料金**

当事業所が提供するサービスの内容と利用料金は別紙のとおりです。なお利用料金の変更があった場合は、改定後の料金に準じさせていただきます。

(居宅サービス契約書第5条1)

**5. お支払い方法**

1 ヶ月ごとに集計し、翌月の初旬に請求書をお渡しいたします。現金の場合は、窓口へお支払いください。また口座振替の場合は、毎月20日(土・日・祝日の場合は翌営業日)に引き落としさせていただきます。なお、引き落としにかかる手数料は、当事業所が負担いたします。

(居宅サービス契約書第5条2)

**6. 利用の中止、変更、追加等**

ご利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサー

ビスの利用を追加することができます。中止の場合は利用予定日の前日までに事業所または介護支援専門員に申し出てください。変更・追加の場合は介護支援専門員を通じて調整させていただきます。また事業所の都合等によりご希望する曜日にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能曜日をご利用者または介護支援専門員に提示して協議となります。

## 7. 損害賠償について

事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その賠償をします。但し、ご利用者の責めに帰すべき事由による場合には、この限りではありません。 (居宅サービス契約書第9条)

## 8. 緊急時の対応

通所リハビリテーションサービス提供中に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかにかかりつけ医及び介護支援専門員と連絡をとり、必要な措置を講じます。また緊急連絡先への連絡を行います。

(居宅サービス契約第10条)

## 9. 個人情報の使用について

利用者のための居宅サービス計画書に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議において、介護支援専門員とサービス事業者等の間で必要な場合、必要最低限の個人情報を利用させていただきます。

(居宅サービス契約書第11条)

## 10. 事故発生時の対応

(介護予防)通所リハビリテーションサービス提供中に事故が発生した場合には、速やかにご家族及び市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等に連絡

をとるとともに、必要な措置を講じます。 (居宅サービス契約書第 12 条)

## 11. 苦情等の受付

利用者が苦情を申し立てることにより、何らかの不利益をもたらすことはありません。 (居宅サービス契約書第 13 条3)

### (1) 当事業所における苦情等の受付

当事業所における苦情やご相談は以下で受け付けます。

・ 苦情受付 0885-33-2288

小松島病院 担当者：加藤雄太

・ 受付時間 毎週月曜日～土曜日 午前9時～午後5時まで

### (2) 行政機関の苦情受付機関

小松島市 介護福祉課	所在地 小松島市横須町1-1 電 話 0885-32-3507
徳島市役所 健康福祉部 高齢介護課	所在地 徳島市幸町2-5 電 話 088-621-5585
阿南市保健福祉部 介護保健課	所在地 阿南市富岡町徒トノ町12-3 電 話 0884-22-1793
勝浦町役場 福祉課	所在地 勝浦郡勝浦町大字久国字久保田3 電 話 0885-42-1502
徳島県国民健康保険団体連合会 介護保健課	所在地 徳島市川内町平石若松78-1 電 話 088-665-7205
徳島県長寿いきがい課	所在地 徳島市万代町1丁目1番地 電 話 088-621-2169

### (3) 苦情等の対応の内容(手順)

- 1) 苦情等の受付 (苦情等の内容を正確に把握する)
- 2) ミーティング (苦情等の内容を検討し、事実確認と原因究明を行う)
- 3) 説明 (把握した事実等について、分かりやすく説明する)
- 4) 情報共有 (事業所内、関係機関と情報共有を行う)
- 5) 記録及び保存 (苦情等の内容や対応経過を記録し、保存する)

## 12. 非常災害対策について

事業者は非常災害対策として、年2回以上の防災訓練を実施します。また非常災害発生時には、マニュアルに従い、関係機関と協力して対応します。

(居宅サービス契約書第 14 条)

通所リハビリテーション利用単位表

(1単位=10円)

利用料金の本人負担分は、『介護保険負担割合証』に明記されている割合となります。

大規模型通所リハビリテーション費（1回につき）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	357	388	415	445	475
2時間以上3時間未満	372	427	482	536	591
3時間以上4時間未満	470	547	623	719	816
4時間以上5時間未満	525	611	696	805	912
5時間以上6時間未満	584	692	800	929	1,053
6時間以上7時間未満	675	802	926	1,077	1,224
7時間以上8時間未満	714	847	983	1,140	1,300

原則、加算されるもの

科学的介護推進体制加算		1月につき	+40
移行支援加算		1日につき	+12
サービス提供体制加算(Ⅲ)		1回につき	+6
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	+ 所定単位数×83/1000		

必要に応じて加算・減算されるもの

理学療法士等体制強化加算		1時間以上2時間未満	1日につき	+30
リハビリテーション 提供体制加算		3時間以上4時間未満	1日につき	+12
		4時間以上5時間未満	1日につき	+16
		5時間以上6時間未満	1日につき	+20
		6時間以上7時間未満	1日につき	+24
		7時間以上	1日につき	+28
リハビリテーション マネジメント加算	イ	同意日の属する月から6月以内	1月につき	+560
		同意日の属する月から6月超	1月につき	+240
	ロ	同意日の属する月から6月以内	1月につき	+593
		同意日の属する月から6月超	1月につき	+273
	ハ	同意日の属する月から6月以内	1月につき	+793
		同意日の属する月から6月超	1月につき	+473
	当院医師が利用者又は家族に対して 説明し、同意を得た場合	1月につき	+270	

短期集中個別 リハビリテーション実施加算		起算日から3月のみ かつ週2回以上の利用	1日につき	+110
入浴介助加算（Ⅰ）			1日につき	+40
中重度者ケア体制加算		要介護3以上の実人数または延人数 の割合が一定数以上達した場合	1日につき	+20
送迎未実施減算		当院が送迎を行わない場合	片道につき	-47
重度療養管理加算		要介護3以上で対象疾患者	1日につき	+100
退院時共同指導加算			1回につき	+600
生活行為向上 リハビリテーション実施加算		利用開始月から6月以内	1月につき	+1,250
栄養アセスメント加算			1月につき	+50
栄養改善加算		月2回を限度	1回につき	+200
口腔・栄養 スクリーニング加算	（Ⅰ）	6月に1回を限度	1回につき	+20
	（Ⅱ）	6月に1回を限度	1回につき	+5
口腔機能向上加算	（Ⅰ）	月2回を限度	1回につき	+150
	（Ⅱ）イ	月2回を限度	1回につき	+155
	（Ⅱ）ロ	月2回を限度	1回につき	+160
高齢者虐待防止未実施措置減算 （当院が厚生省の定める基準を満たさなかった場合）			- 所定単位数×1/100	
業務継続計画未実施減算 （当院が厚生省の定める基準を満たさなかった場合）			- 所定単位数×1/100	
感染症および災害の発生を理由とする 利用者数の減少が一定以上生じている場合			+ 所定単位数×3/100	

## 予防通所リハビリテーション費 単位表

(1単位=10円)

利用料金の本人負担分は、『介護保険負担割合証』に明記されている割合となります。

### 予防通所リハビリテーション費 (1月につき)

	基本単位	開始日から12月を超えて要件を満たさなかった場合
要支援1	2,268	2,148
要支援2	4,228	3,988

### 原則、加算されるもの

科学的介護推進体制加算		1月につき	+40
サービス提供体制加算(Ⅲ)	要支援1	1月につき	+24
	要支援2	1月につき	+48
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	+ 所定単位数×83/1000		

### 必要に応じて加算・減算されるもの

退院時共同指導加算		1回につき	+600
栄養アセスメント加算		1月につき	+50
栄養改善加算		1月につき	+200
口腔・栄養スクリーニング加算	(Ⅰ)	6月に1回を限度	1回につき +20
	(Ⅱ)	6月に1回を限度	1回につき +5
口腔機能向上加算	(Ⅰ)		1回につき +150
	(Ⅱ)		1回につき +160
一体的サービス提供加算		1月につき	+480
高齢者虐待防止未実施措置減算 (当院が厚生省の定める基準を満たさなかった場合)	- 所定単位数×1/100		
業務継続計画未実施減算 (当院が厚生省の定める基準を満たさなかった場合)	- 所定単位数×1/100		

## 実費負担料金

〈通所リハビリテーション・予防通所リハビリテーション共通〉

利用すると、実費でご負担いただくもの（税込）

食費		450円／1食
おむつ代	尿パット（小）	35円／1枚
	尿パット（大）	55円／1枚
	サラケア・ハント	37円／1枚
	紙パンツ（普通）	80円／1枚
	紙パンツ（1L）	204円／1枚
	紙オムツ（前開きテープ式）	110円／1枚
からだ拭き		254円／1パック
作業療法に使用する材料費		

- ※ お食事が不要な場合は、当日11時までにご連絡ください。直前のお断りについては実費を頂く場合がございます。
- ※ ご利用者様またはご家族様の選定により、限度額を超えてのサービスを提供する場合は、オーバーする単位数×10をいただきます。
- ※ その他、上記以外において、ご利用者様に実費負担が発生する場合は、緊急時を除き事前にご連絡させていただきます。



<別紙>

## 個人情報の利用目的

当事業所では、利用者さま及びご家族からご提供いただいた個人情報を以下に例示する、利用者さまに対する医療・介護サービスの提供、医療・介護保険事務等の目的に特定して利用させていただきます。

### 1. 当院内部での使用

- 利用者さま等に提供する医療・介護サービス
- 医療・介護保険事務、会計等
- 当院において行われるカンファレンス・症例検討

### 2. 他の事業者等への情報提供

- 他の病院、診療所、薬局、介護保険施設、居宅介護支援事業所等との連携
- 他の医療機関からの照会への回答
- 診療にあたり外部の医師等の意見・助言を求める場合
- 家族への病状説明

### 3. 医療・介護保険事務等

- 支払機関へのレセプト請求
- 審査支払機関又は保険者からの照会への回答

### 4. 上記以外の利用目的

- 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 当院内部において行われる学生・研修医等の実習への協力
- 医療関連の研究会、学会への報告（個人を特定できない情報）