

〈 通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 〉

# 重要事項説明書

社会医療法人 山弘会

上山病院デイケア施設

大阪府寝屋川市秦町 2 番 11 号

TEL 072-880-6060

# 上山病院デイケア施設 通所リハビリテーション 重要事項説明書

< 年 月 日現在 >

社会医療法人山弘会が設置する上山病院デイケア施設(以下、「事業所」という)は、利用者に対して通所リハビリテーションサービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定「要介護」と認定された方が対象となります。

## 1 通所リハビリテーション事業者(法人)の概要

法人種別及び名称	社会医療法人 <small>サンヨウカイ</small> 山弘会
代表者名及び役職名	理事長 <small>コバヤシ スズル</small> 小林 卓
主たる事業所の所在地連絡先	(所在地) 大阪府寝屋川市 <small>ハダチヨウ</small> 秦町15番3号 (電話) 072-825-2345 (FAX) 072-825-3988

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所の名称等

事業所の種類	指定通所リハビリテーション事業所
事業所の指定番号	2770300644
事業所の名称	<small>ウエヤマ</small> 上山病院デイケア施設
事業所の所在地連絡先	(所在地) 大阪府寝屋川市秦町2番11号 (電話) 072-880-6060 (FAX) 072-880-6060 072-880-6031
管理者の氏名	小川 良二

### (2) 事業所の運営方針

事業の目的	本事業所において実施する通所リハビリテーションサービスの適正な運営を確保する為に、必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、看護職員、介護職員等が、要介護状態の利用者に対し、適切な通所リハビリテーションサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	(1) 本事業所が実施する通所リハビリテーションサービスは、利用者が要介護状態となった場合においても、心身の状況、病歴を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事ができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行う事により、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとします。 (2) 通所リハビリテーションサービス提供にあたっては、利用者の所在する保険者(市区町村等)、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事

	業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。 (3) 前 2 項の他、「寝屋川市指定居宅サービス事業者等の指定並びに指定居宅サービス等の事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例」(寝屋川市条例第 55 号)の規定に定める内容を遵守し事業を実施するものとします。
--	---

### (3)営業日および営業時間

	月曜日～土曜日
受付時間	8:45～17:00
サービス提供時間	9:00～17:00

当事業所は 12 月 31 日から 1 月 3 日の営業を致しておりません。また受付時間外にお問い合わせ頂きましたら、対応できない場合がございますので、予めご了承下さい。

### (4)サービス従事者の配置状況

当事業所では、利用者に対して通所リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下のサービス従事者を配置しています。

※ サービス従事者の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	員数
管理者	1 名(兼務)
医師	常勤 2 名
看護師	常勤 1 名、非常勤 1 名、非常勤専従 1 名
理学療法士	常勤 1 名、非常勤 7 名
作業療法士	常勤 1 名
介護職員	常勤 2 名、非常勤 19 名
事務員	1 名(兼務)

### (5) 通常の事業の実施地域

寝屋川市の区域とします。

※ ここに定めるものは寝屋川市の区域外に送迎を行えないということではありません。

## 3 提供する通所リハビリテーションサービスの内容と利用料等

### (1)概要

医師、理学療法士、作業療法士、看護職員、介護職員等が共同して利用者毎に個別のリハビリテーション計画を作成し、送迎機能訓練、健康チェック、個別リハビリテーション、集団レクリエーション、社会適応訓練、入浴、食事等を提供します。

### (2)サービスの利用に関する留意事項

ア. 通所リハビリテーション計画の作成及び事後評価(契約書第 3 条参照)

医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員等が、利用者の直面している課題等を評価し、医師の指示及び利用者の希望を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。また、利用者に説明し、同意を得て交付します。

#### **イ. 居宅介護支援事業者等との連携(契約書第4条参照)**

事業者は、利用者に対して通所リハビリテーションサービスを提供するにあたり、利用者が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

#### **ウ. 利用者の協力義務(契約書第5条参照)**

利用者及び家族等は、通所リハビリテーションサービスを提供するにあたり、可能な限り協力をする事とし、サービス従事者の指示に従ってサービスの提供を受けるものとします。また、通所リハビリテーションサービス利用中に、気分が悪くなったり、体調に変化を感じたりした時は速やかにサービス従事者に申し出るものとします。

#### **エ. サービス提供の記録(契約書第4条参照)**

事業者は、サービス提供記録をつけることとし、完結の日から5年間保管します。契約者及び家族等は、必要がある場合、事業者に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、事業者の業務に支障のない時間に行うこととします。

#### **オ. 守秘義務、個人情報の保護(契約書第9条参照)**

- ① 事業者及びサービス従事者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び家族等の情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。ただし、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合等、医療機関・行政機関等に必要最低限の範囲で情報を提供します。情報を保持する義務は、契約終了後も持続します。
- ② 事業者は、利用者及び家族等から予め個人情報使用同意書を得ない限り、当該者の個人情報を用いません。個人情報保護の利用目的は、個人情報使用同意書に記載します。
- ③ 事業者は、利用者及び家族等に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報及び伝送情報を含む)については、事業所管理者が責任を持って管理し、処分の際にも第三者に漏洩しないよう処置を行います。

#### **カ. 虐待防止の取り組み(契約書第10条参照)**

- ① 虐待を防止するためのサービス従事者に対する研修を実施します。
- ② 利用者及び家族等からの相談受付体制の整備をします。
- ③ その他虐待防止のために必要な措置を講じます。
- ④ 本事業所は、サービス提供中に、当該事業所サービス従事者又は養護者(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、速やかにこれを市町村に通報します。

### **(3)利用料等(契約書第8条参照)**

#### **ア. 介護保険給付サービス**

下記の利用料金表によって、サービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い頂きます。利用者の負担額については、介護保険負担割合証に応じたご負担となります。

○ 通常模型通所リハビリテーション費

提供時間	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	3 9 3 3円	4 2 4 2円	4 5 7 3円	4 8 8 2円	5 2 3 4円
2時間以上 3時間未満	4 0 8 2円	4 6 7 9円	5 3 0 8円	5 9 1 6円	6 5 2 3円
3時間以上 4時間未満	5 1 8 0円	6 0 2 2円	6 8 5 4円	7 9 2 0円	8 9 7 5円
4時間以上 5時間未満	5 8 9 4円	6 8 4 3円	7 7 8 1円	8 9 9 7円	1 0 2 0 1円
5時間以上 6時間未満	6 6 3 0円	7 8 6 7円	9 0 8 2円	1 0 5 2 1円	1 1 9 3 9円
6時間以上 7時間未満	7 6 2 1円	9 0 6 1円	1 0 4 5 7円	1 2 1 2 0円	1 3 7 5 1円
7時間以上 8時間未満	8 1 2 2円	9 6 2 5円	1 1 1 5 0円	1 2 9 5 1円	1 4 7 0 0円

※ 提供時間数は、実際のサービス利用時間ではなく、居宅サービス計画に定める時間数によるものです。

○ 加算

種類	利用料
<b>理学療法士等体制強化加算(1日につき)</b> 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置が基準を満たしているうえでサービス提供時間が1時間以上2時間未満の利用者を対象に加算されます。	319円
<b>リハビリテーション提供体制加算(1回につき)</b> サービス提供時間内において配置されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の合計数が基準を満たしている場合に加算されます。 (利用時間により料金が異なる為、以下、参照のこと。)	
<b>リハビリテーション提供体制加算 1 (3時間以上4時間未満)</b>	127円
<b>リハビリテーション提供体制加算 2 (4時間以上5時間未満)</b>	170円
<b>リハビリテーション提供体制加算 3 (5時間以上6時間未満)</b>	213円
<b>リハビリテーション提供体制加算 4 (6時間以上7時間未満)</b>	255円
<b>リハビリテーション提供体制加算 5 (7時間以上)</b>	298円
<b>サービス提供体制強化加算 I (1日につき)</b> 厚生労働省が定める基準(介護職員のうち介護福祉士が70%以上もしくは金属10年以上の介護福祉士が25%以上)に適合している	234円
<b>入浴介助加算 I (1回につき)</b> 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助 入浴サービス提供中に見守り援助を行い、必要に応じて介助、転倒予防を行います。	426円

種類	利用料
<p><b>入浴介助加算Ⅱ(1回につき)</b> 各居宅の浴室環境を確認、評価し必要に応じて浴室の環境整備等に係る助言を行う個別の入浴計画を作成し入浴計画に沿った入浴介助、見守りを転倒予防に留意し行う</p>	639円
<p><b>リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (1月につき)</b> 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種が協働し1月に1度リハビリテーション会議を開催する。 通所リハビリテーション計画を利用者又は家族に説明し利用者の同意を得た日の属する月から6ヶ月以内の期間のリハビリテーションの質を管理する。 利用者ごとに多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを実施し解決すべき課題の把握を行う。 リハビリテーション計画等の内容の情報を厚生労働省に提出し適切かつ有効なリハビリテーション実施の為に必要な情報を活用する。</p>	8453円
<p><b>リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (1月につき)</b> 上記要件において6ヵ月以降より算定(リハビリテーション会議は3ヶ月に1度)</p>	5042円
<p><b>短期集中個別リハビリテーション実施加算(1日につき)</b> リハビリテーションマネジメント加算の対象となる方で、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内に集中的に個別リハビリテーションを行った場合加算されます。</p>	1172円
<p><b>重度療養加算(1回につき)</b> ストマ、褥瘡、PEG、頻回な吸引を施行した際に加算されます。</p>	1066円
<p><b>口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ(6ヵ月に1回を限度とする)</b> 6ヵ月ごとに利用者の口腔の健康状態、及び栄養状態について確認を行い当該情報を介護支援専門員に提供する</p>	213円
<p><b>口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ(6ヵ月に1回を限度とする)</b> 栄養改善加算・口腔機能向上加算・栄養アセスメント加算のいずれかを算定している際に口腔の健康状態と栄養の健康状態のいずれかの確認を行い当該情報を介護支援専門員に提供する。</p>	53円
<p><b>口腔機能向上加算Ⅱ(イ)</b> (口腔・栄養スクリーニング実施から3ヶ月以内、月2回を限度とする) 口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者を対象とする。 加えて口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し口腔機能向上サービス実施にあたって当該情報その他、口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用する。言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置している。</p>	1652円

種類	利用料
<b>栄養アセスメント加算(1月につき) ※必要と判断された者のみを対象とする。</b> 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。 利用者ごとに管理栄養士、看護職員、生活相談員その他職種の者が協働して栄養アセスメントを実施し当該利用者又はその家族に対して結果説明し相談等に必要に応じ対応する。 利用者ごとの栄養状態の情報を厚生労働省に提出し栄養管理の実施にあたって当該情報その他、栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する。	533円
<b>栄養改善加算(3ヶ月以内、月2回を限度とする)</b> 栄養改善サービスの提供が必要と判断される者を対象とし必要に応じ居宅を訪問する。	2132円
<b>退院時共同指導加算(1回につき)</b> 通所リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し共同指導を行い、通所リハビリテーション計画に反映した場合に算定	6396円
<b>科学的介護推進体制加算(1月につき)</b> 利用者のADL値、栄養状態、口腔機能等を調査し心身の状況等に係る情報を厚生労働省に提出する。	426円
<b>送迎減算</b> 通所リハビリテーション計画に基づき送迎を行わない場合は減算されます。	-501円
<b>介護職員等処遇改善加算Ⅱ</b>	8.3%

#### イ. 介護保険給付外サービス

種類	利用料
<b>食事提供に係る費用</b>	620円
<b>交通費</b> 通常の事業の実施地域(寝屋川市の区域)にお住まいの方は無料です。 お支払いが困難な場合は別途協議により免除される事があります。 (1) 事業所から片道5キロメートル未満 (2) 事業所から片道5キロメートル以上	250円 500円
<b>日常生活上必要となる諸費用実費</b> 日常生活品の購入代金等、契約者の日常生活に要する費用で契約者にご負担頂く事が適当であるものにかかる費用をご負担頂きます。 (1) おむつ代 (2) その他	

#### ウ. 利用料等の計算期間とお支払い方法

事業者は、上記利用料等の所定の利用者負担額を、1ヶ月毎(月末締め)に計算し、利用月の翌月末日までに、利用者に請求書(利用明細付属)により請求します。

なお、事業者は利用者からの支払いを受けたときは、利用者宛ての領収書を発行します。

※ 領収証は税金の所得控除(医療費控除)を受ける際に必要になります。再発行は致しませんので、紛失することのないよう保管をお願いします。

領収書紛失時は、領収証明書を有料で発行します。

#### 【利用料等の支払方法】

原則、口座振替によるお支払いとなります。

#### ※ 支払い義務(契約書第 8 条、第 12 条、第 19 条参照)

利用者は、所定の料金を請求書に定める期日内(通常は利用月の翌々月末日)に支払うものとします。  
支払義務は契約終了後も継続します。

### 4 利用者相談窓口(契約書第 6 条参照)

#### ア. 当事業所における相談の受付

当事業所におけるご相談は以下の窓口で受付けています。

- 渡邊 裕二 (上山デイケア内 072-880-6060)
- 小川 良二 (上山病院内 072-825-2345)
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日 9:00～17:00(但し、休日・祝日・別に定める年末年始は除きます)

#### イ. 行政機関その他受付先

<b>【市町村の窓口】</b> 寝屋川市高齢介護室	<b>所在地</b> 大阪府寝屋川市池田西町28番22号 <b>電話番号</b> 072-838-0518 <b>FAX番号</b> 072-838-0102 <b>受付時間</b> 平日 9:00～17:30
<b>【公的団体の窓口】</b> 大阪府 国民健康保険団体連合会	<b>所在地</b> 大阪府大阪市中央区常盤町一丁目3番8号 <b>電話番号</b> 06-6949-5418 <b>受付時間</b> 平日 9:00～17:00

### 5 緊急時における対応方法(契約書第 7 条参照)

サービス提供中に、利用者に病状の急変等があった場合は、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医等に連絡を行い、指示を求めます。

また、緊急連絡先(ご家族等)、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を行います。

主治医	病院名及び所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	
	電話番号	

	氏名(続柄)	
	電話番号	
	氏名(続柄)	
	電話番号	

## 6 損害賠償について(契約書第 16 条～第 18 条参照)

当事業所において、事業者の責任により、利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。守秘義務・個人情報保護に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合や、利用中必要のない多額の現金や貴重品を持ち込み紛失又は破損させた場合、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

## 7 通所リハビリテーションサービスの利用をやめる場合

### (1)契約の終了事由(契約書第 11 条参照)

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 7 日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用する事ができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ① 要介護認定により利用者の心身の状況が自立又は要支援と判断された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失<sup>めっしつ</sup>や重大な毀損<sup>きそん</sup>により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下(2)をご参照下さい。)
- ⑤ 事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下(3)をご参照下さい。)
- ⑥ 利用者が死亡した場合

### (2)利用者からの解約・契約解除(契約書第 12 条参照)

契約の有効期間であっても、利用者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに通知を行って下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約することができます。

- ① 利用者が入院した場合
- ② 利用者の居宅サービス計画が変更された場合
- ③ 事業者又はサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ④ 事業者又はサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者又は他の利用者が故意又は過失により、利用者の身体・信用等を傷つけた場合又は傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

### (3)事業者からの契約解除の申し出(契約書第 13 条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させて頂く事があります。

- ① 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② 利用者によるサービス利用料金の支払いが30日以上遅延し、相当期間(60日)を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
- ③ 利用者又は家族等が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者の生命・身体・財物信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うこと等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うこと等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を発生させている場合。

## 8 施設

### (1)施設・設備利用上の注意

- ・ 施設、設備、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・ 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者の自己負担により現状に復していただくか、又は相当の対価をお支払頂く場合があります。
- ・ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- ・ 当事業所へは飲食物の持ち込みはご遠慮願います。
- ・ 当事業所利用中は多額の現金・貴重品は紛失・破損の恐れがありますのでご遠慮願います。万が一破損や紛失がありましても、事業者又はサービス従事者の、故意または重大な過失に起因するものでない場合賠償致しかねます。

### (2)送迎の人員体制

- ・ 送迎は、運転手 1名、助手 原則1名を配置するものとします。

### (3)サービスの第三者評価の実施状況

- ・ 第三者評価の実施状況 : 無
- ・ 実施した直近の年月日 :
- ・ 実施した評価機関の名称:
- ・ 評価結果の開示状況 :

9 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、利用者に説明を行いました

<b>事業者</b>	所在地	大阪府寝屋川市秦町15番3号
	法人名	社会医療法人 山弘会
	代表者名	理事長 小林 卓
	事業所名	上山病院デイケア施設
	説明者名	渡邊 裕二

上記の内容の説明を事業者から確かに受けました

<b>利用者</b>	住所	
	氏名	
<b>代理人</b>	住所	
	氏名	