

平内町国民健康保険 平内中央病院 (介護予防) 通所リハビリテーション 重要事項説明書

「平内町国民健康保険 平内中央病院」の指定通所リハビリテーションおよび指定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）サービスの提供にあたっての重要事項は次のとおりです。

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている通所リハビリサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 通所リハビリサービスを提供する事業者について

(1) 事業所の名称・所在地等

| | |
|------------|---------------------------------|
| 事業所 | 平内町国民健康保険 平内中央病院 通所リハビリテーション |
| 所在地 | 東津軽郡平内町小湊字外ノ沢 1-1 |
| 電話番号 | 017-755-2131 |
| FAX番号 | 017-755-2233 |
| 事業所番号 | 0212010748 |
| 通常サービス提供地域 | 平内町 |

(2) 事業所の職員体制

| 職名 | | 業務内容 |
|-------------|----------|---------------------------------|
| 医師（兼務） | | 通所リハビリの指示、リハビリ計画の作成など |
| 管理者（兼務） | | 従業者・業務の管理 |
| 理学療法士・作業療法士 | 1名 以上 | 通所リハビリの業務 医師と協同してリハビリ計画の作成など |
| 言語聴覚士（兼務） | | |

(3) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 平内町国民健康保険平内中央病院が行う指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの事業（以下、「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護又は要支援状態にある高齢者（以下「利用者」という。）に対し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーション（以下「指定通所リハビリテーション等」という。）を行い、利用者の心身の特性を踏まえ、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう居宅サービスを提供することを目的とする。 |
|-------|---|

| | |
|-----------------------|--|
| 運 営 の 方 針 | <p>利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を行うものとする。</p> <p>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立ったサービス提供に努めるものとする。</p> <p>事業の実施に当たっては、関係市町村、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講ずるものとする。</p> |
|-----------------------|--|

(4) 相談窓口の営業日及び営業時間

| | |
|---------|--|
| 相 談 窓 口 | 平内町国民健康保険 平内中央病院 通所リハビリテーション TEL : 017-755-2131 |
| 営 業 日 | 月曜日～金曜日 |
| 営 業 時 間 | 午前8時15分から午後5時00分 |
| 休 業 日 | 土曜日・日曜日・祝祭日・12月29日から1月3日 |

(5) サービス提供可能な日と時間帯

| | |
|----------|--------------------------|
| サービス提供日 | 月曜日～金曜日 |
| サービス提供時間 | 午前8時30分から午後5時00分 |
| 休 業 日 | 土曜日・日曜日・祝祭日・12月29日から1月3日 |

2 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類 | サ ー ビ ス の 内 容 |
|---------------------------------------|---|
| 通所リハビリテーション および 介護予防通所リハビリテーション | <p>指定通所リハビリテーション等は、利用者の心身の状態及び生活環境を踏まえて、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、事業所医師及び主治医の診療による指示又は診療情報提供による指示に基づき、作成した通所リハビリテーション計画等に沿って実施する。</p> <p>指定通所リハビリテーション等の提供に当たっては、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、通所リハビリテーション計画等の修正を行い、主要な事項について利用者又はその家族に理解しやすいよう指導又は説明を行う。</p> <p>指定通所リハビリテーション等を実施した場合は、終了後速やかに、実施日時、実施したリハビリテーションの要点及び担当者の氏名を記録する。要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法、言語療法その他必要なリハビリを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。</p> |

(2) 職務内容について

| 職 | 職務内容 |
|-------------------------|--|
| 医師 | 利用者の身体機能の維持又は向上のため、リハビリテーションの提供を行うにあたり、診療を行い、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に指示をすること及び利用者の健康管理及び保健衛生の指導を行うものとする。 |
| 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 医師の指示及び通所リハビリテーション計画又は介護予防通所リハビリテーション計画（以下「通所リハビリテーション計画等」という。）に基づき、利用者の居宅において、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法等により、指定通所リハビリテーション等を行うものとする。 |

(3) 通所リハビリの禁止行為

通所リハビリ事業者はサービス提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(4) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

※利用者様負担額は、介護保険負担割合『1割』での計算となっております。

※利用者により介護保険負担割合は異なりますので（『1割』、『2割』、『3割』）、介護保険負担割合証をご確認ください。

<介護予防通所リハビリテーション費>

| 要介護度 | 単位数 | 利用者負担額 | 備考 |
|-------------|-----------|----------|----|
| 要支援1 | 2268 単位/月 | 2268 円/月 | |
| 要支援2 | 4228 単位/月 | 4228 円/月 | |
| 加算 | 単位数 | 利用者負担額 | 備考 |
| 退院時共同指導加算 | 600 単位/回 | 600 円/回 | |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 単位/月 | 40 円/月 | |

<通所リハビリテーション費>

| 要介護度 | 単位数 | 利用者負担額 | 備考 |
|------|----------|---------|----|
| 要介護1 | 369 単位/回 | 369 円/回 | |
| 要介護2 | 398 単位/回 | 398 円/回 | |
| 要介護3 | 429 単位/回 | 429 円/回 | |
| 要介護4 | 458 単位/回 | 458 円/回 | |
| 要介護5 | 491 単位/回 | 491 円/回 | |

| 加算 | 単位数 | 利用者負担額 | 備考 |
|-----------------------|----------|---------|------------------------|
| 退院時共同指導加算 | 600 単位/回 | 600 円/回 | |
| リハビリテーションマネジメント加算 (イ) | 560 単位/月 | 560 円/月 | |
| 7 か月以降 | 240 単位/月 | 240 円/月 | |
| リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) | 593 単位/月 | 593 円/月 | |
| 7 か月以降 | 273 単位/月 | 273 円/月 | |
| 医師による計画の説明 | 270 単位/月 | 270 円/月 | |
| 短期集中個別リハビリ実施加算 | 110 単位/日 | 110 円/日 | 退院 (所) 日又は認定日から 3 か月以内 |
| 認知症短期集中リハビリ実施加算 (I) | 240 単位/日 | 240 円/日 | 退院 (所) 日又は開始日から 3 か月以内 |
| 移行支援加算 | 12 単位/日 | 12 円/回 | |

※短期集中リハビリ加算は利用者に対して、集中的に訪問リハビリを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。退院 (所) 日又は新たに要介護認定を受けた日から起算して 3 か月以内の期間に算定します。
 ※認知症短期集中リハビリ実施加算は、認知症であると医師が判断した利用者に対して、集中的に訪問リハビリを行うことが効果的であると認められる場合に加算します。退院 (所) 日又は開始日から起算して 3 か月以内の期間に算定します。
 ※リハビリマネジメント加算は、「継続的なサービスの質の管理」を通じ、適切なリハビリを提供できるよう要件を満たした場合に算定します。利用者に対して、医師が計画の説明をした場合には加算されます。
 ※退院時共同指導加算は、利用者が退院する際に退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に初回訪問リハビリを行った場合に、当該退院 1 回に限り算定します。
 ※科学的介護推進体制加算は、利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、LIFE を使用し厚生労働省に提出した場合に算定します。

3 その他の費用について

| | | |
|--------|--|------------------------------------|
| キャンセル料 | サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。 | |
| | 24 時間前までのご連絡の場合 | キャンセル料は不要です |
| | 12 時間前までにご連絡のない場合 | 1 提供当りの料金のうち 10% (自己負担分) を請求いたします。 |
| | ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 | |

4 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合) その他の費用の請求及び支払い方法について

| | |
|--|---|
| ① 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等 | ア 利用料利用者負担額 (介護保険を適用する場合) 及びその他の費用の額はサービス提供ごとに利用者様の介護保険負担割合に応じて計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月の初回利用日に利用者あてお届けします。 ※都合により、請求が遅れる場合がありますのでご了承ください。 |
| ② 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等 | ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、お支払い下さい。 イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。) |

※利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合) 及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

5 サービスの提供にあたって

(1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

(2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

(3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、通所リハビリ計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

(4) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行いません。

6 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|---------------------------------|--|
| <p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <p>①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>②事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④また、この秘密を保持する義務は、退職した後においても継続します。</p> |
| <p>② 個人情報の保護について</p> | <p>①事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>②事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> <p>③事業者は、個人情報の利用にあたっては、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用とする。</p> |
| <p>③ 個人情報を使用する際の留意事項</p> | <p>①事業者は、利用者のための居宅サービス計画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、リハビリ会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合、個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあ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います。</p> <p>②個人情報を使用した会議、内容などについては経過を記録いたします。</p> |

7 事故発生時の対応方法について

利用者に対する通所リハビリの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する通所リハビリの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| |
|----------------------------------|
| 保険会社名：全国自治体病院協議会 保険名：病院賠償責任保険 |
|----------------------------------|

8 身分証携行義務

通所リハビリを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

9 心身の状況の把握

通所リハビリの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

10 居宅介護支援事業者等との連携

通所リハビリ計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

11 サービス提供の記録

(1) 事業者は、通所リハビリの実施にあたっては利用者からサービス実施の確認を受けます。

(2) 事業者は、サービスを実施した際はその提供記録を作成するとともに、サービス終了後5年間保管します。

(3) 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する上記(2)のサービス提供記録を閲覧できます。

(4) 利用者は、当該利用者に関する上記(2)のサービス提供記録の複写物の交付を受けることができます。

12 衛生管理等

① サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

② 指定通所リハビリ事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

③ 感染対策、医療安全対策については、院内で定める規定をもとに対応いたします。

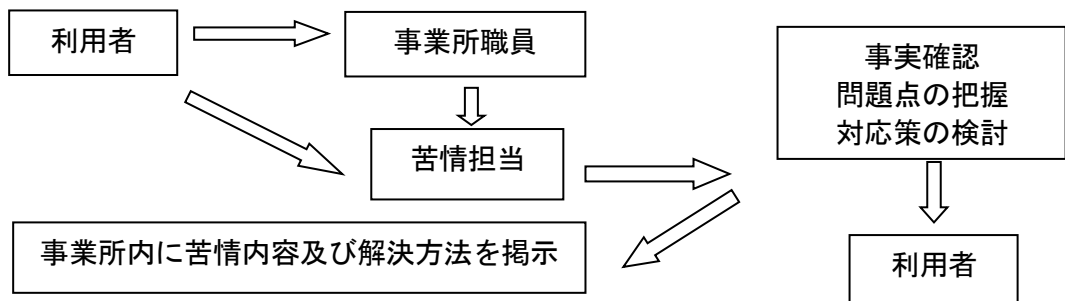
1 3 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した通所リハビリに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。当事業所の提供したサービスに対して、不満や苦情がある場合には、どんな些細な事でも構いませんので、次の窓口までお申しつけ下さい。

| | |
|------|--|
| 相談窓口 | 平内町国民健康保険 平内中央病院 地域医療福祉連携室 TEL：017-755-2131 |
| 電話番号 | 017-755-2131 |
| 営業日 | 月曜日～金曜日 |
| 営業時間 | 午前8時15分から午後5時00分 |
| 休業日 | 土曜日・日曜日・祝祭日・12月29日から1月3日 |

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします
処理手順



ウ その他

当事業所以外にお住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口にて苦情を伝えることができます。

平内町役場福祉介護課

電話番号 017-755-2114

青森県国民健康保険団体連合会

電話番号 017-723-1336

14 通所リハビリサービスの見積もりについて

(1) 提供予定の指定通所リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

| 曜日 | 時間帯 | サービス内容 | 利用料 | 利用者負担額 |
|--------|-----------|----------------------|-----|--------|
| 月 | | | | |
| 火 | | | | |
| 水 | | | | |
| 木 | | | | |
| 金 | | | | |
| | | | | |
| その他の費用 | | 退院時共同指導加算 | | |
| | | リハビリテーションマネジメント加算（イ） | | |
| | | 7か月以降 | | |
| | | リハビリテーションマネジメント加算（ロ） | | |
| | | 7か月以降 | | |
| | | 医師による計画の説明 | | |
| | | 短期集中個別リハビリ実施加算 | | |
| | | 認知症短期集中リハビリ実施加算 | | |
| | | 移行支援加算 | | |
| | | 科学的介護推進体制加算 | | |
| | 送迎減算 1回/日 | | | |

(2) その他の費用

| | |
|--------|--------------------|
| キャンセル料 | 重要事項説明書3に記載のとおりです。 |
|--------|--------------------|

(3) 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

| | |
|----------|----------------|
| お支払い額の目安 | 円(回) (負担割合 割) |
|----------|----------------|

※ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

また、お支払額は、介護保険負担割合に応じた金額になります。