

医療法人社団菅病院

通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）重要事項説明書

1 事業者

事業者の名称	医療法人社団菅病院
事業者の所在地	岡山県井原市井原町124番地
法人種別	医療法人社団
代表者名	溝口 博喜
電話番号	0866-62-2876 FAX0866-62-6301

2 ご利用施設

施設の名称	医療法人社団菅病院
施設の所在地	岡山県井原市井原町124番地
施設長	溝口 博喜
電話番号	0866-62-2876 FAX0866-62-6301

3 事業の目的と運営の方針

（事業の目的）

医療法人社団・菅病院が、通所リハビリテーション施設にて行う事業の適正な運営を確保するために、人員および運営管理に関する事項を定め、施設の理学療法士その他の事業者が、要介護状態または要支援状態にあり、かかりつけの医師が指定通所リハビリテーションの必要を認めた者に対して、適正な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

（運営の方針）

- 1 施設の職員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図ると共に、生活の質の確保を重視した、在宅療養が継続してできるように支援する。
- 2 事業の実施に当たっては、関係市町、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。

4 職員体制

管理者	1名
医師	1名以上
理学療法士	1名以上
介護職員	2名以上

5 営業日及び利用定員

営業日	月・火・水・木・金・土曜日（ただし12月31日～1月3日と国民の祝日を除く）
営業時間	午前9時から午後5時まで 希望により1時間の延長可能
利用定員	1日20名

6 実施地域

旧井原市、芳井町与井・梶江・築瀬・吉井

7 通所リハビリテーションの概要

機能回復訓練・・・各利用者の状況に適した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
日常生活動作訓練・・・食事・入浴・排泄・着替えなどの日常生活動作の援助を行うと共に、自立に向けて訓練を行います。
レクリエーション・・・レクリエーション指導資格を有するものにより、

適宜レクリエーションを行うよう配慮いたします。

健康管理・・・医師により、利用者の健康管理に努めます。また緊急など必要な場合には主治医あるいは協力医療機関などに責任を持って引き継ぎます。

相談及び援助・・・当施設は、通所者およびそのご家族から、いかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

送迎・・・・・・・・送迎が必要な方は、当施設の送迎車で送迎を行います。

8 利用料

介護報酬の告示上の額。以下は1割負担の方、2割負担の方は倍額、3割負担の方は3倍額になります。

通所リハビリテーション利用料（1回の利用あたり）

	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	336円	380円	483円	546円	618円	710円	757円
要介護2	395円	436円	561円	637円	733円	844円	897円
要介護3	426円	494円	638円	725円	846円	974円	1039円
要介護4	455円	551円	738円	838円	980円	1129円	1206円
要介護5	487円	608円	836円	950円	1112円	1281円	1369円

加算項目

入浴加算（I）		40円/日
リハビリテーションマネジメント加算（A）（同意の属する月から6月以内）		（イ）560円/月 （ロ）593円/月
リハビリテーションマネジメント加算（A）（6か月を超えた期間）		（イ）240円/月 （ロ）273円/月
リハビリテーションマネジメント加算（B）（同意の属する月から6月以内）		（イ）830円/月 （ロ）863円/月
リハビリテーションマネジメント加算（B）（6か月を超えた期間）		（イ）510円/月 （ロ）543円/月
重度療養費加算		100円/回
サービス提供体制強化加算 II		18円/回
介護職員処遇改善加算 II		所定単位 34/1000/回
介護職員等特定処遇改善加算 特定加算 I		所定単位 2 %/月
理学療法士等体制強化加算		30円/回
送迎減算（居宅と事業所間の送迎を行わなかった場合）		片道 -47円
時間延長加算（1時間）		50円/回
科学的介護推進体制加算		40円/月
栄養アセスメント加算		50円/月
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 4時間以上5時間未満 5時間以上6時間未満 6時間以上7時間未満 7時間以上	12円/回 16円/回 20円/回 24円/回 28円/回

介護予防サービス

1月あたりの利用料

要支援1	2053円/月
要支援2	3999円/月

ただし、利用開始日の属する日から12月を超える場合の減算

要支援1	20円/月	要支援2	40円/月	
運動機能向上加算	225円/月			
介護推進体制加算	40円/月			
栄養アセスメント加算	50円/月			
サービス提供体制強化加算I	要支援1	72円/月	要支援2	144円/月
職員処遇改善加算	所定単位	34/1000/月		
介護職員等特定処遇改善加算 特定加算I	所定単位	2%/月		

ただし介護保険の限度枠を超えた場合および保険料の滞納などの理由により介護保険の適応を受けられない場合は別に料金を請求します。

介護保険サービス外

通常の実施地域外の交通費	片道200円（実施地域を超えて10kmまで） 片道400円（10kmを超えて20kmまで）
食費	600円
おむつ代	パット 70円 はくパンツ 200円

9 個人情報に関して

当施設のご利用に際して、お聞きした情報などは他者に一切漏らしません。

ただし、情報提供を行うことで利用者の利益になると判断される事柄に関しては、「情報提供に関する同意書」により同意を得ます。またご利用終了後から2年間は責任を持って保管いたします。

10 緊急時・事故等に関する対応

利用者の病状に急変が起きた場合や事故等が発生した場合、必要に応じ臨時応急の手当てを行います。家族等緊急連絡先に連絡するとともに、主治医に連絡し適切な処置を行います。

事故等により発生した事項に関しては以下に記載する損害賠償の対象とさせていただきます。

また事故発生に関しては、保険者（市町）に利用者及び家族の同意のもと連絡をとることがあります。

11 苦情申し立て先

ご利用時間 24時間対応

ご利用方法 電話 0866-62-2831

面接 在宅ケアセンター相談室

窓口担当者 藤岡 明子

詳細については別紙参照

12 協力医療機関

医療機関の名称 医療法人社団 菅病院

院長名 溝口 博喜

所在地 井原市井原町124番地

電話番号 0866-62-2831

13 非常災害時の対策

非常時の対応・・・別途定める「消防計画」に則り対応します。

近隣との協力関係・夏目町内会（井原消防団）と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約

束します。

平常時の訓練など・別途定める「消防計画」に則り、年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者も含め実施します。

防災設備・・・自動火災報知機・防火扉・誘導灯・屋内消火栓・ガス漏れ報知器・非常通報装置・非常用電源・漏電火災報知機、カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。

災害発生時は速やかに適切な援助を行います。

14 損害賠償

当施設職員の不注意により、ご利用者等の身体に何らかの形で傷害をおよぼしたり、器物を破損したりした場合その損害を賠償させていただきます。ただしご利用者等に問題があると考えられる場合はこれを除きます。

また、逆に利用者等が故意に施設または事業職員に損害を与えた場合はその損害に対して賠償を請求することがあります。

15 ご利用の際に留意及び禁止いただく事項

留意事項

- 一 金銭、貴重品の持参
- 二 当施設の備品の利用に際しては清潔保持、整理整頓に心がけ大切に使用すること
- 三 食べ物、飲み物の持ち込み

禁止事項

- 一 外出
- 二 指定した場所以外での火気の使用
- 三 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること
- 四 営利目的の行為
- 五 宗教の勧誘
- 六 特定の政治活動
- 七 施設内での喫煙

16 第三者による評価の実施状況

- | | | | | | |
|---|----|--------|------|------|---|
| 一 | あり | 実施日 | 年 | 月 | 日 |
| | | 評価機関名称 | | | |
| | | 結果の開示 | 1.あり | 2.なし | |
| 二 | なし | | | | |

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて職員（氏名 _____）から上記重要事項の説明を受け同意いたしました。

利用者 住所 _____

氏名 _____

利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

個人情報利用同意書

私、及び私の家族は以下の条件に適合する場合には、利用者及び家族の個人情報の共有あるいは提供に同意いたします。

1 主治医

2 契約を結んだ居宅支援事業所

(居宅支援事業所を変更された場合をさします。)

3 ご利用をされている居宅サービス事業者及びボランティア等

4 以上の事業者等と調整会議を行う際

5 ご本人が入院又は入所される場合の入院（入所）先

6 市町村への情報提供が必要な場合

7 緊急時の対応に必要な医療機関

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____