

# 太田川病院デイケア（短時間通所リハビリテーション）

## 重要事項説明書

### ◎ 事業者

法人名	医療法人社団輔仁会	代表者	満田 一博
所在地	広島県広島市東区戸坂千足一丁目 21 番 25 号	電話番号	082-220-0221

### ◎ 事業所の概要

事業所	太田川病院デイケア	管理者	田中 恒夫
所在地	広島県広島市東区戸坂千足一丁目 21 番 25 号	電話番号	082-220-0221
種類	指定通所リハビリテーション		
県指定年月日	平成 12 年 4 月 1 日		
職員の配置状況			
管理者	1 名	医師	1 名
介護職員	2 名	理学療法士	3 名
作業療法士	2 名	言語聴覚士	4 名

配置人数は変更する場合があります。

### ◎ 提供するサービスの概要

#### 1 提供するサービスの内容

あなたに提供するサービス内容は通所リハビリテーションです。

「通所リハビリテーション」とは、通所リハビリテーション施設においてその心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助ける為に理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うサービスです。

●あなたに提供するサービスは・・・利用曜日 月・火・水・木・金・土

□但し、年末年始（12月30日～1月3日）及び国民の祝日は除きます。

サービスの内容	提供の有無	概ねの提供時間帯
送 迎	有 ・ 無	

#### ●業務取り扱い方針

- 1 あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業所の作成する「居宅サービス計画」と私たちの作成する「通所リハビリテーション計画」に従い、心身機能の維持を図ることが出来るよう、通所リハビリテーション計画書を作成します。
- 2 日々の通所リハビリテーションサービスの提供開始に際しては、職員による健康チェックを行い体調等の変化を必ず確認します。
- 3 私たちは、通所リハビリテーション計画書を必ず作成します。

#### 2 利用料金

- 提供するサービスには、(1) 介護保険の給付対象となるサービス、(2) 給付対象とならないサービスがあります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

下記項目（ア～シ）の合計金額を一部負担して頂きます。

（広島市に住所がある重度障害者医療費受給者証をお持ちの方は、利用料の一部負担がある場合があります。）

※但し、被爆者手帳、生活保護受給者証をお持ちの方は、利用料の一部負担はありません。

＊ イからキの加算は、希望に応じてサービスを受けたときに負担していただきます。

＊ イ・オ・ク・ケの各項目については重複して負担していただくことはありません。

○ この料金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

ア 基本料金（1回）

あなたの要介護度に応じた金額となります。

要介護度	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	3,892 円	4,198 円	4,525 円	4,831 円	5,180 円

イ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 1,582 円／回（原則 3 ヶ月以内、月 2 回まで）

口腔機能の低下している方又はそのおそれのある方に対し、口腔機能改善のための計画を作成し、サービスを実施し定期的な評価と計画の見直しをした場合。

口腔機能向上加算（Ⅱ）イ 1,635 円／回（原則 3 ヶ月以内、月 2 回まで）

リハビリテーションマネジメント加算ハを算定しており、口腔機能の低下している方又はそのおそれのある方に対し、口腔機能改善のための計画を作成し、サービスを実施し定期的な評価と計画の見直しに加え、必要な情報を活用した場合。

口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ 1,688 円／回（原則 3 ヶ月以内、月 2 回まで）

口腔機能の低下している方又はそのおそれのある方に対し、口腔機能改善のための計画を作成し、サービスを実施し定期的な評価と計画の見直しに加え、必要な情報を活用した場合。

ウ 栄養アセスメント加算 527 円／月

管理栄養士、介護職員その他の職種が共同で栄養アセスメントを実施し、結果を説明した場合。

エ 栄養改善加算 2,110 円／月（原則 3 ヶ月以内、月 2 回まで）

低栄養状態のリスクがある方又は栄養改善が必要と認められる方に対し、栄養ケア計画を作成。それに基づき栄養改善サービスを提供した場合。

オ リハビリテーションマネジメント加算イ（6 ヶ月以内） 5,908 円／月

リハビリテーションマネジメント加算イ（6 ヶ月超） 2,532 円／月

リハビリテーション計画書の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明する場合

リハビリテーションマネジメント加算ロ（6 ヶ月以内） 6,256 円／月

リハビリテーションマネジメント加算ロ（6 ヶ月超） 2,880 円／月

リハビリテーションマネジメント加算イに加え、リハビリテーションの提供に当たって、必要な情報を活用している場合

リハビリテーションマネジメント加算ハ（6ヵ月以内） 8,366円／月  
リハビリテーションマネジメント加算ハ（6ヵ月超） 4,990円／月  
リハビリテーションマネジメント加算ロに加え、多職種が共同し栄養・口腔アセスメントを行い、口腔の健康状態を評価・情報共有して、必要な情報を活用している場合

カ リハビリテーションマネジメント加算 2,848円／月  
リハビリテーション計画を作成し、医師が説明した場合。（イ・ロ・ハに加える）

キ 短期集中個別リハビリテーション実施加算  
・退院・退所後又は認定日（3ヵ月以内） 1,160円／回  
在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合。

ク サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 232円／回  
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 189円／回  
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 63円／回  
厚生労働大臣が定める基準に適合している場合。

ケ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 1ヶ月の利用単位数の8.6%  
介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 1ヶ月の利用単位数の8.3%  
介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 1ヶ月の利用単位数の6.6%  
介護職員処遇改善加算（Ⅳ） 1ヶ月の利用単位数の5.3%  
厚生労働大臣が定める基準に適合している場合。

コ 退院時共同指導加算 6,330円／回  
病院又は診療所で開催される退院前カンファレンスに理学療法士又は作業療法士が参加した場合。

シ 重度療養管理加算 1,055円／回  
要介護3～5であって、別に厚生労働大臣が定める状態※である場合。

（※の状態）

- ・常時頻回の喀痰吸引を実施
- ・呼吸障害等により人工呼吸器を使用
- ・中心静脈注射を実施
- ・人工腎臓を実施、かつ、重篤な合併症を有する
- ・重篤な心機能・呼吸機能障害等により常時モニター測定を実施
- ・膀胱又は直腸の機能障害が身障者障害程度4級以上でストーマ処置を実施
- ・経腸栄養が行われている
- ・褥瘡に対する治療を実施
- ・気管切開が行われている

ス 送迎が実施されない場合 495円／片道 減算  
利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

- ・ レクリエーションなどの活動
  - \* レクリエーション等に自由に参加できます。
  - \* レクリエーションの材料費等は、実費をいただく場合があります。  
(経費が伴う場合は、事前にご希望をおたずねします。)
- ・ 日常生活上必要となる諸費用
  - \* オムツ代 (実費)
- ・ 通常の事業実施区域 (広島市東区、安佐南区、安佐北区) 外への送迎  
実施地域を超えた地点から 1km あたり 50 円

### 3 サービス利用料金の滞納

サービス利用料金の支払いが 2 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にも関わらず、正当な理由なくこれが支払われない場合には、その後の利用を中止させていただきます。

### 4 利用中止

利用者が、今後このサービスの利用を中止する場合、次のキャンセル料が必要ですので、できる限り早めにご連絡ください。ただし、利用者の体調の急変など、緊急やむをえない理由により利用を中止する場合は、キャンセル料を頂きません。

連絡の時期	キャンセル料	備考
サービス利用日の前日まで	いただきません	体調不良等の正当な場合を除きます
サービス利用日の当日	500 円	

### 5 虐待防止のための措置

当事業所では、利用者の人権の擁護・虐待防止等のために、次の措置を講じています

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	リーダー・川野 ゆかり
-------------	-------------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者 (現に養護している家族・親族・同居人等) 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。



## 8 事故発生時の対応

- 1 事業所はサービスの提供により事故が発生した場合には、市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じます。
- 2 当該事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、2年間保存します。
- 3 サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。
- 4 事業所は事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

## 9 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。  
災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：事務長 福田 浩二
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。  
避難訓練実施時期：毎年2回
- ④ ③の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

## 10 衛生管理等

- (1) 指定通所リハビリテーションの用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 11 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 12 身体拘束について

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること  
に留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行  
った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束  
をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 13 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合には、直ちに主治医又は協力医療機関と連絡をとり、救急治療あるいは救急入院等必要な措置をとらせていただきます。その後、利用者及び代理人が指定する医療機関に直ぐに連絡をさせていただく為に、下記の必要事項に記入をお願いします。尚、緊急連絡先、主治医を変更された際は速やかにご連絡ください。

主治医		電話番号	— —
病院名			

連絡先 1		続柄	
住所	〒 —		
電話番号	— —	携帯番号	— —

連絡先 2		続柄	
住所	〒 —		
電話番号	— —	携帯番号	— —

平成 年 月 日

【説明確認欄】

指定通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

太田川病院デイケア

氏名.....印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

尚、院内研修、サービス担当者会議等においてサービス内容の検討及び向上のために、事業所が利用者及び家族の個人情報を使用することを承諾します。

また、通常の事業実施区域外のため交通費の支払いに同意します。

(1回 円)

(利用者) サービス利用に当たり上記重要事項説明書の交付・説明を受け同意しました。

年 月 日

利用者 住所

氏名.....印

(代理人) 私は、利用者本人のサービス利用に当たり上記重要事項説明書の交付・説明を受け同意しました。

署名代行者 住所

氏名.....印

本人との続柄.....