

寺元記念病院 通所リハビリテーション 重要事項説明書

1. 施設の名称等

- ・法人名 医療法人 生登会
- ・開設者名 理事長 寺元 隆
- ・施設名 医療法人 生登会 寺元記念病院
- ・開設年月日 平成17年2月1日
- ・所在地 大阪府 河内長野市古野町4番11号
- ・電話番号 0721-50-1123
- ・FAX番号 0721-50-1523
- ・管理者名 谷澤 克洋
- ・介護保険事業所番号 2710701513号

2. 指定通所リハビリテーション事業の目的と方針

(事業の目的)

事業所の医師、看護師、介護士、理学療法士、歯科衛生士、栄養士の職員が、要介護度状態の利用者に対し、適切な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)

利用者に対し心身の状況、病歴を踏まえて可能な限り自立した日常生活が営むことができるよう、従事者一同が必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能回復を図るものとする。また状態良好により要支援状態となった場合においても、継続して支援を図るものとする。

3. 従事者の職種及び員数

管理者	1名	(兼任)
医師	4名	(兼任)
理学療法士	4名	
看護師	1名	
介護士	13名	
歯科衛生士	2名	(兼任)
栄養士	2名	(兼任)
事務職員	2名	(1名/日)

4. 営業日及び営業時間

営業日 月曜日～土曜日 休日 日曜日(12月31日から1月3日まで)
営業時間 午前8時30分～午後5時00分 (事務所 祝日休み)
サービス提供時間 午前9時30分～午後3時45分

5. 利用定員および通常の事業実施地域

定員50名 通常の事業実施地域 河内長野市

6. 秘密の保持と個人情報保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業所及び法人の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。なお、退職後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を契約書により定めております。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

② 個人情報の保護について

事業所は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の情報についても、同様の取り扱いといたします。事業所は、利用者及び家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、又処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

7. サービス内容について

- ① 送迎サービス
- ② 給食サービス
- ③ 入浴サービス
- ④ 機能訓練、必要に応じた個別リハビリの実施
- ⑤ 生活指導（相談、援助）
- ⑥ レクリエーション
- ⑦ 健康チェック

8. 利用料金

別紙参照

9. 支払い方法

毎月10日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の20日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。お支払い方法は、現金、銀行振込の2通りの方法があります。利用契約時にお選び下さい。

10. 事業所利用に当たっての留意事項

1. 持ち物には、全て名前をお書き下さい。また、必要以上の荷物の持ち込みはご遠慮下さい。
2. 盗難・事故防止のため、金銭及び高価な品物の所持はお断りしています。なお、事業所内での金品の紛失については、事業所として一切責任を負えませんのでご了承ください。

11. 非常災害対策

非常災害に備えて、火災、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め定期的に非難、救出その他必要な訓練を行います。

12. 禁止事項

- ① 事業所では、多くの方に安心して、また快適に1日のサービスを送っていただく為に、利用者及び家族等の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。
- ② 喧嘩もしくは口論をなし、または楽器などの音を大きく出して静穏を乱し、他の利用者に迷惑を及ぼすこと。
- ③ 故意に事業所もしくは物品に障害を与え、又はこれらを事業所外に持ち出すこと。
- ④ 事業所内の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害すること。
- ⑤ 無断で備品の位置、又は形状を変えること。
- ⑥ 事業所及び職員に対する心遣い。
- ⑦ 事業所での喫煙は禁止となっておりますので、たばこの持ち込みは禁止します。
- ⑧ 利用中の利用者同士の食べ物や物のやりとりを禁止します。（飴、飲み物、薬、目薬など）

13. 事故発生時、緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者に事故が発生するなどの緊急の事態が発生した場合、市町村、利用者の家族及び居宅介護支援事業所、主治医に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、サービス提供により損害を賠償すべき事故が発生した場合には損害を賠償します。但し、事業所の責任によらない理由によって損害が生じた場合にはこの限りではありません。

家族連絡については、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

※事故防止に向けて安全への配慮を行なっておりますが、完全な事故防止は不可能であることをご理解くださいますようお願いいたします。

医療機関名 ()

主治医 ()

電話番号 ()

14. 要望又は苦情等の申出

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の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者） 田中 康一

受付時間 毎週月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時00分

また、ご意見箱「1階ケアプランセンター室前」を設置しています。

2. 行政機関その他苦情受付機関

河内長野市市民保健部 介護保険課	所在地：河内長野市原町一丁目1番1号 電話番号：0721-53-1111
大阪府国民健康保険団体連合会	所在地：大阪府中央区常磐町1-3-8 中央大通FNビル内 電話番号：06-6949-5418
大阪府福祉部高齢介護室 介護事業者課	所在地：大阪府中央区大手前2丁目1番22号 電話番号：06-6944-7203

15. 高齢者虐待防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に挙げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個人支援計画の作成など、適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

16. 身体拘束等、原則禁止について

事業所では、原則として利用者に対し身体拘束を行っておりません。但し、自傷他害の恐れがある等、やむを得ない場合は、事業所管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、事業所の職員がその様態及び時間、その他の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を診療録に記載します。

私は本書面に基づいて、寺元記念病院 てらもと通所リハビリテーションの職員

(氏名 _____) から、当事業所サービスの提供開始に同意しました。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(事業者)	住 所	河内長野市古野町 4 番 1 1 号
	事業所名	医療法人 生登会 寺元記念病院 てらもと通所リハビリテーション
	管 理 者	谷澤 克洋
	法 人 名	医療法人 生登会
	代表者名	理事長 寺元 隆

『通所リハビリテーション・要介護ご利用料金』

【基本利用者負担額(月額)】

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
サービス費	¥738円	¥878円	¥1,013円	¥1,174円	¥1,332円	
(単位数)	(715単位)	(850単位)	(981単位)	(1,137単位)	(1,290単位)	
実費	食費	¥600円				
	教養娯楽費	¥100円				
合計	1割負担(加算別)	¥1,438円	¥1,578円	¥1,713円	¥1,874円	¥2,032円
	2割負担(加算別)	¥2,176円	¥2,456円	¥2,726円	¥3,048円	¥3,364円
	3割負担(加算別)	¥2,914円	¥3,334円	¥3,739円	¥4,222円	¥4,696円

※基本報酬は6～7時間の算定ですので短時間利用の方は、単位数が変わりますのでご了承下さい。

【各種加算】

入浴介助加算(Ⅰ)	41円(40単位)/日
入浴介助加算(Ⅱ)	61円(60単位)/日
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	(1)6月以内 578円(560単位)/月 (2)6月超 247円(240単位)/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	(1)6月以内 612円(593単位)/月 (2)6月超 282円(273単位)/月
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	(1)6月以内 819円(793単位) (2)6月超 488円(473単位)
事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、 利用者の同意を得た場合	278円(270単位)/月
科学的介護推進体制加算	41円(40単位)/月
短期集中リハビリテーション加算 新規・退院(所)後3ヶ月間 1日20分×2セット(2回/w以上利用)	113円(110単位)/日
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	247円(240単位)/日
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)	1,983円(1920単位)/月
口腔機能向上加算(Ⅰ)	154円(150単位)/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)	165円(160単位)/月
リハビリテーション提供体制加算	24円(24単位)/日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円(22単位)/日
中重度者ケア体制加算	20円(20単位)/日
移行支援加算	12円(12単位)/日
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20円(20単位)回/6ヶ月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5円(5単位)回/6ヶ月
通所リハ送迎減算(片道)	△48円(△47単位)/回

※ご利用者の料金ですが、単位数に10.33を乗じて得た金額を算定しています。介護負担2割・3割の方は金額が×2・×3となります。各種加算は介護保険の1割で算定しています。端数処理により若干金額が増減することがありますのでご了承ください。

『その他費用』

尿取りパット	¥53円	おむつM	¥168円
リハビリパンツ	¥189円	おむつL	¥200円