

## 通所リハビリテーション重要事項説明書

あなた（又はあなたのご家族）が利用しようと考えている指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーション）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ご説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。

《この「重要事項説明書」は、厚生省令に基づき、契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです》

## 1. 事業者の概要

事業者名称・代表者氏名	公益社団法人信和会 理事長 小林 充	1955年1月12日法人設立
本部所在地	京都市左京区田中飛鳥井町89 京都民医連あすかい病院内 電話 075-712-9111 FAX 075-712-9118（介護事業部）	
介護事業所数	介護予防支援 1事業所 居宅介護支援 4事業所 訪問介護 2事業所 居宅療養管理指導 6事業所 通所リハビリテーション 5事業所	通所介護 1事業所 訪問看護 3事業所 訪問リハビリ 2事業所 介護医療院 1事業所 短期入所療養介護 1事業所

## 2. 事業所の概要

## (1) 事業所の所在地等

事業所名	公益社団法人信和会 東山診療所 通所リハビリテーション
所在地	〒605-0952 京都市東山区今熊野宝蔵町43
介護保険指定番号	京都府指定 2610804599
通常の事業を実施する地域（送迎範囲）	京都市東山区（五条通りより南）、伏見区（稲荷新道より北、本町通りより西） 委細要相談
連絡先	電話 (075) 561-5520 FAX (075) 606-5276

## (2) 職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者代行 （医師）	1名		従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。	1名
医師	0名	1名	従業員と共同し通所リハビリテーション計画を作成するとともに、利用者の健康状態等を把握する。	1名
理学療法士	0名	2名	医師と連携し前号の通所リハビリテーション計画を作成するとともに、利用者に対して理学療法・作業療法等必要なリハビリテーションを行う。	2名
作業療法士	1名	0名		1名
言語聴覚士	0名	0名		0名
看護師	0名	2名	医師の指示のもと、通所リハビリテーション計画に従いサービスを実施する。また、サービスの実施状況及びその評価を実施記録等に記載する。	2名
介護職	5名	2名		7名

## (3) 営業時間

月～土曜日	午前9時～午後16時30分
休業日	日曜日および12月31日～1月3日

## 3. 事業所の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態または要支援状態となった場合においても、可能な限りその居宅や地域社会において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、利用者の心身の機能の維持回復をはかり、生活機能の維持又は向上、社会参加を促進することを目的とします。
運営の方針	利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態となることの予防並びに介護する者の負担軽減に資すること、生活機能の維持向上、社会参加促進を目指した目標を設定し、計画的に行います。

## 4. 利用料及び支払い方法について

※利用料は「介護保険負担割合証」に準じた負担額となります。

通所リハビリテーション／基本単位数・加算単位数（1回につき・通常規模型）（1単位＝10.55円）						
		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	1回	369 単位	398 単位	429 単位	458 単位	491 単位
	1割	約 389 円	約 420 円	約 453 円	約 483 円	約 518 円
	2割	約 779 円	約 840 円	約 905 円	約 966 円	約 1036 円
	3割	約 1168 円	約 1260 円	約 1358 円	約 1450 円	約 1554 円

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2時間以上 3時間未満	1回	383 単位	439 単位	498 単位	555 単位	612 単位
	1割	約 404 円	約 463 円	約 525 円	約 586 円	約 646 円
	2割	約 808 円	約 926 円	約 1051 円	約 1171 円	約 1291 円
	3割	約 1212 円	約 1389 円	約 1576 円	約 1757 円	約 1937 円
3時間以上 4時間未満	1回	486 単位	565 単位	643 単位	743 単位	842 単位
	1割	約 513 円	約 596 円	約 678 円	約 784 円	約 888 円
	2割	約 1025 円	約 1192 円	約 1357 円	約 1568 円	約 1777 円
	3割	約 1538 円	約 1788 円	約 2035 円	約 2352 円	約 2665 円
4時間以上 5時間未満	1回	553 単位	642 単位	730 単位	844 単位	957 単位
	1割	約 583 円	約 677 円	約 770 円	約 890 円	約 1010 円
	2割	約 1167 円	約 1355 円	約 1540 円	約 1781 円	約 2019 円
	3割	約 1750 円	約 2032 円	約 2310 円	約 2671 円	約 3029 円
5時間以上 6時間未満	1回	622 単位	738 単位	852 単位	987 単位	1120 単位
	1割	約 656 円	約 779 円	約 899 円	約 1041 円	約 1182 円
	2割	約 1312 円	約 1557 円	約 1798 円	約 2083 円	約 2363 円
	3割	約 1969 円	約 2336 円	約 2697 円	約 3124 円	約 3545 円
6時間以上 7時間未満	1回	715 単位	850 単位	981 単位	1137 単位	1290 単位
	1割	約 754 円	約 897 円	約 1035 円	約 1200 円	約 1361 円
	2割	約 1509 円	約 1794 円	約 2070 円	約 2399 円	約 2722 円
	3割	約 2263 円	約 2690 円	約 3105 円	約 3599 円	約 4083 円
リハビリテーション マネジメント加算	イ(同意日から6月内) 560単位/月 1割 約 591円 2割 約 1182円 3割 約 1772円					
	イ(同意日から6月超) 240単位/月 1割 約 253円 2割 約 506円 3割 約 760円					
	ロ(同意日から6月内) 593単位/月 1割 約 626円 2割 約 1251円 3割 約 1877円					
	ロ(同意日から6月超) 273単位/月 1割 約 288円 2割 約 576円 3割 約 864円					
(イ) 以下の条件を満たし、リハビリテーションの質を管理した場合 (1)当事業所のリハ専門職が利用者の居宅に訪問、または居宅サービス事業所の従業者とともに訪問し日常生活上の留意点を助言 (2)医師とリハビリテーション会議を開催(6月以内の場合は1月に1回以上、6月超は3月に1回以上)し、通所リハ計画を見直す (3)通所リハ計画作成に関与したリハ専門職が利用者または家族に説明し、同意を得る						
短期集中リハビリテーション実施加算	110単位/日 1割 約 116 円 2割 約 232 円 3割 約 348 円 * 退院・退所又は認定日から起算して3月以内 (概ね週2日以上、個別リハ40分以上/回)					
入浴介助加算 I	40単位/日 1割 約 42 円 2割 約 84 円 3割 約 126 円 * 入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に加算					
入浴介助加算 II	60単位/日 1割 約 63 円 2割 約 126 円 3割 約 189 円 * 入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に加算 上記に加え、個別の計画書の作成、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員などが利用者の居宅を訪問し、現在の環境等を評価した場合に加算					
口腔栄養スクリーニング加算 I	20単位/日 1割 約 21 円 2割 約 42 円 3割 約 63 円 * 利用開始時及び6ヶ月ごとに健康状態・栄養状態について確認、介護支援専門員に提供していること。					
退院時共同指導加算	600単位/月 1割 約 633 円 2割 約 1266 円 3割 約 1899 円 * リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかが、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行う。					
科学的介護推進体制加算	40単位/月 1割 約 42 円 2割 約 84 円 3割 約 126 円					
サービス提供体制強化加算 I	22単位/回 1割 約 23 円 2割 約 46 円 3割 約 70 円					
中重度者ケア体制加算	20単位/回 1割 約 21 円 2割 約 42 円 3割 約 63 円					
事業所が送迎を行わない場合の減算	片道▲47単位 ▲ 約 49 円 利用料より減額します。					

介護予防通所リハビリテーション／基本単位数・加算単位数（1月につき・通常規模型）（1単位＝10.55円）	
要支援1 2268 単位／月	要支援2 4228 単位／月
1割 約 2393 円 2割 約 4785 円 3割 約 7178 円	1割 約 4461 円 2割 約 8921 円 3割 約 13382 円
※ 介護予防リハビリの長期利用適正化により、厚生労働省が定める要件を満たさない場合、利用開始月から12月超の利用の場合、1月あたり減算されます。 <b>要支援1 ▲120単位 1割 約 127 円 2割 約 253 円 3割 約 380 円</b> <b>要支援2 ▲240単位 1割 約 253 円 2割 約 506 円 3割 約 760 円</b>	
科学的介護推進体制加算	40単位／月 1割 約 42 円 2割 約 84 円 3割 約 126 円
退院時共同指導加算	600単位／月 1割 約 633 円 2割 約 1266 円 3割 約 1899 円 *リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかが、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行う。
サービス提供体制強化加算 I	要支援1： 88単位／月 1割 約 92 円 2割 約 185 円 3割 約 278 円 要支援2： 176単位／月 1割 約 185 円 2割 約 371 円 3割 約 577 円

介護職員処遇改善加算 I	加算率 8.6% *区分支給限度額基準額対象外（利用料に対する加算率相当額） *加算算定額以上に相当する介護職員の賃金改善を実施する場合
--------------	---

その他の料金/介護保険給付外サービス：実費負担金	
食事代、おやつ・軽食代	昼食代 500円／回
日常生活費・その他	*おむつ、尿パッド等をお貸しした場合は次回利用時に現品で返品をお願いします。
範囲外の送迎を行う場合（要相談）	通常の地域から 2km未満の場合 100円／回 ※消費税がかかります
キャンセル料	500円（1回につき） *前日12時までにキャンセルの場合はこの限りではありません(介護予防は除く)
アクティビティ材料費、外出訓練行動費等	実費 *アクティビティやリハビリテーションの一環で使用した材料費、外出プログラムでの交通費や入場費など

### 5. 苦情申立窓口

(1) 当事業所の相談・苦情担当者

通所リハビリテーションに関する相談・要望・苦情等については、下記担当者までお申し出下さい。

相談窓口	利用時間	連絡先
東山診療所 通所リハビリテーション	月～土曜日	電話 (075) 561-5520
担当者 宮下 ゆかり	9:00～16:30	F A X (075) 606-5276

(2) 前述以外に、保険者である市町村の相談・苦情窓口や、京都府国民健康保険団体連合会の苦情処理窓口、法人本部に苦情を伝えることができます。

相談窓口	利用時間	連絡先
公益社団法人信和会 介護事業部	月～金 9:00～17:00	電話 (075) 712-9111
		F A X (075) 712-9118
京都市伏見区役所 健康長寿推進課	月～金 9:00～17:00	電話 (075) 611-1101(代)
京都市東山区役所 健康長寿推進課	月～金 9:00～17:00	電話 (075) 561-1191(代)
京都府国民健康保険団体連合	月～金 9:00～17:00	電話 (075) 354-9011(代)

### 6. 秘密保持および個人情報保護について

事業者及びその従業員は、正当な理由がない限りご利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者または利用者家族の秘密について、従業員の退職後も含め、それを保持いたします。利用者に医療上の必要がある場合やその他正当な理由がある場合には、利用者又は利用者家族からの同意を得た上で個人情報の提供を行います。個人情報使用目的は、サービス提供・介護保険事務・管理運営業務等限定し、詳細は別紙文書「**当事業所は利用者さんの個人情報保護に取り組んでいます**」に記載する内容とします。

### 7. 虐待防止に関する事項

1. 事業者は虐待の発生又はその再発を防止します。
2. 事業者は、サービス提供中に当該施設職員又は養護者（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するものとします。

### 8. 業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に足する通所リハビリテーションサービスの提供を継続敵に実施するための、および非常時での体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

### 9. 事故発生時の対応・損害賠償緊急時の対応

万一事故が発生した場合は、マニュアルに従い速やかに対処し、利用者家族、かかりつけ医、利用者の保険者である京都市に連絡します。また事業所管理者と法人介護事業部へ報告を行い、再発防止に努めます。事業者は、事故を防止するための不断の努力を行うと共に、万一の事故に備え「賠償責任保険」に加入します。

**10. 緊急時の対応**

利用者の体調悪化等緊急時には、配置の医師・看護師等が利用者の安全を最優先に医療機関と連携し対処します。緊急連絡先、かかりつけ医等へ連絡を行います。

緊急連絡先	お名前		
	電話番号		
かかりつけ医	氏名・医療機関		
	所在地	電話	

以上の記載内容につき変更が生じた場合は、「変更一覧表」に変更内容を記載し、利用者と事業者の双方の合意をもって、記名・押印をし、本書に添付することとします。事業者は変更内容につき「重要事項説明書」の該当箇所を利用者に十分説明するものとします。

[説明をした職員]

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 当事業者は、事業内容及び重要事項の説明を行い交付しました。

<b>事業者</b>	事業者	公益社団法人信和会
	事業所	東山診療所 通所リハビリテーション
	事業所番号	2610804599
	住所	京都市東山区今熊野宝蔵町43
	代表者名	所長 水野 隆 元

<b>説明者</b>	職名	氏名
	_____	_____

[説明を受けた方]

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 私は、本書に基づいて事業内容及び重要事項の説明を受け同意し受領しました。

<b>利用者</b>	住所
	_____
	氏名
	_____

\* 代筆の場合下記参照)

利用者が手指の障がいなどで文字が書けない等の場合、欄外に、署名を代行の旨・続柄・氏名を付記することで差し支えない。(契約関係上、事業者は代筆不可) (例) 上記署名は、京都 花子 (妻) が代行しました。

<b>代理人</b>	住所
<b>(選任した場合)</b>	_____
	氏名
	_____ (利用者との続柄 _____)