

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いただきたいと思います。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 8 9 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 5事業所	通所介護 1事業所 訪問看護 4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 京都民医連あすかい診療所 通所リハビリテーション
所在地	〒606-8226 京都市左京区田中飛鳥井町43-7
介護保険指定番号	京都府指定 2610606432
通常の事業を実施する地域（送迎範囲）	京都市左京区内で白川通(東)-川端通(西)-丸太町通(南)-北山通(北)とする。委細要相談
連絡先	電話 (075) 706-6566 (8:45~12:30) F A X (075) 706-6695

(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	1名	0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	1名以上	0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。	1名以上
作業療法士	0名	1名		1名
言語聴覚士	0名	1名		1名
看護師	0名	0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。	0名
介護職	1名	1名以上		1名以上

(3) 営業時間

月～金曜日	午前9時～午後12時30分
休業日	土曜日、日曜日、国民の祝日および12月29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）						
1時間以上 2時間未満		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	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	
リハビリテーション マネジメント加算（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 (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 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)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、構成員と情報を共有、通所リハ計画を見直す (2)事業所のリハ専門職が利用者の居宅に訪問し、家族や居宅サービス事業者へ介護指導や日常生活上の留意点等を助言 (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 上記の要件に加えリハビリテーション計画書等の情報を厚労省に提出し情報を活用				
リハビリテーションマネジメント加算 に係る医師による説明		270単位(実施時) 1割 約 285円 2割 約 570円 3割 約 855円 *リハビリマネジメント加算(ロ)の(1)(2)を実施し、通所リハ計画を医師が利用者または家族に説明し、同意を得た場合				
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、心身・生活機能の改善を目的としたリハビリテーションを実施した場合(概ね週2日以上、個別リハ40分以上/回)				
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算Ⅰ		240単位/日 1割 約 254 円 2割 約 506 円 3割 約 760 円 *退院・退所又は通所開始予定日から起算して3月以内、認知症を有する利用者の生活機能の改善を目的としたリハビリテーションを実施した場合(週2日限度、個別リハ20分以上/回)				
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算Ⅱ		1920単位/月 1割 約 2026 円 2割 約 4051 円 3割 約 6077 円 *退院・退所又は通所開始日の属する月から起算して3月以内、認知症を有する利用者の生活機能の改善を目的としたリハビリテーションを実施した場合(個別または集団リハ、月に4回～8回以上)				
生活行為向上 リハビリテーション実施加算		1250単位/月 1割 約 1318 円 2割 約 2638 円 3割 約 3956 円 *目標及び目標を踏まえたリハビリの実施内容等を実施計画にあらかじめ定めて、リハビリを計画的に行い、利用者の有する能力の向上を支援した場合				
口腔機能向上加算Ⅱ		160単位/月2回限度 1割 約 169 円 2割 約 338 円 3割 約 506 円 *口腔機能低下またはそのおそれのある利用者のみ、計画に基づき口腔機能向上サービスを行っている場合 上記に加え口腔機能改善計画書の内容に関するデータを厚労省に提出				
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ		20単位/月 1割 約 21 円 2割 約 42 円 3割 約 63 円 6月に1回算定 *利用開始時、その後6か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い介護支援専門員に情報提供している場合				
退院時共同指導加算		600単位(実施時) 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、言語聴覚士が、退院時カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った場合				
理学療法士等体制強化加算		30単位/日 1割 約 31 円 2割 約 63 円 3割 約 95 円 *理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上配置している場合				
サービス提供体制強化加算Ⅰ		22単位/日 1割 約 23 円 2割 約 46 円 3割 約 70 円 *勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合				
移行支援加算		12単位/日 1割 約 13 円 2割 約 25 円 3割 約 38 円 *対象期間に通所リハを終了(社会参加へ移行)した者が3%以上、サービス利用回転率が25%以上の場合				
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 *ADL、栄養、口腔状況 認知症 その他心身の状況に係る情報を厚生労働省に提出し、情報を活用している場合				
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				

介護職員等処遇改善加算	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) 介護職員等の処遇改善を実施する場合
-------------	---

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、利用開始月から12月超の利用の場合、厚生労働省が定める要件（継続の必要性について定期的にリハビリ会議を行うなど）を満たさない場合、1月あたり減算されます		
要支援1 ▲120単位 1割 約 127 円 2割 約253円 3割 約380円 要支援2 ▲240単位 1割 約 253 円 2割 約506円 3割 約760円		
生活行為向上 リハビリテーション実施加算	562単位／月 1割 約 592 円 2割 約 1185 円 3割 約 1778 円 *目標及び目標を踏まえたリハビリの実施内容等を実施計画にあらかじめ定めて、リハビリを計画的に行い、利用者の有する能力の向上を支援した場合に加算	
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位／月 1割 約 169 円 2割 約 338 円 3割 約 506 円 *口腔機能低下またはそのおそれのある利用者のみ、計画に基づき口腔機能向上サービスを行っている場合上記に加え口腔機能改善計画書の内容に関するデータを厚生労働省に提出	
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20単位／月 1割 約 21 円 2割 約 42 円 3割 約 63 円 6月に1回算定 *利用開始時、その後6か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い介護支援専門員に情報提供している場合	
退院時共同指導加算	600単位(発生した場合) 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、言語聴覚士が、退院時カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った場合	
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 *勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合	
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 *ADL、栄養、口腔状況 認知症 その他心身の状況に係る情報を厚生労働省に提出し、情報を活用している場合	

その他の料金	
キャンセル料	300円（1回につき） *前日16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)
範囲外の送迎を行う場合（要相談）	200円／片道
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
運動用品	330円（上靴） 110円（セラバンド） 220円（重錘）
感染対策	55円（マスク） 110円（フェイスシールド）
衛生用品	385円（リハビリパンツ）

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
京都民医連あすかい診療所	月～金曜日	電話 (075) 706-6566
担当者 藤井 将洋	9:00～12:30	F A X (075) 706-6695

(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 介護部	月～金 9:00～17:00	電話 (075) 712-9111
		F A X (075) 712-9118
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)
京都市左京区役所・健康長寿推進課	月～金 9:00～17:00	電話 (075) 702-1000
京都市伏見区役所	月～金 9:00～17:00	電話 (075) 611-1101(代)
京都市東山区役所	月～金 9:00～17:00	電話 (075) 561-1191(代)
京都市北区役所	月～金 9:00～17:00	電話 (075) 432-1181(代)
京都市右京区役所	月～金 9:00～17:00	電話 (075) 861-1101(代)
京都市 区役所		電話 (075)

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ご利用者またはご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。ご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、ご利用者又はご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

事業者は虐待の発生又はその再発を防止します。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、利用者に対する通所リハビリテーションサービス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

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、ご利用者家族、かかりつけ医、ご利用者の保険者である京都府と市町村に連絡します。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

ご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応します。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	
ご利用者のかかりつけ医	氏名・医療機関	
	所在地	電話

11. サービスの質向上の取り組み

利用者の人権擁護及び虐待防止、身体拘束等を適正化する為の委員会を定期的開催し、指針の整備、職員研修を実施します。衛生上必要な措置を講じ、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。感染症が発生、まん延しないように、「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」を定め、委員会を定期的開催し、指針の整備、職員の研修を実施します。

職場で行われるパワーハラスメント、セクシュアルハラスメント等職員の就業環境が害される事を防止するために必要な措置を講じます。

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。

事業者	事業者	公益社団法人信和会
	事業所	京都民医連あすかい診療所通所リハビリテーション
説明者	事業所番号	2610606432
	住所	京都市左京区田中飛鳥井町43-7
	代表者名	所長 北川 善 猛
	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。

利用者	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。

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