

重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	医療法人成雅会 泰平病院
所在地	福岡県糟屋郡須恵町大字新原 14 番地の 7 (〒811-2111)
提供サービス	通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーション
事業者番号	4010419499
責任者および連絡先	医療法人成雅会 理事長 堤 康雅 TEL 092-932-5881 FAX 092-934-0045
サービス提供地域	須恵町、宇美町 その他の市町村に関しては要相談
利用定員	10 名／1 単位につき

2. 運営の方針

事業所の従業者は、要介護者等の心身機能の回復または維持を図り、日常生活上の自立を助けることを目的とした理学療法、その他必要なりハビリテーションを行います。

3. 営業日およびサービス提供時間

営業日および営業時間 月曜日 ～ 金曜日	10:00～11:30 13:30～15:00 金曜日は午前のみ
営業しない日	土曜日・日曜日・国民の休日・夏季（8月13日～15日） 年末年始（12月30日～1月3日）

4. 事業所の職員体制および勤務体制

職 種	資 格	常 勤	業務内容
管理者	医 師	1 名	医療・管理
機能訓練指導員	理学療法士、作業療法士 言語聴覚士	8 名	機能訓練
看護職員及び介護職員	看護職員、介護職員	2 名	看護・介護

5. サービスの内容

（１）健康管理（通所リハビリテーション業務および介護予防通所リハビリテーション）

体温・血圧等の測定や問診を通じ、医師・看護師が健康を管理いたします。

（２）機能回復訓練・個別リハビリテーション（通所リハビリテーション）

心身機能の維持・回復を目的に、利用者に適した訓練プログラムを理学療法士、作業療法士および言語聴覚士が作成して実施します。

(3) リハビリテーション会議 (通所リハビリテーション)

対象となる方に対しては、開始日から6ヶ月以内の場合は1月に1回以上、6ヶ月を超えた場合には3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、本人やご家族、サービス提供の構成員と情報を共有します。

(4) 介護予防サービス (介護予防通所リハビリテーション)

要支援①②に係る状態の維持・改善可能性の高い軽度者の状態に応じた自立支援のサービスを実施するとともに、理学療法士を中心に運動器機能向上に係る訓練プログラムを作成して実施します。

6. サービス利用料および利用者負担

利用者負担金は原則として介護保険の給付対象となりますので1割から3割負担となります。

(1-a) 通所リハビリテーション <料金表 (1回あたり・円)>

介護度	基本分
① 要介護1	3 6 9 0
② 要介護2	3 9 8 0
③ 要介護3	4 2 9 0
④ 要介護4	4 5 8 0
⑤ 要介護5	4 9 1 0

(1-b) 通所リハビリテーション加算 (⑦ ⑧ ⑨ は1月に1回まで)

加算項目	負担額
⑥ リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	開始月から6カ月以内 5 9 3 0 開始月から6ヶ月以降 2 7 3 0 医師が利用者またはその家族に説明した場合 上記に加えて2 7 0 0
⑦ 短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院・退所日から3カ月以内 1 1 0 0 / 回
⑧ 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) (II)	(I) 2 0 0 (II) 5 0 (各6カ月に1回)
⑨ 栄養アセスメント加算	5 0 0
⑩ 栄養改善加算	2 0 0 0 (原則3ヶ月以内、月2回限度)
⑪ 口腔機能向上加算 (II)	1 6 0 0 (原則3ヶ月以内、月2回限度)
⑫ 生活行為向上リハビリテーション実施加算	1 2 5 0 0 (6ヶ月以内)
⑬ 移行支援加算	1 2 0
⑭ 介護職員等処遇改善加算 II	月の総単位数 × 8.3 %
⑮ 科学的介護推進体制加算	4 0 0
⑯ 退院時共同指導加算	6 0 0 0
⑰ 業務継続支援に関する加算	1カ月間の延べ利用者が前年度の平均利用者数を5%以上下回った場合、基本報酬を3%加算(3ヶ月間)

(1-c) 通所リハビリテーション減算

減算項目	減算額
⑱ 送迎減算	4 7 0 / 片道 計 9 4 0

※要介護ご利用者の合計および負担金額について

原則として利用料の1割~3割(介護保険負担割合証に記載されている負担割合)をお支払いいただきます。

(2-a) 介護予防通所リハビリテーション＜料金表（1月あたり・円）＞

予防介護度	基本分
① 要支援1	2 2 6 8 0
② 要支援2	4 2 2 8 0

(2-b) 介護予防通所リハビリテーション加算

加算項目	負担額
③ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（Ⅱ）	（Ⅰ） 2 0 0 （Ⅱ） 5 0 （6カ月に1回）
④ 栄養アセスメント加算	5 0 0
⑤ 栄養改善加算	2 0 0 0（原則3カ月以内、月2回限度）
⑥ 口腔機能向上加算（Ⅱ）	1 6 0 0（原則3カ月以内、月2回限度）
⑦ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	月の総単位数 × 8. 3 %
⑧ 一体的サービス提供加算	4 8 0 0
⑨ 科学的介護推進体制加算	4 0 0
⑩ 生活行為向上リハビリテーション実施加算	5 6 2 0（6カ月以内）
⑪ 退院時共同指導加算	6 0 0 0
⑫ 業務継続支援に関する加算	1カ月間の延べ利用者が前年度の平均利用者数を5%以上下回った場合、基本報酬を3%加算(3ヶ月間)

(2-c) 介護予防通所リハビリテーション減算

⑬ 長期間利用に対して	利用開始日の属する月から12カ月超え 要支援1 1 2 0 0 / 月 要支援2 2 4 0 0 / 月
-------------	--

※要支援ご利用者の合計および負担金額について

原則として利用料の1割～3割(介護保険負担割合証に記載されている負担割合)をお支払いいただきます。

7. キャンセル・変更について

- ・利用者が現在受けているサービスを利用・変更したい場合は、すみやかに第1項の連絡先までご連絡ください。
- ・利用者の都合でサービスを中止・変更する場合、サービス利用の前日までにご連絡ください。

※悪天候（台風、積雪等）のため、やむを得ずサービスを中止することがあります。その際は、前日または当日の営業時間前に連絡いたします。振替日等をご相談ください。

8. 緊急時およびの対応

- ・通所リハビリテーション利用中に利用者の急変やその他緊急事態（転倒など）が生じた場合は、臨機応変に応急処置を行なうとともに、速やかに主治医または当直医に報告し適切な処置を行います。
- ・同時にご家族、ケアマネジャーに報告します。

9. 事故発生の対応について

- ・サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに対応し、必要な措置を行ないます。
- ・重大な事故や事態が発生した場合は、県、市町村に報告を行います。
- ・同時にご家族、ケアマネジャーに報告します。

10. 災害時の対応

- ・デイケア利用中に災害（火災・地震など）が発生した場合は、泰平病院にて災害対策本部設置後、指示に従い利用者の安全確保を優先します。
- ・利用者が負傷などをされた場合は緊急時の対応を適切に行ないます。同時にご家族、ケアマネジャーに報告を行ないます。

11. 守秘義務

守秘義務は法律により定められており、緊急による利用者の生命・身体等に危険がある場合を除いて第3者に漏らすことはありません。個人情報使用同意書にあります目的以外に情報を外部に提供しなければならない時は、事前に文書により同意を得ます。

12. 入院医療機関と通所リハビリテーション事業所間の計画書の受け取りと提供の義務

入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対してリハビリテーション計画を作成する場合、入院医療機関のリハビリテーション実施計画書の入手が義務付けられています。

13. 記録の提供

「サービス提供記録書」等の記録は、利用者の求めに応じて閲覧に応じます。

14. サービス内容に関する相談・苦情措置

利用者およびその家族などから苦情ならびに相談が寄せられた場合は、相談窓口を設置して苦情・相談担当者が調査を行い、利用者及び家族に対して説明を行います。

相談窓口 泰平病院相談担当 宮本 詠理 電話番号 092-932-5881

FAX 番号 092-934-0045

福岡県国民健康保険団体連合会介護保険相談窓口

電話番号 092-642-7859

福岡県介護保険広域連合 糟屋支部 電話番号 092-652-3111

15. サービス利用に関する留意事項

・利用者及び利用者の家族等の禁止行為

① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

例：コップを投げつける／蹴る／唾を吐く

② 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）

例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する

③ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話をする

サービス契約の終了

・事業者は、下記の場合には、サービス契約を解除することができる。

① 利用者又は利用者の家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき。

② 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院若しくは病気などにより２ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。

事業者名	医療法人成雅会 泰平病院
介護保険事業所番号	4010419499
住所	福岡県糟屋郡須恵町大字新原 14 番地の 7
代表者	医療法人成雅会 理事長 堤 康雅
電話	092－932－5881
FAX	092－934－0045

上記内容の説明を受け、了承いたしました。

年 月 日

利用者の氏名

保証人の氏名