

(介護予防)通所リハビリテーション 重要事項説明書

様に対する(介護予防)通所リハビリテーションの提供開始にあたり厚生省令第37号第8に基づいて、当事業者が説明すべき重要事項は、以下のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称 医療法人よつば会 ながい内科クリニック
所在地 〒700-0944 岡山市南区泉田五丁目10番32号
電話：086-245-7100 FAX：086-245-0050
運営法人 医療法人よつば会 理事長 永井宏
事業所番号 3310115609

2. 運営方針

1. 事業所の指定通所リハビリテーション事業の従業員は、その利用者が可能な限りその居宅において、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の社会性や心身機能の維持回復を図るべく、必要なりハビリテーション・看護・介護等を行います。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
2. 事業所の指定介護予防通所リハビリテーション事業の従業者は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の社会性や心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すべく必要なりハビリテーション看護・介護等を行います。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 職員体制

1. 管理者 1名(医師) 事業所の従業員の管理や業務の管理を一元的に行います。
2. 従業者 医師 1名(常勤兼務)、
リハビリテーション専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)3名以上、
看介護職員 1名以上、管理栄養士 1名、調理員 1名
職員の専門性に応じた(介護予防)通所リハビリテーションの提供を行います。

4. 営業日及び営業時間

1. 営業日 月・火・水・木・金・土曜日
(但し、祝日、8月13～15日、12月30日～翌年1月3日を除く)
2. 営業時間 8時30分～17時30分(月・火・木・金曜日)
8時30分～12時30分(水・土曜日)
3. サービス提供時間 1単位目：10時00分～13時00分(月・火・木・金曜日)
：9時50分～11時10分(水・土曜日)
2単位目：15時00分～16時20分(月・火・木・金曜日)

5. 利用定員

- 1 単位目：30 名/日（月・火・木・金曜日） 25 名/日（水・土曜日）
- 2 単位目：20 名/日（月・火・木・金曜日）

6. 通常の実施地域

- 岡山市南区（旧灘崎町及び児島半島を除く）
岡山市北区（山陽本線より南、笹ヶ瀬川より東）

7. (介護予防)通所リハビリテーション計画

ながい内科クリニックでは、(介護予防)通所リハビリテーションの提供にあたる従業者が、担当の介護支援専門員が作成する居宅サービス計画の内容を基に、利用者の心身の状況、ご希望、在宅での療養環境にあわせた目標と、その目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した(介護予防)通所リハビリテーション計画を作成します。

従業者は、上記の(介護予防)通所リハビリテーション計画を作成した際は、利用者又はその家族に対し、その内容等について説明、交付し同意を得るものとする。

8. 利用料

1. (介護予防)通所リハビリテーションが介護保険の適用を受ける場合、利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合にてお支払いいただきます。介護保険サービス費については、利用料金表(7～9 頁)をご参照ください。
2. 提供を受ける(介護予防)通所リハビリテーションが、介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
3. サービス提供中に必要になったお食事代(1 単位目：月・火・木・金)、おむつ代は実費を、手工芸等の材料費等はその都度ご説明のうえ実費を請求させていただきます。(7～9 頁)
4. 当事業者は、翌月 15 日までに、サービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細兼請求書を作成し、お渡し致します。
5. 利用料は、口座振替または現金(専用封筒)にてお支払いください。現金の場合、請求書をお渡しした次のご利用時にお支払いください。なお、指定金融機関口座(トマト銀行)への振り込みによるお支払いをご希望の方は職員にお知らせください。

9. 秘密保持

お預かりしている個人情報適切に管理し、主治医や居宅介護支援事業者への、より良い居宅サービス計画作成や(介護予防)通所リハビリテーション指示箋作成に必要な情報の提供など、当該サービス以外の目的で使用致しません。また、情報のやりとりは必要最小限にとどめ、従業者に対する守秘義務は退職後を通じて徹底致します。なお、当事業所が撮影したサービス提供に関する写真をホームページやパンフレット等に掲載する事や、イニシャルやモザイクにより出来る限り個人を特定出来ないように配慮のうえ、在宅療養やサービス利用の経過等を学会や研究会に於いて発表する場合があります。

10. 他機関との各種会議等

利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施する会議について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考に行います。また、会議の開催方法として、参集にて行うもののほかに、テレビ電話装置等を活用して実施する場合があります。

利用者等が参加して実施する会議について、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話装置等を活用して実施する場合があります。

11. 事故発生時の対応

事故が発生した場合は、市町村や利用者の家族、担当の介護支援専門員等に連絡を行い、過失等を勘案のうえ、必要に応じて損害賠償を行うなど、必要な対応を速やかに行います。

当事業所は損害賠償責任保険に加入しています。

12. 緊急時の対応方法

緊急時には、まず主治医に連絡し、医師の指示に従います。また、家族など緊急連絡先への連絡も行います。（緊急時連絡先については、サービス内容説明書 10 頁へご記入下さい）

13. 衛生管理

1. 事業所は、サービスに使用する用備品を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理を十分留意します。
2. 事業所は、感染症が発生した際の予防、又は、まん延防止のために、次の各号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防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね 6 月に 1 回以上開催します。その結果を、従業員に周知徹底します。
 - 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ます。
 - ③ 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を1年に1回以上に実施します。

14. 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や自然災害の発生時において、利用者に対する（介護予防）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、及び非常時の体制での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。

また、従業員に対し、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1年に1回以上に実施します。

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。

15. 虐待の防止

事業所は、利用者の人権擁護および虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。
- ② 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 従業員に対し虐待防止のための研修を1年に1回以上、また従業員の新規採用時に実施します。
- ④ 虐待防止の措置を講じるための担当者を配置します。

16. 身体の拘束等の禁止およびその適正化のための措置

事業所は、利用者の意志及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合を除き、原則として利用者に対し身体拘束は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、必要に応じて家族等に説明を行うものとします。事業者は、身体的拘束の適正化を図るために指針を整備し、従業員に対し研修を定期的実施します。

17. 成年後見制度の活用支援

利用者と適正な契約手続き等を行うため、必要に応じ、成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援します。

18. ハラスメント対策

1. 事業所は、適切な(介護予防)通所リハビリテーションサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。
2. 利用者・家族との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いサービスを提供できるよう次に掲げる各号についてご理解ご協力をお願いいたします。
 - ① 従業員に対する金品等の心づけはお断りしています。従業員がお茶やお菓子、お礼の品物等を受け取ることも事業所として禁止しています。また、金銭・貴重品等の管理にご協力ください。
 - ② ペットをゲージへ入れる、リードにつなぐ等の協力をお願いします。大切なペットを守るため、また、従業員が安全にサービスを行うためにも、訪問中はリードをつけていただくか、ゲージや居室以外の部屋へ保護するなどのご配慮をお願いします。
 - ③ サービス内容に疑問や不満がある場合や、従業員からハラスメントを受けた場合は、遠慮なく管理者にご連絡ください。
 - ④ 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。従業員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

19. サービス利用にあたっての留意事項

利用者は、サービスの提供を受ける際、次に掲げる各号に留意いただきますようお願いいたします。

- ① 他の利用者が適切なサービスの提供を受けるための権利や機会等を侵害してはならないこと。
- ② 事業所の施設や設備等の使用に当たっては、本来の用途に従い適切に使用しなければならないこと。
- ③ 医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるように留意すること。
- ④ 体調不良等によって(介護予防)通所リハビリテーションに適さないと判断される場合には、サービスの提供を中止することがあること。
- ⑤ その他、事業所の規則等を遵守しなければならないこと。

20. ご利用のキャンセルについて

利用者の都合により、サービスをキャンセルや変更する場合は、利用予定日の前日 17 時までにその旨を事業所に連絡いただくことをお願いします。利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない理由で直前のキャンセル等の場合も、出来る限り速やかに事業所に連絡をお願いします。

原則キャンセル料の発生はございませんが、キャンセル等の連絡が前日の 17 時以降の場合は、利用予定日のお食事代のみ請求させていただきます。

21. 苦情申立窓口

お気付きの点がございましたら、お気軽に「ながい内科クリニック 通所リハビリテーション相談窓口」にご相談ください。

〔ながい内科クリニック 通所リハビリテーション 相談窓口〕

解決責任者：永井 宏

受付担当者：杉山 健治

受付時間：営業時間に準じます

設置場所：ながい内科クリニック よつば会リハビリセンター事務室

岡山市南区泉田五丁目 10 番 32 号 TEL:086-245-7100

〔行政等相談窓口〕

岡山市介護保険課 岡山市北区大供 1-1-1 TEL:086-803-1241

岡山市事業者指導課 岡山市北区大供 3-1-18 KSB 会館 4 階 TEL:086-212-1013

岡山県国民健康保険団体連合会 岡山市北区桑田町 17-5 TEL:086-223-8811

22. 証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでもお申し出ください。

23. その他

- ・ 事業者は、従業者等の質的向上を図るための研修の機会を設け、適切な業務体制を整備します。また、従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。
- ・ 利用者本人が所持する現金や、身に着けている衣類、時計、指輪、貴金属等についてはその紛失の責は負いかねます。
- ・ 事業所は、従業者に対し年1回以上の健康診断を受診させるものといたします。
- ・ サービス提供に必要な書類を整備し、その完結より5年間保管を行います。
- ・ 介護度や利用時間、利用回数の変更があった際には、利用料金は変更となります。
- ・ ご不明な点等ございましたら、担当者までご相談ください。

ながい内科クリニック 通所リハビリテーション
利用料金表（要介護）
【1時間以上2時間未満】

1. 介護サービス費用

※岡山市 1単位＝ 10.17 円

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本単位/日	369 単位	398 単位	429 単位	458 単位	491 単位
加算単位/日	理学療法士等体制強化加算 30 単位/日（理学療法士等の配置率）				
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22 単位/回（介護福祉士の配置率）				
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 全体の 8.6 %（介護職員の処遇改善に充当）				
1割負担/日	464 円	497 円	530 円	563 円	600 円
2割負担/日	929 円	994 円	1,061 円	1,126 円	1,200 円
3割負担/日	1,394 円	1,491 円	1,592 円	1,690 円	1,800 円

《条件を満たした場合に算定される加算》

リハビリテーションマネジメント加算	(イ)	6月以内	560 単位/月
		6月超	240 単位/月
	(ロ)	6月以内	593 単位/月
		6月超	273 単位/月
※事業所の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			270 単位/月
生活行為向上リハビリテーション加算	6ヵ月以内		1,250 単位/月
退院時共同指導加算			600 単位
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院(所)または新たに要介護認定から3ヶ月以内		110 単位/日
口腔・栄養スクリーニング加算	(Ⅰ)	(6月に1回)	20 単位/回
	(Ⅱ)	(6月に1回)	5 単位/回
口腔機能向上加算（1月に2回まで）	(Ⅰ)		150 単位/回
	(Ⅱ)	(ロ)	160 単位/回
栄養アセスメント加算			50 単位/月
栄養改善加算（1月に2回まで）			200 単位/回
移行支援加算			12 単位/日
中重度者ケア体制加算			20 単位/日
科学的介護推進体制加算			40 単位/月

《条件に該当した場合に算定される減算》

送迎減算	△47 単位/片道
------	-----------

2. その他の費用

紙オムツ代(1枚当たり)	パンツ式(M):130円 パンツ式(L):143円 尿取りパットテープ付:37円
その他	手工芸等の材料費用はその都度説明の上、実費を請求

（ 令和4年6月1日 現在）

ながい内科クリニック 通所リハビリテーション
利用料金表（要介護）
【3時間以上4時間未満】

1. 介護サービス費用

※岡山市 1単位= 10.17 円

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本単位/日	486 単位	565 単位	643 単位	743 単位	842 単位
加算単位/日	リハビリテーション提供体制加算 12 単位/回（理学療法士等の配置率）				
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22 単位/回（介護福祉士の配置率）				
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 全体の 8.6 %（介護職員の処遇改善に充当）				
1割負担/日	574 円	662 円	747 円	858 円	967 円
2割負担/日	1,149 円	1,324 円	1,494 円	1,716 円	1,934 円
3割負担/日	1,723 円	1,986 円	2,242 円	2,575 円	2,901 円

《条件を満たした場合に算定される加算》

リハビリテーションマネジメント加算	(イ)	6月以内	560 単位/月
		6月超	240 単位/月
	(ロ)	6月以内	593 単位/月
		6月超	273 単位/月
※事業所の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			270 単位/月
生活行為向上リハビリテーション加算	6ヵ月以内		1,250 単位/月
退院時共同指導加算	600 単位		
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院(所)または新たに要介護認定から3ヶ月以内		110 単位/日
口腔・栄養スクリーニング加算	(Ⅰ)	(6月に1回)	20 単位/回
	(Ⅱ)	(6月に1回)	5 単位/回
口腔機能向上加算（1月に2回まで）	(Ⅰ)		150 単位/回
	(Ⅱ)	(ロ)	160 単位/回
栄養アセスメント加算	50 単位/月		
栄養改善加算	(1月に2回まで) 200 単位/回		
移行支援加算	12 単位/日		
中重度者ケア体制加算	20 単位/日		
重度療養管理体制加算	100 単位/日		
科学的介護推進体制加算	40 単位/月		

《条件に該当した場合に算定される減算》

送迎減算	△47 単位/片道
------	-----------

2. その他の費用

お食事代	600円 ※サービス提供時間途中の水分補給は自由
紙オムツ代(1枚当たり)	パンツ式(M):130円 パンツ式(L):143円 尿取りパッド付:37円
その他	手工芸等の材料費用はその都度説明の上、実費を請求

（ 令和4年6月1日 現在）

ながい内科クリニック 介護予防通所リハビリテーション
利用料金表（要支援）

1. 介護予防サービス費用

※岡山市 1単位 = 10.17 円

		要支援1	要支援2
基本単位/月		2,268 単位	4,228 単位
加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	88 単位	176 単位
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	全体の 8.6 % (介護職員の処遇改善に充当)	
1割負担/月		2,602 円	4,864 円
2割負担/月		5,205 円	9,728 円
3割負担/月		7,807 円	14,592 円

※ただし、以下の場合は、日割り計算となる。

- ・介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)を利用した場合
- ・月途中の入居または退居の場合
- ・月途中の区分変更により、要支援1⇔要支援2または要介護⇔要支援となった場合

《条件を満たした場合に算定される加算》

生活行為向上リハビリテーション加算	6ヵ月以内	562 単位/月
退院時共同指導加算		600 単位
口腔・栄養スクリーニング加算	(Ⅰ) (6月に1回)	20 単位/回
	(Ⅱ) (6月に1回)	5 単位/回
口腔機能向上加算	(Ⅰ)	150 単位/月
	(Ⅱ)	160 単位/月
一体的サービス提供加算		480 単位/月
栄養アセスメント加算		50 単位/月
栄養改善加算		200 単位/月
科学的介護推進体制加算		40 単位/月

《条件に該当した場合に算定される減算》

12ヶ月を超えての利用の場合の減算	要支援1 △ 120 単位/月	要支援2 △ 240 単位/月
-------------------	-----------------	-----------------

※ 12月以上利用を継続し、リハビリテーション会議の未実施 及び LIFEの未提出となった場合

2. その他の費用

お食事代	600円 ※サービス提供時間途中の水分補給は自由
紙オムツ代(1枚当たり)	パンツ式(M):130円 パンツ式(L):143円 尿取りパットテープ付:37円
その他	手工芸等の材料費用はその都度説明の上、実費を請求

(令和4年6月1日 現在)

ながい内科クリニック(介護予防)通所リハビリテーション

サービス内容説明書

当事業者が _____ 様に提供する(介護予防)通所リハビリテーションサービスは以下の通りです。

1. 提供するサービス

参加曜日	種別	利用時間	送迎	食事	リハビリ	栄養	口腔	備考
曜日	時間	～						
曜日	時間	～						
曜日	時間	～						

2. 送迎時間

参加曜日	お迎えの時間				お送りの時間				
曜日	時	分	～	時	分	頃	時	分	頃
曜日	時	分	～	時	分	頃	時	分	頃
曜日	時	分	～	時	分	頃	時	分	頃

※交通事情や参加の状況等により変動する場合がございます。

緊急時連絡先

令和 年 月 日

(主治医)

(緊急連絡先)

医療機関 _____

氏名 _____ (続柄: _____)

担当医 _____

住所 _____

所在地 _____

連絡先① _____

電話番号 _____

連絡先② _____

ながい内科クリニック(介護予防)通所リハビリテーション

同 意 書

(利用者 甲)

私は、乙から重要事項及びサービス内容の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

住 所

氏 名 (署名代行者)

(署名を代行した理由)

電話番号

同意家族氏名 (続柄:)

(事業者 乙)

当事業者は(介護予防)通所リハビリテーションの提供開始に当たり、甲に対して重要事項説明書及びサービス内容説明書に基づいて、重要事項及びサービス内容を説明しました。

サービス事業者 医療法人よつば会 ながい内科クリニック 通所リハビリテーション

事務所所在地 岡山市南区泉田五丁目 10 番 32 号

説明担当者