

医療法人社団 健育会
竹川病院

(介護予防)通所リハビリテーション
重要事項説明書

H29. 8. 1 改正

H30. 4. 1 改正

R1. 5. 1 改正

R1. 10. 1 改正

R2. 4. 1 改正

R2. 7. 1 改正

R2. 9. 1 改正

R3. 4. 1 改正

R4. 10. 1 改正

R5. 2. 1 改正

R5. 4. 1 改定

R6. 6. 1 改定

重要事項説明書

1 サービスについての相談窓口	2
2 事業者の概要	2
3 提供するサービス内容	2
4 利用料金	3
5 サービスの利用方法	4
6 サービスの特徴	4
7 緊急時の対応	5
8 非常災害対策	6
9 身体拘束・虐待の禁止	6
10 守秘義務に関する対策	6
11 サービス内容に関する苦情	6
12 事業者の概要	6

(介護予防)通所リハビリテーション重要事項説明書

1. サービスについての相談窓口

電話 : 03-5922-6322(代表)、03-5922-6374(直通)
月～金曜日(9:00～17:00,12月30日～1月3日を除く)

担当者: 五十嵐 暢子

※ご不明な点は、何でもご相談ください。

2. 事業者の概要

(1)概要

名称	竹川病院通所リハビリテーションセンター
所在地	東京都板橋区桜川2-10-7
事業者番号	(介護予防)通所リハビリテーション (東京都 1311970847 号)
サービス提供地域	板橋区(大谷口・小茂根・桜川・東新町・東山町・弥生町・上板橋・常盤台 南常盤台・向原・小竹向原・若木・中台・前野町) 練馬区(氷川台・錦・平和台・羽沢)

※上記地域以外の方は、遠慮なくご相談ください。

(2)職員体制

	職務内容	常勤	非常勤	合計
管理者(院長)	業務の一元的な管理	1		1
機能訓練指導員	機能訓練および指導	11		11
看護師(もしくは准看護師)	緊急時の対応・心身の健康管理、保健衛生管理			
介護職員	介護全般の支援・アクティビティの実施	7	1	8

(3)当事業者の設備等

	(介護予防)通所リハビリテーション
定員	205名
食堂兼機能訓練室	1室
相談室	1室
送迎車	9台
浴室	なし

(4)サービス提供時間 午前8時50分から午後4時00分

(5)営業時間 午前8時30分から午後5時15分

(6)営業日 月曜日から金曜日 (ただし、年末年始を除く)

3. 提供するサービス内容

- ①送迎 自宅から事業所間の送迎を行います。片道のみの利用も可能です。
- ②健康チェック 血圧・脈拍・体温を測定し、状態の確認を行います。服薬管理も行います。
- ③食事サービス 利用者の方に合った食事を提供します。
- ④生活相談 日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。
- ⑤リハビリテーション 通所リハビリテーション計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。
- ⑥アクティビティサービス レクリエーション活動・創作活動・行事活動等を行います。
- ⑦家族会 家族同士の交流にて、お互いを理解し共感できる場を提供します。
サービス従事者と家族との交流にて、情報交換を行い、相談及び支援を行います。

4. 利用料

(1) 基本料金

①通常規模型予防通所リハビリテーション

*特別区地域加算(11.10円)をかけて計算いたします。負担金は参考金額です。

	サービス内容略称	1月あたりの基本単位	1割	2割	3割
<input type="checkbox"/> 要支援 1	予防通所リハビリ11	2268単位	¥2,517	¥5,034	¥7,551
<input type="checkbox"/> 要支援 2	予防通所リハビリ12	4228単位	¥4,693	¥9,386	¥14,079

②通常規模型通所リハビリテーション(1時間以上2時間未満)

	サービス内容略称	1回あたりの基本単位	1割	2割	3割
<input type="checkbox"/> 要介護 1	通所リハII 11	369単位	¥410	¥820	¥1,230
<input type="checkbox"/> 要介護 2	通所リハII 12	398単位	¥442	¥884	¥1,326
<input type="checkbox"/> 要介護 3	通所リハII 13	429単位	¥476	¥952	¥1,428
<input type="checkbox"/> 要介護 4	通所リハII 14	458単位	¥508	¥1,016	¥1,524
<input type="checkbox"/> 要介護 5	通所リハII 15	491単位	¥545	¥1,090	¥1,635

③通常規模型通所リハビリテーション(4時間以上5時間未満)

	サービス内容略称	1回あたりの基本単位	1割	2割	3割
<input type="checkbox"/> 要介護 1	通所リハII 41	553単位	¥614	¥1,228	¥1,842
<input type="checkbox"/> 要介護 2	通所リハII 42	642単位	¥713	¥1,426	¥2,139
<input type="checkbox"/> 要介護 3	通所リハII 43	730単位	¥810	¥1,620	¥2,430
<input type="checkbox"/> 要介護 4	通所リハII 44	844単位	¥937	¥1,874	¥2,811
<input type="checkbox"/> 要介護 5	通所リハII 45	957単位	¥1,062	¥2,124	¥3,186

(2) 加算

①通常規模型予防通所リハビリテーション

加算名		単位数	1割	2割	3割
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)1 支援1	88単位/月	¥97	¥194	¥291
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)2 支援2	176単位/月	¥195	¥390	¥585
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	40単位/月	¥44	¥88	¥132

②・③通常規模型通所リハビリテーション

加算名		単位数	1割	2割	3割
<input type="checkbox"/>	理学療法士等体制強化加算(1時間~2時間のみ)	30単位/回	¥33	¥66	¥99
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション提供体制加算(4時間~5時間のみ)	16単位/回	¥17	¥34	¥51
<input type="checkbox"/>	短期集中リハビリテーション実施加算 (退院・認定日3月以内)	110単位/回	¥122	¥244	¥366
<input type="checkbox"/>	リハビリテーションマネジメント加算(ロ) (同意日の属する月から6月以内)	593単位/月	¥658	¥1,316	¥1,974
<input type="checkbox"/>	リハビリテーションマネジメント加算(ロ) (同意日の属する月から6月 超)	273単位/月	¥303	¥606	¥909
<input type="checkbox"/>	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	270単位/月	¥300	¥600	¥900
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位/回	¥24	¥48	¥72
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	40単位/月	¥44	¥88	¥132

①・②・③通常規模型(予防)通所リハビリテーション共通

<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	基本単位 + 加算料金の 8.6%			
<input type="checkbox"/>	退院時共同指導加算	600単位/回	¥666	¥1,332	¥1,998

(3) 実費負担

- 昼食 1食あたり ¥800 おやつ代 ¥50
- オムツ代 リハビリパンツ 1枚あたり ¥100 パット 1枚あたり ¥50
- 送迎 前期サービス提供地域以外の方は実費請求することがございます。
- その他 レクリエーション材料費・行事参加にかかる費用等につきましては、実費とし、利用者又はご家族に事前に説明をして同意を得たものとします。

(4)キャンセル規定

③利用日の前日の午後5時までにご連絡頂いた場合	無料
③利用日の前日の午後5時までにご連絡頂かなかった場合	昼食 ¥800
①②③当日キャンセルの受付時間	当日10:00まで

(5)利用料金の支払い方法

毎月15日までに前月分の請求書をお渡し致します。料金は月ごとの一括請求となり、27日(休業日の場合は翌営業日)に銀行口座引き落としとなります。

5. サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当事業者職員がお伺いします。サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、通所リハビリテーション計画書を作成し、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2)サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに書面でお申し出下さい。

②当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足ややむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合には、終了1ヶ月前までに書面で通知致します。

③自動終了

以下の場合は、双方の書面がなくても、自動的にサービスを終了致します。

- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・利用者が亡くなられた場合

④その他

- ・当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者や家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は、当事業者が倒産した場合、利用者は書面で解約を通知することにより、すぐにサービスを終了することが出来ます。
- ・次の事由に該当した場合は事業者は書面で通知することにより、直ちにサービスを終了する事が出来ます。

- 1、利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう勧告後、指定期日までに支払いがない場合
- 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
- 3、利用者が入院もしくは、病気により、3ヶ月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
- 4、利用者や家族などが、サービス従事者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

6. サービスの特徴

(1)運営の方針

事業者のサービス従事者は、要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な支援を行います。

事業の実施にあたっては、区市町村、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。

一人ひとりのあるがままを受け入れ、その人らしさを大切にします。又、一人ひとりの持っている力を大切に、さりげない支援を行い、「居心地の良い場所」にこだわっていけるような事業内容にします。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

① 医療保険との併用について

- ・介護保険利用につき、医療保険との併用はできません。

② 体調の確認・体調不良時について

- ・朝に検温してご来所下さい。もし、37.0℃以上ある場合はご利用をお控えください。
- ・体調不良、病気等の異変があった場合、サービス内容の変更、中止、または提供をお断りすることがあります。
- ・別途、感染対策へのご協力をお願いすることがございます。

③ 送迎について

- ・自宅までサービス従事者が伺いますので、準備をしてお待ち下さい。
- ・送迎は自宅から事業所間となります。途中下車はご遠慮下さい。
- ・新規、終了、長期欠席の利用者の増減員により、送迎時間に変更になる場合があります。
- ・送迎時間の変更は、利用前日の夕方まで(サービスが休みの日は、その前日)に電話かFAX・連絡帳への記入等にてお知らせ致します。前日までにつながらなかった場合、交通事情や天候により大幅に時間の変更がある場合は、当日の朝に連絡させて頂きます。

④ 昼食・おやつのカンセルについて

- ・利用前日の午後5時以降の連絡につきましては、昼食 800円のご負担を頂きます。

⑤ 入退院について

- ・入院された場合は、ご連絡下さい。退院後のサービス開始は、医師のサービス利用許可が出てからとなります。

⑥ 感染症及び伝染病について

- ・利用以前及び、以後に感染症や伝染病の疑いのある方は、完治されるまでサービスの利用は出来ません。サービス利用再開時は、医師の証明書が必要になります。

⑦ 設備、器具の利用について

- ・機能訓練機器は危険の恐れがある為、サービス従事者等の指導以外でのご利用はご遠慮下さい。

利用者の故意、重過失により施設、器具等を破損した場合、賠償して頂く場合がありますのでご了承下さい。

⑧ その他について

- ・金品、現金等の貴重品は持参しないで下さい。紛失等の責任を負いかねますのでご了承下さい。又、金銭及び食べ物のやりとりは、ご遠慮下さい。管理や衛生面及び、これに関わる事故(食中毒)につきましては、責任を負いかねますので、ご了承下さい。
- ・食べ物、飲料水等の持参はご遠慮下さい。利用中の食事は特段の事情がない限り事業者が提供する食事を摂取して頂きます。
- ・センター内での喫煙は出来ません。
- ・他の利用者やサービス従事者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利目的の活動を行うことは出来ません。
- ・サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしはご遠慮させて頂きます。
- ・フロア内での携帯電話の使用はご遠慮ください。ご利用中は電源をお切りになるかマナーモードに設定をお願いします。※エントランスではご利用いただけません。
- ・その他、契約内容に反する時は利用を中止及び解約させて頂きます。

7. 緊急時の対応

(1) 事故発生時

- ・予期せぬ不測の事態に備えて安全の確保と対策を重視しておりますが、万が一、サービスの提供中に事故が発生した場合は、速やかに対応すると共に、家族や区市町村・緊急連絡先・介護支援専門員・その他関係機関に連絡致します。

(2) 急変時

- ・サービス提供中に、利用者の健康状態が急変した場合は、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡をし、必要な処置が受けられるよう措置を講じます。又、あらかじめ届けられた緊急連絡先に連絡すると共に家族・介護支援専門員・その他関係機関に速やかに報告致します。

協力医療機関	医療法人社団 健育会 竹川病院
住所	東京都板橋区桜川2-19-1
電話番号	03-6413-1300

8. 非常災害対策

- ・防災時の対応 迅速かつ冷静に行動し、利用者の安全に努めます。
- ・防災設備 スプリンクラー、有人通報設備
- ・防災訓練 年2回の避難訓練及び防災訓練
- ・防火責任者 島山 智貴

9. 身体拘束・虐待の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得ると共に、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。また、虐待防止マニュアルに基づき、従業者への教育を徹底するとともにいかなる場合においても利用者に対し虐待は行いません。

10. 守秘義務に関する対策

事業者及びサービス従事者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。
又、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、サービス従事者に周知しております。

11. サービス内容に関する苦情

円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制、手順として、利用者、家族、その他関係者との事情聴取や調整を行い、必要がある場合には区市町村にも報告を行い、今後の再発防止に努めていきます。

相談、苦情に対する担当者は下記の通りです。担当者が不在の時は、基本的な事項については誰でも対応できるようにすると共に、担当者に引き継いでいきます。

① 当事業者

相談・苦情 窓口担当者		受付時間
管理者(院長)	原田 俊一	月～金 (祝日・12月30日～1月3日を除く) 午前9時00分～午後5時00分
担当者	矢澤 祥子	
電話番号	03-5922-6322(代表)	

② 当事業者以外

○板橋区	健康生きがい部 介護保険課
担当課	板橋区介保保険苦情相談室
電話番号	03-5979-2079
○練馬区	地域包括支援センター(総合福祉事務所内)
練馬(〒176地域の方)	03-3993-1111(代表)
光が丘(〒179地域の方)	03-5997-7716
○東京都	東京都国民健康保険団体連合会
電話番号	03-6236-0177(直通)

12. 事業者の概要

名称・法人種別	医療法人社団 健育会
代表者役職・氏名	理事長 竹川節男
本部所在地	東京都板橋区桜川2-19-1
電話番号	03-3966-8781

令和 年 月 日

通所リハビリテーションを利用するにあたり、利用者に対して重要事項説明書の説明をし、
交付をするため、本書を2通作成し、利用者、事業者が署名・押印の上、1通ずつ保有する
ものとする。

事業者所在地 東京都板橋区桜川2丁目10番地7号
名称 医療法人社団 健育会 竹川病院 通所リハビリテーションセンター
(指定事業者番号 1311970847 号)

代表者 竹川 節 男 印

説明者
氏 名 _____ 印

利用者
住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者は署名が困難であるため、私が利用者の意思を確認して署名を代行致しました。

(署名代行者)
住 所 _____

氏 名 _____ 印
(利用者とのご関係)

個人情報の利用目的および開示についての同意書

私は、この度事業所(竹川病院通所リハビリテーションセンターのサービスセンター)のサービスを利用するにあたり、下記の事項についてサービス利用者の個人情報を開示することに同意いたします。

- 1 介護支援専門員の主催するサービス担当者会議やその他会議等において、利用者及びその家族の最低限必要な情報を開示する事。
- 2 サービス利用者に医療上緊急の必要性がある場合及びその他緊急時に、医療機関等に利用者に関する心身状況等の情報を提供する事、並びにそれに付随して利用者の家族の情報を提供する事。
- 3 サービスの質の向上を目的とした、評価機関によるサービス事業者の審査のため、利用者及びその家族の個人情報を用いる事。
- 4 サービス事業所間の連携に関わる情報を開示する事。

該当するものに○をつけてください

1. 施設フロア内での写真・お名前の掲示 (はい ・ いいえ)
2. 広報誌等での写真・お名前の掲示 (はい ・ いいえ)

◇ その他

竹川病院通所リハビリテーションセンターでは、地域との交流や、利用希望の方などが見学にこられる場合がございます。また、実習生や地域のボランティアの受け入れも行っております。その方々と触れ合う時間なども考えておりますので、不都合がある方はお申し出ください。必要に応じて、対応をさせていただきます。

令和 年 月 日

医療法人社団 健育会
竹川病院通所リハビリテーションセンター 殿

(ご利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

利用者は署名が困難であるため、私が利用者の意思を確認して署名を代行致しました。

(署名代行者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____
(利用者とのご関係)