かんべ整形リハビリクリニック　通所リハビリテーション
重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている通所リハビリテーション及び、介護予防通所リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1　事業者の概要

名称	医療法人　有心会
代表者名	新里　徹
所在地	豊橋市松村町 51
連絡先	0532-47-3663

2　事業所の概要

事業所名	かんべ整形リハビリクリニック通所リハビリテーション
所在地	田原市神戸町堀池 51-1
連絡先	0531-24-2252
事業所番号	２３１７１００３８２
管理者氏名	後藤　祐太

3　職員体制

当事業所では、ご契約者に対して通所リハビリテーション及び、介護予防通所リハビリテーションサービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

職種	職務内容	人数	勤務体制
管理者	医師	１名	常勤兼務
理学療法士	理学療法士	５名	常勤兼務５名
作業療法士	作業療法士	０名	常勤兼務０名
リハビリ助手	リハビリ助手	２名	常勤兼務２名

4　サービス実施エリア及び営業日

実施地域	田原市及びその周辺

営業日	営業時間
月曜日～木曜日、土曜日 （祝日、夏期休暇、年末、年始は除く）	８：３０～１９：００ （土曜日８：３０～１２：３０）
提供日	提供時間
月曜日～木曜日 （祝日、夏期休暇、年末、年始は除く）	１３：００～１５：００

5　事業の目的と運営方針

＜事業の目的＞

通所リハビリテーション及び、介護予防通所リハビリテーションサービスの必要を認めた者に対し、医師の指示に基づき心身状態の維持回復、また日常生活動作の維持改善を図るため、当事業所の理学療法士、作業療法士が必要なリハビリテーションサービスを行うことを目的とします。

＜運営方針＞

1　医学的管理の下、ご契約者の心身の状態に応じた計画を立て、日常生活動作の維持、回復を図り、在宅で過ごすための動作能力を最大限引き出すことに努めていきます。
2　事業の実施にあたり、地域の保健、医療、福祉サービスを提供する関連機関との密接な連携を図り、適切なサービスの提供を行うよう努めていきます。

6　サービスの内容

＜内容＞

ご契約者の心身の評価を行い、心身機能、日常生活動作の維持向上に向けて、計画を立て実施、指導、助言を行います。また、ご家族、関係事業所へ情報提供、助言を行います。
食事、入浴のサービスはございません。水分の提供はございませんので各自持参して頂くか、自動販売機での購入をお願いします。また、利用者同士での飲食物等の受け渡しは、禁止とさせて頂きます。

＜提供時間＞

実施日、実施回数等は、「居宅サービス計画及び介護予防サービス計画書」（以下ケアプラン）の通りとします。但し、医師の指示により実施回数の変更があった場合は、ご契約者、関係事業所と相談の上決定します。

7　費用

介護保険の適用がある場合は、原則として費用に要した額の１割から３割が利用者負担額となります。
１単位は１０．１７円です。

＜通所リハビリテーション費＞
①基本単位（1時間以上2時間未満の利用）

要介護度	利用単位 （1日当たり）
要介護１	３６９単位
要介護２	３９８単位
要介護３	４２９単位
要介護４	４５８単位
要介護５	４９１単位

②その他の単位

	算定回数等	利用単位
通所リハ短期集中個別リハ加算	短期集中リハビリテーションを実施した日数	１１０単位
通所リハ送迎減算	片道につき	－４７単位

※　通所リハ短期集中個別リハ加算は、退院（所）日又は認定日から起算して３月以内の期間に、１週につきおおむね２日以上、１日当たり４０分以上個別にリハビリテーションを集中的に実施した場合に算定します。
※通所リハ送迎減算は、送迎を実施しない場合に算定します

＜介護予防通所リハビリテーション費＞
①基本単位（１時間以上２時間未満の利用）

要介護度	利用単位 (1月当たり)
要支援１	２２６８単位
要支援２	４２２８単位

②その他の単位

指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して１２月を超えた期間に指定介護予防通所リハビリテーションを行う場合、１月につき次に掲げる単位数を減算する。

	算定回数等	利用単位
要支援１	１月につき	―１２０単位
要支援２	１月につき	―２４０単位

＜介護保険給付対象外サービス＞
介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は全額負担となります。

8　お支払い方法

料金は１ヶ月ごとに計算し、翌月ご請求しますので以下の方法でお支払いください。
①　かんべ整形リハビリクリニックに直接持参

9 緊急時等における対応方法

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、主治医、ご家族の他 救急隊、介護支援 事業者などへ連絡をします。

１０ 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措 置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行いま す。また、事故の状況及び事故に関してとった処置ついて記録するとともに、その原因を解明し、 再発生を防ぐための対策を講じます。

１１ 損害賠償

当事業所のサービス提供中に、ご利用者の生命、身体、財産に対して賠償すべき事故が発生した 場合は、誠意をもって速やかに損害賠償いたします。ただし、天変地異などの不可抗力による場合 など、事業者に故意過失がなかった場合はこの限りではありません。また事故発生時にご利用者に 重大な過失があった場合は損害賠償を減じることがあります。

１２ 非常災害対策

非常災害の発生に備え、避難経路及び協力機関等との連携方法を策定し、定期的に避難誘導訓練 を実施します。

１３ 個人情報保護の取り扱いについて

事業所に従業員は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。事業所の従業員であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を漏らしません。事業者は、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、必要な範囲内でご利用者又はご家族の個人情報を用いることがあります。事業者は、ご利 用者の求めに応じてサービス提供記録を開示することがあります。

１４　虐待・身体拘束の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1　虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
2　虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。
3　従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。
4　虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。

１５　衛生管理について

事業所において感染症等が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

1　職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
2　事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
3　事業所における感染症等の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
4　事業所における感染症等の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
5　従業者に対し、感染症等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

１６　業務継続に向けた取組の強化について

１　感染症等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及び、介護予防通所リハビリテーション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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

２　従業者に対し、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定期的に実施染ます。

３　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。

１７　サービス内容に関する苦情等相談窓口

事業者の窓口　**かんべ整形リハビリクリニック　相談窓口　鈴木　亮介**
所在地　〒441-3415　田原市神戸町堀池 51-1
電話　0531-24-2252
ＦＡＸ　0531-22-5557
受付時間　平日 8：00～19：00

保険者の窓口　**田原市役所　高齢福祉課**
所在地　〒441-3492　田原市田原町南番場 30 番地 1
電話　0531-22-1111
ＦＡＸ　0531-23-0180
受付時間　平日 8：30～17：15

保険者の窓口　**豊橋市役所　長寿介護課**
所在地　〒440-8501　豊橋市今橋町 1 番地
電話　0532-51-2359
ＦＡＸ　0532-56-3810
受付時間　平日 8：30～17：15

公的団体の窓口　**愛知県国民健康保険団体連合会　介護保険課**
所在地　〒461-0001　名古屋市東区泉 1 丁目 6 番 5 号
電話　052-971-4165
ＦＡＸ　052-962-8870
受付時間　平日 9：00～17：00

相談の窓口　**東三河広域連合　介護保険課**
所在地　〒440-0806　愛知県豊橋市八町通 2 丁目 16 番地（豊橋市職員会館 5 階）
電話　0532-26-8471
ＦＡＸ　0532-26-8475

１８　第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	□　あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	□あり　□なし
	☑　なし		

令和　　年　　月　　日

当事業所のサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

かんべ整形リハビリクリニック　通所リハビリテーション　説明者　　印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、サービスの提供の開始に同意しました。

契約者

氏名　　印

住所

氏名　　印　（続柄：　　）

住所

＊　この重要事項説明書は、厚生省令に基づき、契約申込者、又はそのご家族への重要説明のために作成したものです。
＊　重要事項説明書は２部作成し、１部は事業所用、１部はご利用者用として保管します。