

通所リハビリテーション 重要事項説明書

1) 通所リハビリテーション事業者(法人)の概要

名称・法人種別	医療法人社団 明芳会
代表者名	理事長 中村 哲也
所在地・連絡先	(住所) 東京都板橋区小豆沢2-12-7 (電話) 03-3967-1181 (FAX) 03-3967-4941

2) 事業所の概要

(1)事業所名称及び事業所番号

事業所名	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院
所在地・連絡先	(住所) 神奈川県横浜市戸塚区川上町690番地2 (電話) 045-822-4151 (FAX) 045-825-3850
事業所指定番号	神奈川県1411002740号
管理者の氏名	院長 中尾 健太郎

(2)事業所の職員体制

従業者の職種	専従者人数	非専従者人数	備考
管理者		1名	病院長
医師		1名	外来兼務
理学療法士		2名	訪問リハ兼務
作業療法士	1名	3名	訪問リハ兼務
言語聴覚士		1名	病棟兼務
介護福祉士	1名		送迎担当含む
介護助手	5名		送迎担当含む
看護師・准看護師	1名		
管理栄養士		3名	病棟兼務
事務員	1名		

(3)事業の実施地域

事業の実施地域	横浜市戸塚区 横浜市泉区 横浜市港南区 横浜市保土ヶ谷区 横浜市旭区 *詳細は別紙地図及び運営規定による
---------	---

(4)営業日・休業日

営業日	営業時間
月曜日～土曜日	8:30～17:30 サービス提供時間は9:50～16:00
休業日	日曜日・祝祭日・12月30日～1月3日

3) サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア. サービスの内容

種類	内容
機能訓練 理学療法士 (PT) 作業療法士 (OT) 言語聴覚士 (ST)	専門のリハビリスタッフの評価のもと、ご利用者様の状況に適した機能訓練を行います。残存機能を活用し、自宅での生活が継続できるように身体機能の維持回復に努めます。医師の指示により個別リハビリを行います。
レクリエーション (介護福祉士・介護助手)	手芸、書道、ゲーム、将棋、園芸等、各種趣味活動の場を提供し、生活に変化を持たせ、趣味に広がりを持てるよう努めます。
健康チェック (看護師)	服薬の管理や血圧測定などご利用者様の全身状態の把握を行います。日々の体調の変化など気になる事がございましたらお知らせ下さい。
排泄 (全スタッフ)	ご利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切に援助を行います。
相談・援助 (全スタッフ)	サービスに関することは勿論、生活上でお困りのこと等に対してご相談をお受けします。スタッフまでお気軽にお声がけ下さい。病院にはソーシャルワーカーも配置していますので問題解決のお手伝いを致します。
送迎 (全スタッフ)	ご自宅から当施設まで介護職員を伴った送迎専用車で送迎いたします。車椅子の方もお気軽にご相談下さい。送迎サービスの利用は任意ですが、利用しない場合は介助者の付き添いまたは介護タクシーの利用をお願い致します。

理学療法士 (PT) : 主に身体機能や基本動作の改善を目的にリハビリを行います。

作業療法士 (OT) : 主に上肢機能や日常生活動作全般のリハビリを行います。

言語聴覚士 (ST) : 主に言語機能や高次脳機能、飲み込みのリハビリを行います。

看護師 : 医師の指示の下に利用者の診療を補助します。また医療の専門的な知識、技術に基づいて利用者をケアします。

介護福祉士 : 専門的知識をいかしてその人や介護者に対して介護に関する専門的、技術的指導・助言を行います。

介護助手 : ご利用中の排泄やレクリエーション等、生活全般について介護を行います。

○加算項目 (1日につき)

項目	条件	単位数	金額(円)	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
リハマネジメント加算31(6月以内)	1月につき	793	8,627	863	1,726	2,589
リハマネジメント加算32(6月超)		473	5,146	515	1,030	1,544
リハマネジメント加算4		270	2,937	294	588	882
生活行為向上リハ加算		1,250	13,600	1,360	2,720	4,080
栄養アセスメント加算		50	544	55	109	164
科学的介護推進体制加算		40	435	44	87	131
口腔機能向上加算Ⅱ I (要介護)	1月につき2回まで	155	1,686	169	338	506
口腔機能向上加算Ⅱ (要支援)	1月につき1回まで	160	1,740	174	348	522
退院時共同指導加算	退院時	600	6,528	653	1,306	1,959
口腔栄養スクリーニング加算	1月につき1回	5	54	6	11	17
移行支援加算	1日につき	12	130	13	26	39
短期集中個別リハ加算 (3ヶ月以内)		110	1,196	120	240	360
送迎減算	片道につき	-47	-511	-52	-103	-154

*リハビリテーションマネジメント加算 31 32 医師がリハビリテーション実施にあたり詳細な指示を行い、3月に1回以上リハビリテーション会議を開催、介護支援専門員等と情報共有、情報を厚生労働省に提出している場合に加算。

*リハビリテーションマネジメント加算 4 医師がリハビリテーションの説明を行った場合に加算

*生活行為向上リハビリテーション加算 専門的な知識や経験を有するセラピストが配置され、定められた期間中に生活行為の内容の充実を図る為の目標を踏まえたリハビリテーション実施計画を定め提供する。

*栄養アセスメント加算 栄養状態の課題を把握・対応し、厚生労働省に情報を提出している場合に加算。

*科学的介護推進体制加算 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に

	係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合に算定。
*口腔機能向上加算	口腔機能の低下、または低下する恐れがある方を対象に、指導を行った場合に算定。
*退院時共同指導加算	リハビリテーション事業所の医師、セラピストが退院前カンファレンスに参加した場合に加算。
*口腔栄養スクリーニング加算	口腔の健康状態について確認を行った場合に加算。
*移行支援加算	指定通所リハビリテーションの提供を終了した者のうち、通所事業その他社会参加に資する取組を実施した者の占める割合が100分の3を超えていること。
*短期集中リハビリテーション実施加算	退院・退所直後又は初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、リハビリテーションを実施した場合に加算。
*送迎減算	送迎を行わなかった場合に減算。

イ. 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金をご利用者様の負担金となります。

ご利用者様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】 *料金算定には地域加算1単位につき10.88円が含まれます。

	項目	単位数	金額(円)	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
予防通所リハビリテーション	要支援1	2,268	24,675	2,468	4,935	7,403
	要支援2	4,228	46,000	4,600	9,100	13,800
1時間以上 2時間未満	要介護1	369	4,014	402	803	1,205
	要介護2	398	4,330	433	866	1,299
	要介護3	429	4,667	467	934	1,401
	要介護4	458	4,983	499	997	1,495
	要介護5	491	5,342	535	1,069	1,603
2時間以上 3時間未満	要介護1	383	4,167	417	834	1,251
	要介護2	439	4,776	478	956	1,433
	要介護3	498	5,418	542	1,084	1,626
	要介護4	555	6,038	604	1,208	1,812
	要介護5	612	6,658	666	1,332	1,998
3時間以上 4時間未満	要介護1	486	5,287	529	1,058	1,587
	要介護2	565	6,147	615	1,230	1,845
	要介護3	643	6,995	700	1,399	2,099
	要介護4	743	8,083	809	1,617	2,425
	要介護5	842	9,160	916	1,832	2,748
4時間以上 5時間未満	要介護1	553	6,016	602	1,204	1,805
	要介護2	642	6,954	699	1,397	2,096
	要介護3	730	7,942	795	1,589	2,383
	要介護4	844	9,182	919	1,837	2,755
	要介護5	957	10,412	1,042	2,083	3,124
5時間以上 6時間未満	要介護1	622	6,767	677	1,354	2,031
	要介護2	738	8,029	803	1,606	2,409
	要介護3	852	9,269	927	1,854	2,781
	要介護4	987	10,738	1,074	2,148	3,222
	要介護5	1,120	12,185	1,219	2,437	3,656
6時間以上 7時間未満	要介護1	715	7,779	778	1,556	2,334
	要介護2	850	9,248	925	1,850	2,775
	要介護3	981	10,673	1,068	2,135	3,202
	要介護4	1,137	12,370	1,237	2,474	3,711
	要介護5	1,290	14,035	1,404	2,807	4,211

- 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービスを提供した時間ではなく、ご利用者様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- 介護保険での給付の範囲を越えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額がご利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。
- ご利用の条件下での端数処理により、金額が異なる場合があります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

(ア) 食事サービス費

嚥下評価等のため臨時で食事提供をする場合は、実費を頂きます。

(イ) オムツ・リハビリパンツ・パッド代

オムツ等を使用される方は必要枚数お持ちください。尚、不足した場合は、当事業所が用意するオムツ等を使用して頂きます。その場合、下記の通り実費を頂きます。

オムツ 税込み (税率10%)	リハビリパンツ 税込み (税率10%)	パッド 税込み (税率10%)
330円	220円	110円

(ウ) 作業療法物品材料費

当施設では作業療法士によるリハビリの一環としてクラフト手芸やマクラメなどの工作を行っております。個々のニーズに合わせて行っておりますので、ご希望の方はスタッフまでお声掛け下さい。なお、作業で使う材料費は実費でご負担いただきます。

材料費は事務処理確認後、翌月の利用料請求書の中で「材料費」として徴収させていただきます。

(エ) キャンセル料

キャンセル料は徴収しておりませんが、お休みの予定が分かり次第、早めにお知らせ下さい。

(3) 利用料のお支払方法

利用料請求書は月末締め、翌月15日頃に発行し、連絡帳袋内へ同封致しますのでご確認ください。

尚、支払いは口座自動引き落とし、または窓口払いをお願いいたします。

請求書発行月の27日(利用月の翌月)にご指定の金融機関の口座から引き落としをさせていただきます。

4) ご不明な点等ございましたら、スタッフ又は医事課担当者までお気軽にお声掛け下さい。

事業所の特色

(1) 事業の目的

要介護状態などのご利用者様に対し、可能な限りその居宅において、現存する能力に応じて自立した日常生活を営む事ができるよう、リハビリテーションを行いご利用者様の心身の機能の維持・回復を図ることを目的とする。

(2) 運営方針

- ・医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、ご利用者様の心身機能の維持・回復を図り、日常生活の自立を図るため適切に行う。
- ・通所リハビリテーションを提供するにあたり、居宅介護支援事業所や、保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。
- ・通所リハビリテーションを終了する際は、ご利用者様またはそのご家族様に対して適切な指導を行うと共に、主治医及び居宅介護支援事業者や保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。
- ・通所リハビリテーションのサービス提供中にご利用者様に急変が生じた場合や、その他必要な場合は、緊急の処置を講じると共に速やかにご家族様や主治医への連絡を行う。

(3) その他

通所リハビリテーション計画の作成及び事後評価	医師等の従業者が、ご利用者様の直面している課題等を評価し、ご利用者様とご家族様のご希望をふまえて、通所リハビリテーション計画を作成します。 また、サービス提供の目標達成状況も評価し記録します。
従業員の研修	院内研修及び地域・行政主催の研修に参加しています。

5) サービス内容に関する苦情等相談窓口

○サービスに関するご相談や苦情については次の窓口で対応いたします。

当事業所ご利用者様相談窓口	窓口責任者：医事課 西尾 宗之 ご利用時間：営業曜日の午前9時～午後5時 (但し土曜日のみ午後12時まで) ご利用方法：窓口責任者まで直接お電話、又は医療 相談室まで直接お越しください。 そ の 他：お支払い・請求につきましては医事課 担当者へお問い合わせください。
---------------	---

○公的機関においても次の機関において苦情申し出や相談ができます。

戸塚区役所 高齢・障害支援課	所在地：横浜市戸塚区戸塚町16-7 電 話：045-866-8452 対応時間：平日8:45～17:15
神奈川県 国民健康保険団体連合会 (国保連合会)	所在地：横浜市西区楠町27-1 電 話：045-329-3447 対応時間：平日8:30～17:15

6)

緊急時などにおける対応方法

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、当院にて速やかに処置すると共に、ご利用者様の緊急時連絡先(ご家族様等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。

緊急連絡先(ご家族等)は3名お願い致します(別紙)。

変更等ありましたら、速やかに通所リハビリテーションスタッフまでご連絡ください。

7)

非常災害時の対策

非常時の対応	病院が定める防災(消防)計画により対応致します。
避難訓練及び防災設備	防災計画の定めにより年2回以上防災訓練を行います。 法定に定められた防災設備を具備しております。万一の場合は職員の指示に従って落ち着いて行動していただきます。
消防計画等	防火権原者：病院長 防火管理者：事務長 防火対象物点検責任者：通所リハビリテーション責任者

8)

サービス利用にあたっての留意事項

- ① サービス利用の際は介護保険証、負担割合証の確認を行っております。
- ② 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。
- ③ 当施設は健康増進法に基づき、病院を含め敷地内終日禁煙となっております。
- ④ 他のご利用者様の迷惑になる行為はご遠慮頂きます。場合によっては居宅サービスを作成した居宅介護支援事業者へ報告させていただきます。
- ⑤ 所持金品は最小限にし、自己の責任で管理していただきます。万一紛失等の場合、当事業所は責任を負いかねますのでご了承下さい。
- ⑥ 食べ物や、飲み物の持ち込みはご遠慮下さい。ただし、主治医の指示等、治療上・体調管理上必要な場合はこの限りではありませんので、スタッフにご相談下さい。
- ⑦ 管理者の判断で臨時に休業する場合があります。
 - ア) 病院設備点検のため、施設の機能が停止する場合
 - イ) 午前7時の時点で戸塚区地域に暴風雨警報・大雨洪水警報・大雪警報が発令されている場合（サービス提供中に発令された場合ご家族様に連絡の上、送迎させていただきます）もしくは、サービス提供を続けることがご利用者様にとって危険と判断される場合
- ⑧ 入院や、ショートステイ等により一定期間利用を中止された場合、利用再開までの間、お待ちいただいている方に利用していただく場合があります。
- ⑨ 長期的に入院が必要となった場合（約3ヶ月以上）や、介護保険施設へ入所された場合、サービスの提供を終了させていただきます。その際はご家族様はじめ、居宅サービスを作成した居宅介護支援事業者へご連絡させていただきます。
- ⑩ 送迎に関する事項
 - ア) 季節により体調に及ぼす影響は様々です。到着までにご自宅の中でお待ち下さい。
 - イ) 交通事情等で、到着時間が15分以上遅れる場合は当事業所から電話連絡いたします。
 - ウ) 乗車中は安全の為、全席シートベルトを必ず着用していただきます。
 - エ) 送迎者到着時、準備等が出来ていない場合は、長時間お待ちすることは出来ません。他のご利用者様にご迷惑をかけることとなりますので送迎の対応が出来なくなる場合もあります。スムーズで安全な送迎を行う為に、ご本人様・ご家族様のご協力をお願いいたします。
 - オ) 車椅子乗車になる場合がありますのでご了承下さい。
- ⑪ サービス従事者に対するお心遣いはご遠慮させていただきます。
- ⑫ 職員に対しての暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為やセクシャルハラスメント・パワーハラスメント等のハラスメント行為は禁止となります。

9)

個人情報について

当事業所の従業者は従業中または退職後においても、個人の情報を他に漏らすことはありません。ただし、居宅介護支援事業者などにおける会議や、問い合わせが、よりよいサービスの提供を目的としている場合、ご利用者様の状況を報告させて頂くことがあります。この際、参加する全ての者が守秘義務者となります。その都度ご利用者様に確認いたしません。契約書別紙「個人情報使用同意書」にて同意を頂きます。

当事業所はサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を致しました。

令和 年 月 日

事業者	所在地	神奈川県横浜市戸塚区川上町690番地2
	事業者(法人)名	医療法人社団明芳会
	施設名	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院
	事業所番号	神奈川県1411002740号
	代表者名	理事長 中村 哲也 印

説明者 職 名 _____
氏 名 _____ 印

私は、サービス内容説明及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受け、これに同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____
利用者氏名 _____ 印
家族氏名 _____ 印

代理人(選任した場合)
住 所 _____
氏 名 _____ 印