

岩国市医療センター医師会病院

短時間通所リハビリテーション



こんな方におすすめ！！

- ・短時間でリハビリを重視したい！
- ・医療保険でのリハビリが終了になった！
- ・退院直後・体力の低下のため、自宅での生活に不安がある方

■対象者：要支援1～2の方、要介護1～5の方

■実施日：火・水・木（※祝日、年末年始はお休み）

■利用時間：14:00～15:15

***注意：送迎は行っていません。ご自身でお越しいただける方が対象となります。**

<ご利用金額>

1割負担の方		1割負担の方					
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1か月	2,268円	4,228円	369円	398円	429円	458円	491円
1日							

※その他、以下の加算や減算等がございます。

- ・サービス提供体制強化加算（6円/日）
- ・要介護の方のみ：送迎がないことによる減算（-94円/日）
- ・移行支援加算（12円/月）
- ・科学的介護推進体制加算（40円/月）

<お問合せ・ご利用の方法>

介護保険サービスを担当されている地域包括支援センター・介護支援専門員の担当者にご相談のうえ、下記窓口へお問い合わせください。

[窓口]

担当者： 佐伯 厚輔

指定(介護予防)通所リハビリテーション事業運営規程の概要

(1) 指定（介護予防）通所リハビリテーション事業の目的と運営方針

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業（以下「事業」という。）は、居宅において利用者が可能な限り、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように心身の機能の維持回復のために、当事業所の理学療法、作業療法、言語聴覚療法、その他必要なりハビリテーションを提供することを目的とする。

(2) 従業者（職員の勤務体制）

管理者	1人以上（医師と兼務）
医師	1人以上
看護職員	1人以上
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1人以上
事務職員	必要数

(3) 営業日及び営業時間

- ① 営業日 火曜日から木曜日とする。ただし、祝日、8月13日から8月15日まで、及び12月30日から1月3日までを除く。
- ② 営業時間 14時00分から15時15分までとする。

(4) 利用定員

事業の利用定員は、予防給付を含み10人とする。

(5) 事業の内容

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計画の立案、個別リハビリテーション（理学療法・作業療法・言語聴覚療法）、全身状態の観察、栄養改善サービス、口腔機能向上サービス、居宅訪問指導
※利用者の送迎は行わない。

(6) 利用料その他の費用

事業を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとする。
*詳細は下記記載

(7) 通常の事業の実施地域

事業所の通常事業の実施地域は原則的に岩国市内（離島を除く）とする。

(8) サービス利用にあたっての留意事項

職員の指示に従いルールを守って利用する。
他の利用者の迷惑にならないようにする。
喫煙場所以外での喫煙はしない。

(9) 身体拘束に関する事項

利用者又は、他の利用者等の生命若しくは身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束及びその他の方法により、利用者の行動を制限しないものとする。身体的拘束等を行う場合には、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を記録する。また、利用者及び家族に対し、事前又は事後、速やかに行動を制限する根拠・内容・期間について説明する。

(10) 事故発生時の対応

利用者に対する事故が発生した場合、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に対して連絡等の必要な措置を講じる。また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐ策を講じる。

(11) 相談窓口・苦情対応

事業についての要望や苦情は、事業の責任者が担当する。

(12) 非常災害対策

防災設備 スプリンクラー、消火栓、消化器等設置
防災訓練 年2回以上、避難・救出訓練実施

(13) 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施する。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 虐待防止のための研修会を定期的を実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

事業所は、虐待を発見した場合や虐待が疑われる場合、利用者から虐待の相談がある場合は迅速に対応し、これを市町村等関係機関に通報するものとする。

(14) 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し（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（以下、「業務継続計画」）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。また、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を実施する。

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う。

(15) 秘密保持

従業者は、職務上知り得た秘密を保持する。このことは、退職後においても同様とする。

指定通所リハビリテーション利用料（自己負担金）

通所リハビリテーション費（1回あたり）

区分	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	369円	738円	1,107円
要介護2	398円	796円	1,194円
要介護3	429円	858円	1,287円
要介護4	458円	916円	1,374円
要介護5	491円	982円	1,473円

各種加算等

加算名称	1割	2割	3割	算定回数等
短期集中リハビリテーション実施加算 退院・退所日から3月以内	110円	220円	330円	1日につき
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6円	12円	18円	1日につき
移行支援加算	12円	24円	36円	1日につき
科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円	1月につき
送迎減算	-47円	-94円	-141円	片道につき

*この金額は、介護保険法の法定利用料に基づく金額です。

*キャンセル料等の詳細は契約書に添付した説明書をご覧ください。

指定介護予防通所リハビリテーション利用料（自己負担金）

介護予防通所リハビリテーション費（1月あたり）

	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,268円	4,536円	6,804円
要支援2	4,228円	8,456円	12,684円

各種加算等

	1割	2割	3割	算定回数等
サービス提供体制強化加算 （Ⅲ） 要支援1	24円	48円	72円	1月あたり
サービス提供体制強化加算 （Ⅲ） 要支援2	48円	96円	144円	1月あたり
科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円	1月につき
利用開始月から12月超の 場合（減算） 要支援1	-120円	-240円	-360円	1月につき
利用開始月から12月超の 場合（減算） 要支援2	-240円	-480円	-720円	1月につき

*この金額は、介護保険法の法定利用料に基づく金額です。

*キャンセル料等の詳細は契約書に添付した説明書をご覧ください。

岩国市医療センター医師会病院 通所リハビリテーション重要事項

説明書

1 事業者の概要

法人名 一般社団法人 岩国市医師会
代表者名 岩国市医師会長 小林 元壯
所在地 岩国市室の木町3丁目6-11
電話番号 0827-28-0210
FAX 0827-22-1654

2 事業所の概要

① 事業所の所在地等

名称 岩国市医療センター 医師会病院
事業者番号 山口県知事指定 第3510812013号(平成12年4月1日指定)
所在地 岩国市室の木3丁目6-12
連絡先 電話番号 0827-28-0210
FAX 0827-22-1654
実施地域 原則的に岩国市内・和木町(離島を除く)

② 事業の目的および運営の方針

事業の目的 居宅において利用者が可能な限り、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に心身の機能の維持回復のために、当事業所の理学療法、作業療法、言語聴覚療法、その他必要なリハビリテーションを提供することを目的とする。

運営方針 (イ)利用者の病状及び心身の状況ならびに日常生活やそのおかれている生活環境、家族関係等を適切に把握し、リハビリテーション計画を作成し、それに基づき適切なサービスを提供する。
(ロ)事業の実施にあたっては、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る。

③ 営業日及び営業時間

営業日 火・水・木(祝日・年末年始は休み)
営業時間 月～金 午前9時00分～午後5時00分
サービス提供時間 午後14時00分～午後15時15分

④ 利用定員

原則10人

⑤ 従業者の職種、員数及び職務の内容

(1) 従業者の職種及び員数

管理者 1人(医師と兼務) 医師 1人以上

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 1人以上
看護師 1人以上 事務職員 必要数

(2) 従業者の職務内容

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。また、その業務を事業の責任者に代行させることができる。

医師は、利用者の病状及び心身の状況を把握し、必要な医学的対応を行う。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、利用者の必要に応じて個別的なリハビリテーション等を提供し機能の維持向上に努める。

看護職員は、利用者に必要な看護・介護及び日常生活の援助を行う。

事務職員は、会計経理、窓口業務、庶務、その他一般事務処理を行う。

3 提供するサービスの内容及び留意事項について

(1) サービス内容

- ・1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーション
- ・リハビリテーション計画の立案
- ・全身状態の観察
- ・個別リハビリテーションの提供(理学療法・作業療法・言語聴覚療法)
- ・居宅訪問指導
- ・口腔機能改善サービス
- ・栄養改善サービス

(2) 指定通所リハビリテーションでは利用者に合わせた目標を設定し、リハビリテーション計画書を作成します。これらの計画書には、利用者のサインが必要になります。

(3) 通所リハビリを利用するにあたっての留意事項

- ① サービスの提供を受けるにあたり、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へご連絡くださるようお願いいたします。
- ② リハビリを実施するに当たり、当日 14:00 までにご来院をお願いいたします。
来院が遅れる場合には、ご連絡をお願いいたします。
14:15 を過ぎる場合には、当日のリハビリを中止する場合がございます。
- ③ 原則として、医療保険と介護保険でのリハビリ併用はできません。
ご利用されている場合は、職員へお申し出願います。
- ④ 通所リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行ないません。
 - ・利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
 - ・利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
 - ・身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合は除く)
 - ・その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

4 キャンセルについて

- ① 利用者がサービス利用を中止する際には、すみやかに担当者までご連絡ください。
- ② 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービスの前日までにご連絡ください。
サービス利用当日にご連絡をいただかず、キャンセルされた場合は、キャンセル料(利用者負担金の100%)を申し受けることとなりますのでご了承ください。
ただし、利用者の容態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。
- ③ 無断のキャンセルもしくはご利用中止が度重なる場合には、ご契約の解除を申し出る場合がございます。ま

すのでご了承下さい。

連絡先:TEL 0827-28-0210 (月～金:午前9時00分～午後5時00分)

5 利用料、その他費用の請求および支払い方法について

① 利用料、その他費用の請求方法等

(イ)利用料利用者負担額及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。

(ロ)上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月中旬に利用者にお届けします。

※利用料の額は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、詳細については別紙にて提示します。

※介護報酬の改定や事業所運営体制の更新等の理由で、利用料その他の費用の額が変更となる場合、変更内容を記載した同意書を作成し、事前に説明、同意確認した後、変更させていただきます。

② 利用料の支払い方法等

原則、口座引落としでの支払いにてお願い致します。

・別紙「預金口座振込依頼書」に必要事項をご記入いただきます。当事業所が所定の預金口座振り替え(口座引き落とし)の手続きを行ない、契約開始2ヶ月後より、毎月26日にご指定の口座より自動引き落としさせていただきます。

・口座引落としの手数料は当事業所にて負担致します。

・引き落としの確認が取れましたら領収書をお渡します。必ず保管されますようお願い致します(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります)。なお、領収書の再発行をご希望の場合には、1枚につき100円のご負担をいただきますのでご了承ください。

6 通所リハビリテーション契約の終了方法

(1)利用者の都合でサービスを終了する場合

- ・事業者が正当の理由なくサービス提供を実施しない場合
- ・事業者が秘密保持等の契約に違反した場合

(2)事業所の都合でサービスを終了する場合

- ・人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までにはお伝えいたします。

(3)次の事由に該当した場合、文書または口頭で通知することにより終了させていただく場合がございます。

- ・利用者が正当な理由なくサービスの中止を申し出て、それが度重なる場合
- ・利用者または家族が、事業者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合
- ・サービス利用料の支払いが催告後も未納の場合

(4)自動終了の場合

- ・利用者が介護保険施設(介護福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)に入所された場合
- ・利用者が最終利用日から起算して3ヶ月間サービス提供を利用されない場合
- ・利用者が死亡した場合
- ・利用者が介護認定にて非該当(自立)と認定された場合

※要支援に認定された場合は、介護支援専門員との協議の上、介護予防通所リハビリテーション事業へ契約変更する場合がございます。

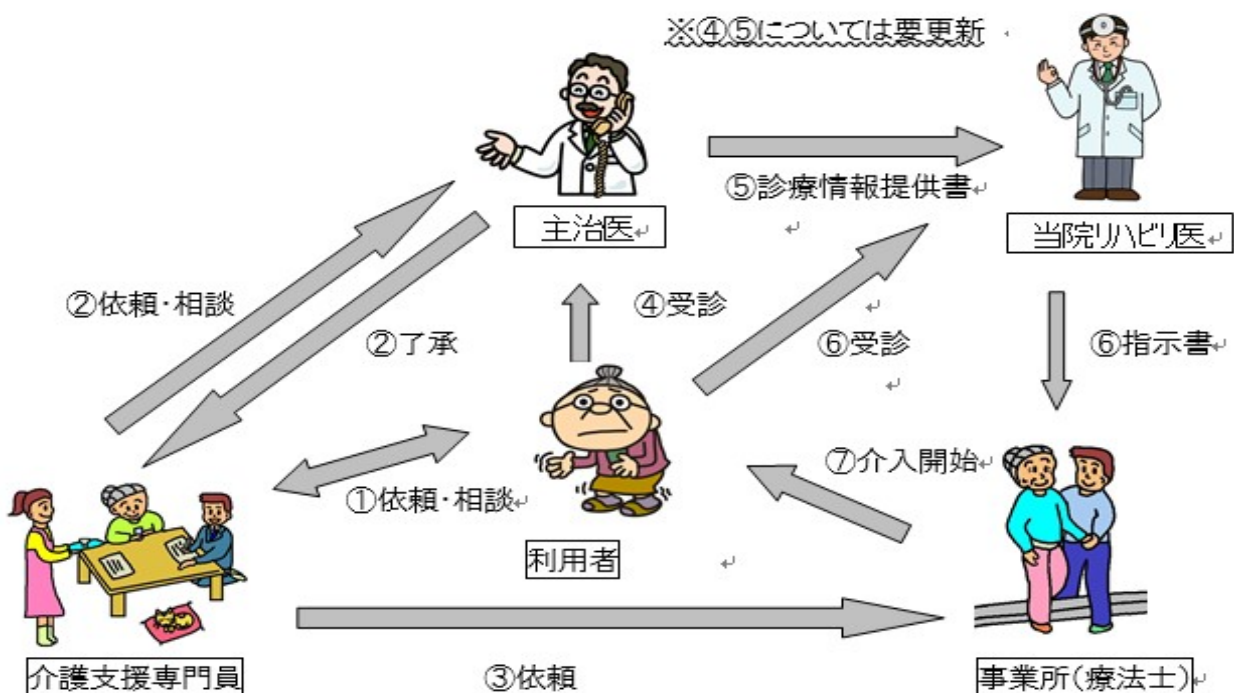
7 契約事項の協議

契約の終了にあたっては、居宅介護支援事業所の担当されている介護支援専門員と連携しながら

契約終了時の調整を居宅サービス計画に準じて協議させていただきます。

8 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護 認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所などに 変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診察に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、通所リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を 作成するとともに、医師に報告致します。
- (3) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行いません。
- (4) 本事業の地域特性による地震・豪雨・積雪等により、当日のサービス提供が困難な場合は、 当事業所は利用者に対して、ご利用の中止をお願い致します。この場合はサービス提供料の算定はいたしません。
- (5) ご利用者の当日の体調が客観的に悪い場合やバイタルサイン上の問題でサービスが不適と、 当事業所が判断した場合などには、サービスの内容を変更もしくは中断する場合がございます。 その場合、ご家族に連絡の上、適切に対処いたします。また、必要に応じて速やかに医師に連絡を取る等の措置を講じます。
- (6) 通所リハビリを提供するにあたって、以下のような流れをとっていきます。



- ① 利用者及びケアマネージャーより通所リハビリについての依頼・相談があります。
- ② ケアマネージャーより、利用者の主治医に通所リハビリの必要性について相談していただき、実施の了承を得ます。
- ③ 主治医の承諾が得られれば、ケアマネージャーより事業所に通所リハビリの依頼があります。
- ④ 主治医から情報提供をしていただくために、利用者には主治医を受診していただきます。
- ⑤ 主治医より当院リハビリ医に診療情報提供が行われます。

- ⑥ 当院リハビリ医が、診察を行い、リハビリ指示を出します。
 - ⑦ 日時や曜日・頻度など調整を行ない、担当者会議を行なった後、介入開始となります。
- * 指定通所リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画を作成することが求められており、この際に事業所の医師が診察する必要があります。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>②事業者及び事業者の使用する者(以下「従業者」という)は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>②個人情報の保護について</p>	<p>①事業者は以下の目的でのみ、個人情報を利用します。</p> <p>(イ) 通所リハビリテーションの提供に係る業務の遂行</p> <p>(ロ) 居宅介護支援事業者、各サービス担当者及び主治医との情報共有</p> <p>(ハ) 当事業所内でのカンファレンス・ミーティング</p> <p>(ニ) 関連学会、研修会での匿名下での発表</p> <p>(ホ) サービス担当者会議での情報共有</p> <p>(ヘ) その他公官庁等の法律法令上の照会</p> <p>(ト) 審査支払機関への請求及び審査支払機関、保険者からの照会への回答</p> <p>(チ) 科学的介護情報システム(LIFE)の活用</p> <p>②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるものの他、電磁的記録を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または消去を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行なうものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>

10 緊急時の対応方法について

通所リハビリ事業者が、利用者に対してサービス提供を行っている間に、緊急の事態が発生した場合、

院内で必要な対応を講じます。また、利用者に係る予め指定する家族等連絡先、居宅介護支援事業者等に連絡をとり対応をいたします。

① 家族等

名前 続柄

住所

電話番号

② 居宅介護支援事業者

担当介護支援専門員

事業所名

電話番号

11 身体拘束に関する事項について

緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束及びその他の方法により、利用者の行動を制限しないものとします。身体的拘束等を行う場合には、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を記録いたします。また、利用者及び家族に対し、事前又は事後、速やかに 行動を制限する根拠・内容・期間について説明を行います。

12 事故発生時の対応方法について

事故発生時には緊急時の対応と同様に連絡し、損害賠償は損保ジャパン医師賠償責任保険が取り扱っている補償で対応いたします。

13 身分証携行義務

通所リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

14 心身の状況の把握

通所リハビリテーションの提供に当たり、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

15 居宅介護支援事業者等との連携

事業者は、利用者に対して通所リハビリテーションサービス提供にあたり、利用者が依頼する居宅介護支援事業者またはその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

16 サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は、完結の日から2年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び実費負担による複写物の交付を請求することができます。

17 衛生管理等

- ① サービス提供職員等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せん。
- ② 通所リハビリテーション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。

18 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容や事項が変更された場合には、利用者に対し、変更された内容を通知（書類を交付し口頭で説明する、郵送で通知する等）し、同意確認を行います。

19 サービス提供に関する苦情、ご相談、ご要望等について

通所リハビリテーションについて、苦情やご不明な点、疑問、ご要望等がございましたら、下記窓口までお気軽にご相談下さい。

【事業者の窓口】

相談担当者氏名	佐伯 厚輔
連絡先電話番号	0827-28-0210
受付日および時間	営業時間内

【市町村窓口】

岩国市福祉政策課 指導監査室	電話番号 0827-29-5072
岩国市高齢者支援課	電話番号 0827-29-2511

【山口県窓口】

山口県国民健康保険団体連合会	電話番号 083-995-1010
----------------	-------------------

20 非常時災害対策

防災設備 スプリンクラー、消火栓、消化器等設置

防災訓練 年2回以上、避難・救出訓練実施

- ① 消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。
- ② 防火管理者は事業所管理者とは別に定めます。
- ③ 火元責任者には、事業所職員を充てます。
- ④ 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼する。点検の際は、防火管理者が立ち会います。
- ⑤ 非常災害設備は、常に有効に保持するように努めます。
- ⑥ 火災の発生や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務を遂行します。
- ⑦ 防火管理者は、病院職員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
(一)防火教育及び基本訓練(消火・通報・避難) ……年二回以上
(二)非常災害用設備の使用方法の徹底-随時
- ⑧ その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

21 虐待防止のための措置に関する事項

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生を防止するため、次の措置を講じます。

- ① 虐待を防止するための体制、指針の整備
- ② 委員会の定期的開催と職員への周知
- ③ 従業者に対する研修の実施
- ④ 上記措置を適切に実施するための担当者の配置 相談担当者氏名 佐伯厚輔

事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合や、利用者から虐待の相談を受けた場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

22 管理者及び相談・苦情・虐待防止担当者

管理者 院長 茶川治樹(常勤)

指定(介護予防)通所リハビリテーション責任者 佐伯厚輔(常勤専従)

相談および苦情担当者・虐待防止担当者 佐伯厚輔(常勤専従)

23 重要事項説明の年月日

上記重要事項の説明を行ったこと、受けたことを確認するために、本書を2通作成し、利用者が署名の上、一通ずつ利用者と事業者が保有するものとします。

年 月 日

【利用者】 氏名 _____

【署名代行人】 氏名 _____

続柄 _____

【事業者】

所在地 岩国市室の木3丁目6-12
名前 岩国市医療センター 医師会病院
代表者 院長 茶川 治樹

説明者氏名 _____

岩国市医療センター医師会病院

介護予防通所リハビリテーション重要事項

説明書

1 事業者の概要

法人名 一般社団法人 岩国市医師会
代表者名 岩国市医師会長 小林 元壯
所在地 岩国市室の木町3丁目6-12
電話番号 0827-28-0210
FAX 0827-22-1654

2 事業所の概要

① 事業所の所在地等

名称 岩国市医療センター 医師会病院
事業者番号 山口県知事指定 第3510812013号(平成12年4月1日指定)
所在地 岩国市室の木3丁目6-12
連絡先 電話番号 0827-28-0210
FAX 0827-22-1654
実施地域 原則的に岩国市内・和木町(離島を除く)

② 事業の目的および運営方針

事業の目的 居宅において利用者が可能な限り、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に心身の機能の維持回復のために、当事業所の理学療法、作業療法、言語聴覚療法、その他必要なリハビリテーションを提供することを目的とする。

運営方針 (イ)利用者の病状及び心身の状況ならびに日常生活やそのおかれて いる生活環境、家族関係等を適切に把握し、リハビリテーション計画を作成し、それに基づき適切なサービスを提供する。
(ロ)事業の実施にあたっては、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る。

③ 営業日及び営業時間

営業日 火・水・木(祝日・年末年始は休み)
営業時間 月～金 午前9時00分～午後5時00分
サービス提供時間 午後14時00分～午後15時15分

④ 利用定員 原則10人

⑤ 従業者の職種、員数及び職務の内容

(1) 従業者の職種及び員数

管理者 1人(医師と兼務) 医師 1人以上
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 1人以上
看護師 1人以上 事務職員 必要数

(2) 従業者の職務内容

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。また、その業務を事業の責任者に代行させることができる。

医師は、利用者の病状及び心身の状況を把握し、必要な医学的対応を行う。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、利用者の必要に応じて個別的なリハビリテーション等を提供し機能の維持向上に努める。

看護職員は、利用者に必要な看護・介護及び日常生活の援助を行う。

事務職員は、会計経理、窓口業務、庶務、その他一般事務処理を行う。

3 提供するサービスの内容及び留意事項について

(1) サービス内容

- ・1 時間以上 2 時間未満の指定通所リハビリテーション
- ・リハビリテーション計画の立案
- ・全身状態の観察
- ・個別リハビリテーションの提供(理学療法・作業療法・言語聴覚療法)
- ・居宅訪問指導
- ・口腔機能改善サービス
- ・栄養改善サービス

(2) 指定介護予防通所リハビリテーションでは利用者に合わせた目標を設定し、リハビリテーション計画書を作成します。これらの計画書には、利用者のサインが必要になります。

(3) 通所リハビリを利用するにあたっての留意事項

- ① サービスの提供を受けるにあたり、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へご連絡くださるようお願いいたします。
- ② リハビリを実施するに当たり、当日 14:00 までにご来院をお願いいたします。
来院が遅れる場合には、ご連絡をお願いいたします。
14:15 を過ぎる場合には、当日のリハビリを中止する場合がございます。
- ③ 原則として、医療保険と介護保険でのリハビリ併用はできません。
ご利用されている場合は、職員へお申し出願います。
- ④ 通所リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行ないません。
 - ・利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
 - ・利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
 - ・身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合は除く)
 - ・その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

4 キャンセルについて

- ① 利用者がサービス利用を中止する際には、すみやかに担当者までご連絡ください。
- ② 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービスの前日までにご連絡ください。
サービス利用当日にご連絡を頂けず、キャンセルの場合は、キャンセル料(利用者負担金の100%)を申し受けることとなりますのでご了承ください。
ただし、利用者の容態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。
- ③ 無断のキャンセルもしくはご利用中止が度重なる場合には、ご契約の解除を申し出る場合がございます。

すのでご了承下さい。

連絡先:TEL 0827-28-0210 (月～金 午前9時00分～午後5時00分)

5 利用料、その他費用の請求および支払い方法について

① 利用料、その他費用の請求方法等

(イ)利用料利用者負担額及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。

(ロ)上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月中旬に利用者にお届けします。

※介護報酬の改正や事業所運営体制の更新等の理由で、利用料その他の費用の額が変更となる場合、変更内容を記載した同意書を作成し、事前に説明、同意確認をした後、変更させていただきます。

② 利用料、その他費用の支払い方法等

原則、口座引落としでの支払いにてお願い致します。

・別紙「預金口座振込依頼書」に必要事項をご記入いただきます。当事業所が所定の預金口座振り替え(口座引き落とし)の手続きを行ない、契約開始2ヶ月後より、毎月26日にご指定の口座より自動引き落としさせていただきます。

・口座引落としの手数料は当事業所にて負担致します。

・引き落としの確認が取れましたら領収書をお渡します。必ず保管されますようお願い致します

(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります)。なお、領収書の再発行をご希望の場合には、1枚につき100円のご負担をいただきますのでご了承ください。

6 通所リハビリテーション契約の終了方法

(1)利用者の都合でサービスを終了する場合

- ・事業者が正当の理由なくサービス提供を実施しない場合
- ・事業者が秘密保持等の契約に違反した場合

(2)事業所の都合でサービスを終了する場合

- ・人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までにはお伝え致します。

(3)次の事由に該当した場合、文書または口頭で通知することにより終了させていただく場合がございます。

- ・利用者が正当な理由なくサービスの中止を申し出て、それが度重なる場合
- ・利用者または家族が、事業者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合
- ・サービス利用料の支払いが催告後も未納の場合

(4)自動終了の場合

- ・利用者が介護保険施設(介護福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)に入所された場合
- ・利用者が最終利用日から起算して2ヶ月間サービス提供を利用されない場合
- ・利用者が死亡した場合
- ・利用者が介護認定にて非該当(自立)と認定された場合

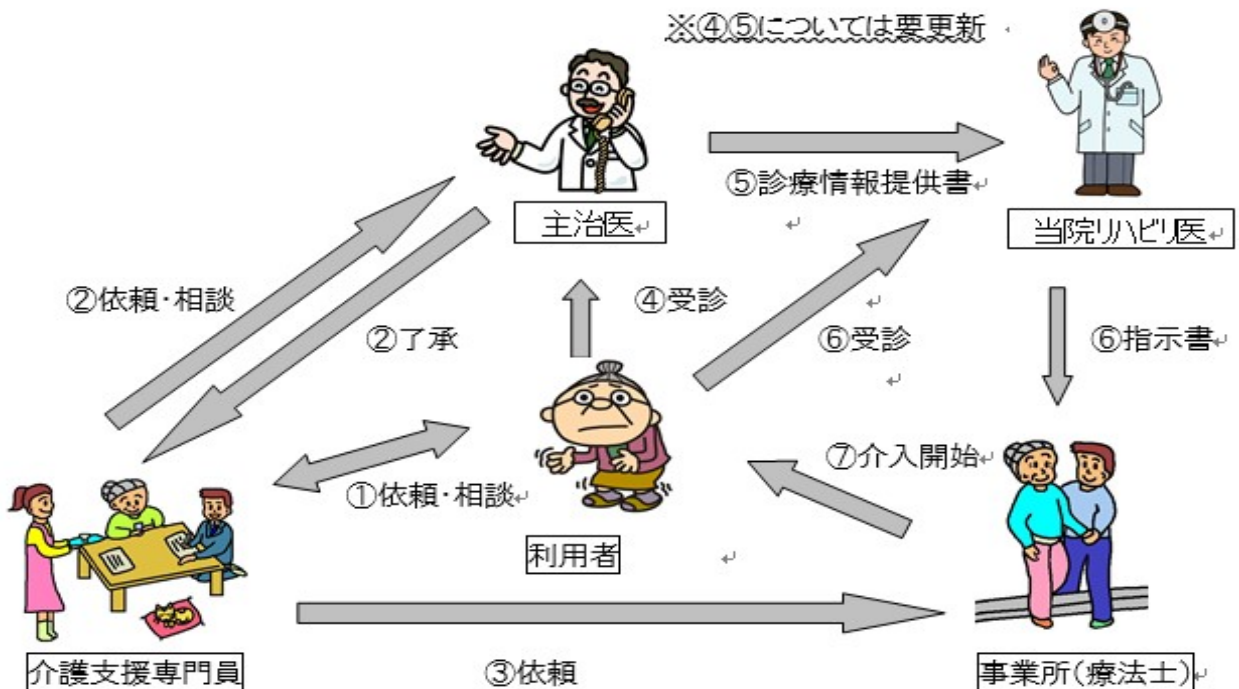
※要介護に認定された場合は、地域包括支援センターの担当者との協議の上、通所リハビリテーション事業へ契約変更する場合があります。

7 契約事項の協議

契約の終了にあたっては、地域包括支援センター(または委託された居宅)の担当者と連携しながら契約終了時の調整を居宅サービス計画に準じて協議させていただきます。

8 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診察に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、通所リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告致します。
- (3) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。
- (4) 本事業の地域特性による地震・豪雨・積雪等により、当日のサービス提供が困難な場合は、当事業所は利用者に対して、ご利用の中止をお願い致します。この場合はサービス提供料の算定は致しません。
- (5) ご利用者の当日の体調が客観的に悪い場合やバイタルサイン上の問題でサービスが不適と、当事業所が判断した場合などには、サービスの内容を変更もしくは中断する場合がございます。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対処致します。また、必要に応じて速やかに医師に連絡を取る等の措置を講じます。
- (6) 通所リハビリを提供するにあたって、以下のような流れをとっていきます。



- ① 利用者及び地域包括支援センター担当者より通所リハビリについての依頼・相談があります。
- ② 地域包括支援センター担当者より、利用者の主治医に通所リハビリの必要性について相談していただき、実施の了承を得ます。
- ③ 主治医の承諾が得られれば、地域包括支援センター担当者より事業所に通所リハビリの依頼があります。
- ④ 主治医から情報提供をしていただくために、利用者へ主治医を受診していただきます。
- ⑤ 主治医より当院リハビリ医に診療情報提供が行われます。
- ⑥ 当院リハビリ医が、診察を行い、リハビリ指示を出します。
- ⑦ 日時や曜日・頻度など調整を行ない、担当者会議を行なった後、介入開始となります。

- * 指定通所リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画を作成することが求められており、この際に事業所の医師が診察する必要があります。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>②事業者及び事業者の使用する者(以下「従業者」という。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>②個人情報の保護について</p>	<p>①事業者は以下の目的でのみ、個人情報を利用します。</p> <p>(イ) 通所リハビリテーションの提供に係る業務の遂行 (ロ) 居宅介護支援事業者、各サービス担当者及び主治医との情報共有 (ハ) 当事業所内でのカンファレンス・ミーティング (ニ) 関連学会、研修会での匿名下での発表 (ホ) サービス担当者会議での情報共有 (ヘ) その他公官庁等の法律法令上の照会 (ト) 審査支払機関への請求及び審査支払機関、保険者からの照会への回答 (チ) 科学的介護情報システム(LIFE)の活用</p> <p>②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるものの他、電磁的記録を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または消去を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行なうものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>

10 緊急時の対応方法について

通所リハビリ事業者が、利用者に対してサービス提供を行っている間に、緊急の事態が発生した場合、院内で必要な対応を講じます。また、利用者に係る予め指定する家族等連絡先、地域包括支援センター

等に連絡をとります。

① 家族等

名前 続柄

住所

電話番号

② 居宅介護支援事業者

担当介護支援専門員

事業所名

電話番号

11 身体拘束に関する事項について

緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束及びその他の方法により、利用者の行動を制限しないものとします。身体的拘束等を行う場合には、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を記録いたします。また、利用者及び家族に対し、事前又は事後、速やかに 行動を制限する根拠・内容・期間について説明を行います。

12 事故発生時の対応方法について

事故発生時には緊急時の対応と同様に連絡し、損害賠償は損保ジャパン 医師賠償責任保険が取り扱っている補償で対応致します。

13 身分証携行義務

通所リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

14 心身の状況の把握

通所リハビリテーションの提供に当たり、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

15 居宅介護支援事業者等との連携

事業者は、利用者に対して通所リハビリテーションサービス提供にあたり、利用者が依頼する地域包括支援センターまたはその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

16 サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は、完結の日から2年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び実費負担による複写物の交付を請求することができます。

17 衛生管理等

- ① サービス提供職員等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せん。
- ② 通所リハビリテーション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。

18 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予想される場合、もしくは重要事項が変更された場合には、利用者に変更された内容を通知(書類を交付し口頭で説明する、郵送で通知する等)し、同意確認します。

19 サービス提供に関する苦情、ご相談、ご要望等について

通所リハビリテーションについて、苦情やご不明な点、疑問、ご要望等がございましたら、下記窓口までお気軽にご相談下さい。

【事業者の窓口】

相談担当者氏名	佐伯 厚輔
連絡先電話番号	0827-28-0210
受付日および時間	営業時間内

【市町村窓口】

岩国市福祉政策課 指導監査室	電話番号 0827-29-5072
岩国市高齢者支援課	電話番号 0827-29-2511

【山口県窓口】

山口県国民健康保険団体連合会	電話番号 083-995-1010
----------------	-------------------

20 非常時災害対策

防災設備 スプリンクラー、消火栓、消化器等設置

防災訓練 年2回以上、避難・救出訓練実施

- ① 消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。
- ② 防火管理者は事業所管理者とは別に定めます。
- ③ 火元責任者には、事業所職員を充てます。
- ④ 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼する。点検の際は、防火管理者が立ち会います。
- ⑤ 非常災害設備は、常に有効に保持するように努めます。
- ⑥ 火災の発生や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務を遂行します。
- ⑦ 防火管理者は、病院職員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
(一)防火教育及び基本訓練(消火・通報・避難) ……年二回以上
(二)非常災害用設備の使用方法の徹底-随時
- ⑧ その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

21 虐待防止のための措置に関する事項

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生を防止するため、次の措置を講じます。

- ① 虐待を防止するための体制、指針の整備
- ② 委員会の定期的開催と職員への周知
- ③ 従業者に対する研修の実施

④ 上記措置を適切に実施するための担当者の配置 相談担当者氏名 佐伯厚輔

事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合や、利用者から虐待の相談を受けた場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

22 管理者及び相談・苦情・虐待防止担当者

管理者 院長 茶川治樹(常勤)
指定(介護予防)通所リハビリテーション責任者 佐伯厚輔(常勤専従)
相談および苦情担当者・虐待防止担当者 佐伯厚輔(常勤専従)

23 重要事項説明の年月日

上記重要事項の説明を行ったこと、受けたことを確認するために、本書を2通作成し、利用者が署名捺印の上、一通ずつ利用者と事業者が保有するものとします。

年 月 日
【利用者】 氏名 _____

【署名代行人】 氏名 _____

続柄 _____

【事業者】

所在地 岩国市室の木3丁目6-12
名前 岩国市医療センター 医師会病院
代表者 院長 茶川 治樹

説明者氏名 _____