

医療法人社団 敬命会 吉川病院
通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション
サービス利用重要事項説明書

令和6年6月1日現在

1. 担当窓口 医療法人社団 敬命会 吉川病院地域医療相談室
連絡先 TEL 0794-72-0063（代表）
 FAX 0794-72-1732（病院）

2. 施設の概要

事業者名	医療法人社団 敬命会 吉川病院 通所リハビリテーション
所在地	兵庫県三木市吉川町稲田1番地の2
連絡先	TEL・FAX：0794-72-0093（直通） E-mail:yokawa-hp@nifty.com http://yokawa-hospital.com
管理者	山田 貴志
サービス利用定員数	120名

3. 通所リハビリテーション従業員

職 種	職務内容	人員数
管 理 者	管 理	1 名
主 治 医	診 療	兼務2名
看 護 職 員	看 護	常勤2名以上
介護福祉士	介 護	常勤6名
介 護 職 員	介 護	常勤7名以上
理学療法士	理学療法	兼務10名
作業療法士	作業療法	兼務2名
言語聴覚士	言語聴覚療法、摂食機能訓練等	兼務1名
介護支援専門員	ケアプラン作成等事務全般	専任1名
事務担当職員	事務全般	専任1名

4. 営業時間

9：45～16：15

※但し、ケアプラン・利用者の希望により、サービスを延長して行うこともある。

5. 提供する通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションのサービス内容

サービス	内 容
サービス提供	1. 居宅介護支援事業所で作成されたケアプランに基づき、サービス提供時間等を確認し、同時に利用料の説明を行います。 2. 利用者、ご家族様の同意をいただき契約します。
居宅介護支援事業者との連絡調整	同意をいただき契約後、居宅介護支援事業者等に連絡し、サービス開始日時を報告します。
サービスの変更	利用者がサービスの変更を希望した場合、又は事業者がサービスの変更を必要と判断した場合には、利用者の意見を尊重して合意のうえ、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡致します。
相談・説明	介護保険や介護サービス全般に関する事は幅広くご相談に応じます。
医療機関との連携、及び主治医との連絡	サービス利用時に必要な場合は、利用者の同意を得たうえで、関連する医療機関や利用者の主治医との連携を図ります。
サービスの提供・記録の閲覧・交付	1. 利用者は、サービス提供の実施記録を閲覧し、複写物の交付を受ける事ができます。（但し、複写物を交付した場合は、コピー代等の実費を請求する場合があります。）
食事提供 栄養管理	1. 栄養のバランスを考え、真心を込めて作った料理を味わっていただきます。 2. 利用者の自立支援のため、可能な方にはできるだけ自身で食事を召し上がっていただく事を原則とします。 3. 低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価の実施を行います。
入浴	1. 一般浴槽、特殊浴槽があり、ケアプラン及び利用者の方の状態に応じ選択します。 2. 入浴困難な方は、職員がお手伝いします。 3. 寝たきりの方にも特殊機械浴で安心して入浴していただけます。
排泄	排泄の自立を目標として、利用者の身体能力を最大限生かした援助を行います。
健康管理	1. 日々の健康管理は、担当職員が細心の注意をはらい管理します。 2. サービス利用中、身体状態に変化が生じた場合には、即座に主治医に連絡をし、適切な処置を講じます。
リハビリテーション	寝たきり防止、自立を目指し、リハビリテーションスタッフが誠心誠意努力し、サービスの提供を行います。又、必要に応じ口腔機能の向上のための訓練も実施いたします。
レクリエーション	日々、思考をこらしたレクリエーションを実施し、楽しい時間を過ごしていただけるよう努力します。
送迎	担当職員が専用車にて利用者のご自宅まで送迎します。

6. 利用日数又は利用時間の変更

以下の場合には、利用日数の変更を行う事があります。その場合には、担当の介護支援専門員との連絡調整を行います。

□利用者の方の状態に変化が生じた場合。

□利用者、又はそのご家族が変更を希望した場合。

□利用者が死亡した場合。

□台風や豪雨、積雪などで送迎が困難になると判断した場合はサービス提供時間を切り上げて帰宅する事があります。その際は事前にご連絡させていただきます。

7. 個人情報の保護

当事業所は、利用者にサービスを提供する上で知り得た情報は、契約期間中はもとより、契約終了後においても決して第三者に漏らす事はありません。

又、利用者やそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、善良な管理者の注意をもって行い、処分の際にも漏洩の防止に努めます。

但し、当事業所がサービスを提供する際に利用者やご家族に関して知り得た情報については、以下の通りです。

① サービス担当者会議などでサービスの利用調整を行う際に必要となります。

② ①により、サービス利用にあたっては、利用者の方の同意が必要になりますので、別紙の同意書に署名・捺印が必要となります。

8. ハラスメント対策

事業所は、職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。

利用者が事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシュアルハラスメントなどの行為を禁止します。

9. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

利用者が虐待を受けている（疑いを含む）ことを発見した場合は、関係法令等に則り、保険者または地域包括支援センターへ速やかに通報します。

10. サービス提供中における事故発生時の対応

（1）緊急時における確認事項

○主治医への連絡

○ご家族への連絡

○関係機関への連絡

○管理者への報告

（2）市町村、ご家族への連絡方法

○対応措置について、ご家族（代理人）、及び行政窓口等へ速やかに連絡。

（3）当事業所の事故再発防止対策等

○対策措置について、その都度事業所内で協議し、事故再発防止に努めます。

1 1. 損害賠償について

当事業所は、サービス提供にあたって、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。但し、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

当事業所は、以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

- 加入保険名 三井住友海上火災保険
- 保険内容 介護保険サービス全般（一般）
- 賠償できる事項

事業所が所有、使用する設備の欠落や職員の不注意により利用者等に怪我や食中毒を発生させたり、利用者等の所有物を破損させたなどの事故によって事業所が利用者及び第三者に損害賠償責任を負った場合。

1 2. サービスの苦情相談窓口

当事業所は、提供したサービスに苦情がある場合、又は作成された通所サービス計画に基づいて提供された通所サービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合には、速やかに対応を行います。

サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、下記までご連絡下さい。

○当事業所の苦情相談窓口・・・吉川病院 地域医療相談室

窓口名 地域医療相談室	連絡先 0 7 9 4－7 2－0 0 6 3
相談者 原田 る み 杉浦 毅	F A X 0 7 9 4－7 2－1 7 3 2
出井 久美子 宮村 いさ子	(受付時間 9時～1 7時)
	緊急連絡先 0 7 9 4－7 2－0 0 6 3

○介護保険の苦情や相談に関しては、他に下記相談窓口があります。

(介護保険サービスの苦情について) 兵庫県国民健康保険団体連合会	連絡先 0 7 8－3 3 2－5 6 0 1 直通) F A X 0 7 8－3 3 2－5 6 5 0 受付時間 9時～1 7時1 5分
(介護保険全般に関するお問い合わせ) 三木市国保介護課 介護サービス係	連絡先 0 7 9 4－8 2－2 0 0 0 受付日時 月曜日～金曜日 8時3 0分～1 7時1 5分

1 3. 信義誠実の原則

- ①利用者と事業者は、信義誠実をもって契約を履行するものとします。
- ②この契約に定めない事項については、介護保険に関する法令、その他諸法令の定めるところを厳守し、双方が誠意をもって協議の上、定めます。

1 4. 裁判管轄

利用者と事業所は、この契約に関して起訴の必要が生じた場合には、利用者の所在地を管轄とする裁判所を第一審裁判所とする事にあらかじめ合意します。

サービス利用料及び利用者負担

※ 当事業所は、介護報酬上の告示上の額を算定し、利用者の方にはその 1 割又は 2 割、3 割をご負担していただきます。以下、介護報酬上の告示上の額を記載します。

【通所リハビリテーション費・利用料】

◇基本単位数：大規模事業所（Ⅱ）／1 回につき…「介護報酬単位×三木市：7 級地域加算 10.17 円」

	1 時間以上 2 時間未満	2 時間以上 3 時間未満	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満
要介護 1	357 単位(363 円)	372 単位(378 円)	470 単位(478 円)	525 単位(534 円)	584 単位(594 円)	675 単位(686 円)
要介護 2	388 単位(395 円)	427 単位(434 円)	547 単位(556 円)	611 単位(621 円)	692 単位(704 円)	802 単位(816 円)
要介護 3	415 単位(422 円)	482 単位(490 円)	623 単位(634 円)	696 単位(708 円)	800 単位(814 円)	926 単位(942 円)
要介護 4	445 単位(453 円)	536 単位(545 円)	719 単位(731 円)	805 単位(819 円)	929 単位(945 円)	1,077 単位(1,095 円)
要介護 5	475 単位(483 円)	591 単位(601 円)	816 単位(830 円)	912 単位(928 円)	1,053 単位(1,071 円)	1,224 単位(1,245 円)
加算、減算単価・利用料単価について						
重度療養管理加算要介護 3 以上	100 単位 (102 円) / 日					
リハビリテーションマネジメント加算 1 1	6 か月以内 560 単位(570 円)/月					
リハビリテーションマネジメント加算 1 2	6 か月越 240 単位(244 円)/月					
リハビリテーションマネジメント加算 2 1	6 か月以内 593 単位(603 円)/月					
リハビリテーションマネジメント加算 2 2	6 か月越 273 単位(278 円)/月					
リハビリテーションマネジメント加算 3 1	6 か月以内 793 単位(806 円)/月					
リハビリテーションマネジメント加算 3 2	6 か月越 473 単位(481 円)/月					
リハビリテーションマネジメント加算 4	医師が説明 270 単位(275 円)/月					
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院（所）日又は認定日から起算して 3 ヶ月以内 110 単位(112 円)/日					
口腔機能向上加算	150 単位(153 円)					
栄養改善加算						
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位(20 円)/回					
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位(5 円)/回					
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位(22 円)/回					
入浴介助加算	40 単位(41 円/回) 60 単位(61 円/回)					
中重度者ケア体制加算	20 単位(20 円)(1 回につき)					
退院時共同指導加算	600 単位(610 円)/当該退院につき 1 回限り					
科学的介護推進体制加算	40 単位(41 円)/月					
リハビリテーション提供体制加算 3～4 時間	12 単位(12 円)/日					
4～5 時間	16 単位(16 円)/日					
5～6 時間	20 単位(20 円)/日					
6～7 時間	24 単位(24 円)/日					
送迎を行わない場合の減算	▲47 単位(47 円)/片道					

※尚、介護保険法改正及び施設基準の変更等により上記単位数が変動する事があります。

※介護職員処遇改善加算(V11)を算定しておりますので、合計単位数の 4.3%上乗せとなります。

【介護予防通所リハビリテーション費・利用料】

◇基本単位数：大規模事業所（Ⅱ）／１回につき…「介護報酬単位×三木市：７級地域加算 10.17 円」

介護予防通所リハビリテーション費	要支援 1	2, 2 6 8 単位 (2, 3 0 7 円) / 月
	要支援 2	4, 2 2 8 単位 (4, 3 0 0 円) / 月
加算、減算単価・利用料単価について		
退院時共同指導加算	6 0 0 単位(6 1 0 円)/当該退院につき 1 回限り	
栄養アセスメント加算	5 0 単位(5 1 円)/月	
栄養改善加算	2 0 0 単位(2 0 3 円)/月	
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	2 0 単位(2 0 円)/回	
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位(5 円)/回	
口腔機能向上加算	1 5 0 単位(1 5 3 円)/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援 1	8 8 単位(8 9 円)/月
	要支援 2	1 7 6 単位(1 7 9 円)/月
科学的介護推進体制加算	4 0 単位(4 1 円)/月	
予防通所リハ 1 2 月越減算	要支援 1	－ 1 2 0 単位(－ 1 2 2 円)/月
	要支援 2	－ 2 4 0 単位(－ 2 4 4 円)/月
一体的サービス提供加算	4 8 0 単位(4 8 8 円)/月	

※介護職員処遇改善加算(V11)を算定しておりますので、合計単位数の 4.3%上乗せとなります。

※その他、下記項目については別途自己負担が生じます（消費税込み）

◆食費	1 食 7 3 0 円
◆おやつ代	1 日 1 2 0 円
◆連絡帳代	2 0 0 円
◆連絡帳袋代	1 1 0 円
◆紙おしめ代	1 枚 1 9 8 円
◆尿とりパット	1 枚 3 2 円
◆リハビリパンツ	1 枚 2 2 0 円
◆私物洗濯	1 回 1 1 0 円
◆私物洗濯乾燥代	1 回 1 1 0 円
【その他、持ち帰り物品・医療材料等】希望者のみ	
◆ニベアローション	1 本 7 7 0 円
◆キュレル	1 本 1, 6 5 0 円
◆その他医療材料	実費相当額徴収
◆要支援 1 の方で、週の利用回数が 1 回を超えての利用を希望される方については、超えた回数分は自費を徴収させていただきます。この場合、利用者様の同意を得てサービスを提供させていただきます。	1 回の利用につき 4, 2 6 8 円 (利用料、食事代、おやつ代、入浴料、リハビリテーション料含む)
◆要支援 2 の方で、週の利用回数が 2 回を超えての利用を希望される方については、超えた回数分は自費を徴収させていただきます。この場合、利用者様の同意を得てサービスを提供させていただきます。	1 回の利用につき 4, 2 6 8 円 (利用料、食事代、おやつ代、入浴料、リハビリテーション料含む)

※利用料のお支払い方法

- ☐ 利用料の精算は、月末㍻で翌月 13 日以降の請求となり、20 日までにお支払い下さい。
- ☐ 当事業所の他の居宅サービスをご利用の方は、それらと併せての精算とさせていただきます。

【注意事項】

吉川病院通所リハビリテーション利用して頂く際に、自家用車で来所される場合や御家族の方による送迎での来所の場合、道中及び当院敷地内での事故やトラブルに関して当院はその責を一切負いませんのでご了承下さい。

指定通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション利用契約書

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションサービスを利用するにあたり、重要事項の説明を受けて、下記の通り通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション利用契約を締結します。

（当事者の表示）

_____（以下、「利用者」という。）と吉川病院（以下、「事業者」という。）は、事業者が利用者に対して行う通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションサービスについて、次のとおり契約します。

第1条 （契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が指定を受けた当該事業者において、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にすることを目指し、通所リハビリテーションサービスを提供します。又、軽度者においては、その心身の状況を踏まえつつ、自立支援の観点に立った効果的・効率的サービス体制を構築し、目標指向型のサービス提供を行います。

利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条 （契約期間）

本契約書の期間は、 年 月 日から利用者の要介護要支援の有効期間が満了する日までとし、次の要介護支援認定が継続する限り、自動更新することとする。

第3条 （サービスの基本内容）

- 1 事業者は、通所リハビリテーションスタッフ（医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、等）が重要事項5に定める内容のサービスを提供します。
- 2 事業所の通所リハビリテーションスタッフは、サービス提供の都度、利用者又はご家族の同意を得てサービス提供に必要な範囲で消耗品や器具、材料を使用します。

第4条 （居宅介護支援事業者との連携）

事業所は、利用者に対して通所リハビリテーションサービスを提供するにあたり、居宅介護支援事業者及びその他の保険医療サービス、又は福祉サービスを提供する者との連携を密接に行います。

第5条 （サービス提供の実施記録等）

- 1 事業者は、通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を作成し、記録は第2条に定める有効期間が満了する日から5年間保管します。
- 2 利用者は、前項の記録を閲覧することができるとともに、その複写物の交付を受けることができる。

第6条 （サービス利用料金）

この契約書に基づき、事業者が提供する通所リハビリテーションサービスに関する料金は重要事項に定める通りです。

第7条 （契約の一時停止及び解除）

- 1 利用者が、正当な理由なく事業所に支払うべき利用料を3ヶ月以上滞納した場合において、事業所が利用者に対して15日以内に滞納額を支払うよう催促したにもかかわらず、全額の支払いがない時、事業所は、利用者の健康・生命に支障がない場合に限り、全額の支払いがあるまで利用者に対するサービスを一時停止することができる。
- 2 前項のサービス一時停止から15日経過しても利用者から事業所に対し利用料全額の支払いがない時、事業所は、利用者の健康・生命に支障がない場合に限り、この利用契約を解除することができる。

第8条 （契約の終了）

次の各項のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- 1 利用者の要介護状態区分が自立と認定された場合。
- 2 利用者が死亡した時。
- 3 第7条2項により、利用契約を解除した時。
- 4 第9条に基づき、利用者から契約解除の意思表示がなされ、予告期間が満了した時。
- 5 第10条に基づき、事業所から契約解除の意思表示がなされ、予告期間が満了した時。
- 6 利用者が、医療機関へ長期入院、又は介護保険施設等へ長期入所した場合。

第9条 （利用者の解約権）

利用者は、事業所に対し、いつでもこの契約の解除を申し入れることができます。

この場合には、15日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。

第10条 （事業所の解約権）

事業所は、利用者が故意に法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業所からの再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、第1条に定める通所リハビリテーション利用計画の目的を達成することが不可能となった時、15日以上予告期間をもってこの契約を解除することができる。

第11条 （秘密保持）

- 1 事業者は、利用者に対しサービス提供を行う上で、知り得た利用者及びその家族に関する秘密について、利用者や第三者の生命、身体等に危険がある場合などの正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、利用者及びその家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者及び当該家族の個人情報を用いません。

第12条 （賠償責任）

事業者は、通所リハビリテーションサービスの提供に伴う事業者の責めに帰すべき理由により、利用者の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

第13条 （苦情対応）

- 1 事業者は、提供した通所リハビリテーションサービスに苦情がある場合には、迅速かつ誠実に対応します。
- 2 事業者は、利用者に対し、苦情対応の責任窓口及びその連絡先を明確にお知らせします。

14条 （信義誠実の原則）

- 1 利用者と事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行いたします。
- 2 この契約に定めのない事項については、介護保険に関する法令、その他諸法令の定めるところを遵守し、双方が誠意をもって協議のうえ定めます。

15条 （裁判管轄）

利用者と事業者は、この契約に関して、訴訟の必要が生じた場合には、利用者の所在地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることをあらかじめ双方が合意します。

通所リハビリテーション契約書兼同意書

事業者は通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して契約書（および付属別紙）、重要事項説明書（および付属別紙）に基づいて、説明を行いました。

令和 年 月 日

説明場所（ ）

説明開始時間（ ）

事業所 所在地 三木市吉川町稲田 1 - 2
名 称 医療法人社団 敬命会
吉川病院 通所リハビリテーション
説明者氏名 _____ 印

利用者は本契約にあたり、事業者から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受けました。

以上の契約の証として、本契約書を 2 通作成し、利用者及び事業者は署名、捺印の上、各自 1 通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

〒
利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

〒
署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者との続柄（ ）
電話番号 _____

契約締結日 令和 年 月 日

事業者 所 在 地 三木市吉川町稲田 1 番地の 2
名 称 医療法人社団 敬命会
電話番号 0 7 9 4 - 7 2 - 0 0 6 3
代 表 者 理事長 山 田 祥 次 印