

## 愛知県知事指定

# 高須病院 通所リハビリ（２～３時間）

## 重要事項説明

令和６年６月現在

### １．当施設は、愛知県知事指定通所リハビリテーション施設です。

名称 医療法人社団福祉会 高須病院 通所リハビリ  
住所 愛知県西尾市一色町赤羽上郷中１１３番地１  
指定番号 ２３１３２０１３２５

### ２．通所リハビリテーションの目的及び運営方針

当施設は、利用者が可能な限り有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持、向上を図ることを目的とします。

### ３．施設職員の職種、員数

当施設の従業者の職種、員数は次のとおりです。

- ①医師 １人以上
- ②理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員 １人以上
- ③介護職員 ０．４人以上（常勤換算）

### ４．従業者の職務内容

- ①医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。
- ②介護職員は、利用者の通所リハビリテーション計画に基づく介護を行います。
- ③理学療法士・作業療法士は、リハビリテーション・プログラムを作成するとともに、機能訓練の実施に際して指導を行います。

### ５．営業日、営業時間、サービス提供時間

- ①営業日 月曜日から土曜日。ただし国民の祝日及び１月１日から１月３日を除く。
- ②営業時間 午前８時３０分から午後１時。
- ③サービス提供時間 午前９時から午後０時３０分。

### ６．通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、西尾市（佐久島除く）にお住まいの方を対象としています。

### ７．サービスの内容

#### ①通所リハビリテーション

通所リハビリテーションは、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法士、作業療法士等が必要なリハビリテー

ションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。

このサービスの提供に当たっては、利用者に関わる医師、理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

## 8. 利用者の定員

当施設の定員は10人です。定員を超えて利用をお受けすることはできませんのでご了承下さい。

## 9. 利用料金

①保険給付の自己負担額を、以下のとおりお支払いいただきます。

|      |          |
|------|----------|
| 要介護1 | 396円(1日) |
| 要介護2 | 453円(〃)  |
| 要介護3 | 514円(〃)  |
| 要介護4 | 573円(〃)  |
| 要介護5 | 632円(〃)  |

※2割負担の方

|      |           |
|------|-----------|
| 要介護1 | 791円(1日)  |
| 要介護2 | 907円(〃)   |
| 要介護3 | 1,029円(〃) |
| 要介護4 | 1,147円(〃) |
| 要介護5 | 1,264円(〃) |

※3割負担の方

|      |            |
|------|------------|
| 要介護1 | 1,187円(1日) |
| 要介護2 | 1,360円(〃)  |
| 要介護3 | 1,543円(〃)  |
| 要介護4 | 1,720円(〃)  |
| 要介護5 | 1,897円(〃)  |

上記の基本料金に、下記が加算されます。

(1単位あたり10.33円で計算されます。自己負担額は1割～3割です)

|                 |         |
|-----------------|---------|
| サービス提供体制強化加算    | 22単位    |
| 移行支援加算          | 12単位    |
| リハビリテーション提供体制加算 | 12単位    |
| 職員が送迎を行わない場合    | －47単位   |
| 科学的介護推進体制加算(1月) | 40単位    |
| 介護職員処遇改善加算      | ×1.086倍 |

※西尾市は地域区分6級地に該当するため、介護報酬1単位の単価が10.33円で計算されます。

※負担額は概算額です。加算等による増減しますのでご了承ください。

利用者の身体状況やご希望に応じてかかる主な費用として、下記のものがあります。

|                              | 自己負担額   | 2割負担    | 3割負担    |
|------------------------------|---------|---------|---------|
| リハビリテーションマネジメント加算イ（同意から6月以内） | 578 円   | 1,157 円 | 1,735 円 |
| リハビリテーションマネジメント加算イ（同意から6月超）  | 248 円   | 496 円   | 744 円   |
| リハビリテーションマネジメント加算ロ（同意から6月以内） | 617 円   | 1,225 円 | 1,838 円 |
| リハビリテーションマネジメント加算ロ（同意から6月超）  | 282 円   | 564 円   | 846 円   |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算          | 114 円   | 227 円   | 341 円   |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ        | 248 円   | 496 円   | 744 円   |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ        | 1,983 円 | 3,967 円 | 5,950 円 |
| 若年性認知症利用者受入加算                | 62 円    | 124 円   | 186 円   |
| 生活行為向上リハビリ実施加算               | 1,291 円 | 2,583 円 | 3,874 円 |
| 口腔機能向上加算Ⅰ                    | 155 円   | 310 円   | 465 円   |
| 口腔機能向上加算Ⅱイ                   | 160 円   | 320 円   | 480 円   |
| 口腔機能向上加算Ⅱロ                   | 165 円   | 331 円   | 496 円   |
| 栄養アセスメント加算                   | 52 円    | 103 円   | 155 円   |
| 栄養改善加算                       | 207 円   | 413 円   | 620 円   |
| 退院時共同指導加算                    | 620 円   | 1,240 円 | 1,859 円 |

※自己負担額は概算額です。加算等により増減しますのでご了承ください。

②オムツ代 200 円

パット代 50 円

サービス提供時間外のご利用 30 分当たり 500 円

③利用予定当日の午前8時までには連絡がなく、利用者の都合でサービスを中止する場合、また利用予定時間に不在の場合はキャンセル料を請求します。ただし、利用者の急な体調悪化など、やむを得ない事情がある場合は請求しません。

キャンセル料 600 円

## 10. 施設の利用に当たっての留意事項

- ①飲酒は禁止します。病院敷地内はすべて禁煙です。
- ②火気の取扱は禁止します。
- ③共有の設備、備品は他の迷惑とならないよう大切に利用してください。
- ④所持品、備品等の持ちこみは施設内で規定されたもの以外は禁止します。
- ⑤金銭、貴重品の持ちこみは最小限とし、自己の責任で管理していただきます。
- ⑥宗教活動は禁止します。
- ⑦ペットの持ちこみは禁止します。
- ⑧利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止します。
- ⑨他の利用者の迷惑となる行為は禁止します。
- ⑩職員に金品を与えたり、金品に関する頼み事をするを禁止します。

## 11. その他

- ①急性増悪等の状態になった場合に、ご説明をさせていただいた上で病院での治療や他の医療機関での治療をお願いする場合があります。
- ②当施設には相談員が勤務しておりますので、要望や苦情等は相談員又は通所リハビリ担当者にお寄せいただければ速やかに対応いたします。

担当：相談員 磯部、藤田  
通所リハビリ担当者 坂田

TEL 0563-72-1701 内線181  
内線151

受付時間 月～土（祝日除く） 9：00～18：00

#### 【その他の相談窓口】

西尾市役所 健康福祉部 長寿課 0563-65-2119  
安城市役所 保健福祉部 介護保険課 介護審査係 0566-71-2257  
碧南市役所 健康推進部 高齢介護課 介護係 0566-41-3311  
岡崎市役所 福祉部 長寿課 介護サービス室介護給付班 0564-23-6682  
蒲郡市役所 市民福祉部 長寿課 介護保険係 0533-66-1176  
愛知県国保連合会 介護保険課内 苦情相談室 052-971-4165

### 12. サービス提供の記録

- ①当事業所では、居宅介護サービスの提供日、サービスの内容、利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービスの額、その他必要な事項を記録し、これを2年間保存します。
- ②利用者からの申し出があった場合には、上記のサービス提供の記録を文書の交付、その他適切な方法によりその情報を提供します。

### 13. 個人情報の利用

当事業所で得た個人情報は、下記の目的に限り使用します。

- ①介護サービスの提供
- ②介護給付費の請求事務
- ③運営管理のうち、利用開始・終了等の管理、会計・経理、事故等の報告、医療・看護・介護サービスの向上にかかる業務、業務改善・サービス維持のための基礎資料
- ④事業所内で行う検討等
- ⑤施設案内等の送付
- ⑥医療法人社団福祉会内部での情報共有
- ⑦審査支払機関への診療報酬明細書等の提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑧他の保健医療関連業種との連携
- ⑨家族等への利用者の状況説明
- ⑩賠償責任保険などに係る専門団体、保険会社等への相談、届出

なお、生命の危機等重大な危険が迫っている場合等はこの限りではありません。また、利用目的が変更される場合には、事前に変更事由を説明し、同意を得た上で利用変更します。

### 14. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する通所リハビリサービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する通所リハビリの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

### 15. 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待の防止に関する担当者を選任しています。

担当者：坂田 亮

(2) 虐待防止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っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

#### 16. 業務継続計画の策定について

①感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するため、及び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 to 実施します。

#### 17. ハラスメント対策について

当事業所は、職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメント防止に向けて取り組みます。

①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

(1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

(2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

(3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該事業所の職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。

③従業者に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。

④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

#### 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 | 1 あり | 実施日   |           |
|               |      | 評価機関名 |           |
|               |      | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
|               | 2 なし |       |           |

令和      年      月      日

通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

西尾市一色町大字赤羽字上郷中 1 1 3 番地 1

医療法人社団福祉会 高須病院

説明者      氏    名      \_\_\_\_\_ ⑩

私は、本書面により事業者から通所リハビリテーションサービスについて、重要事項の説明を受けました。

利用者      住    所      \_\_\_\_\_

氏    名      \_\_\_\_\_ ⑩

(代理人)      住    所      \_\_\_\_\_

氏    名      \_\_\_\_\_ ⑩

(続    柄)      \_\_\_\_\_

(代書した理由)      \_\_\_\_\_