

医療法人社団 藤聖会 八尾クリニック
(介護予防)通所リハビリテーション重要事項説明書

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

| | |
|----------|-----------------------------------|
| 事業所名 | 医療法人社団 藤聖会 八尾クリニック 通所リハビリテーション |
| 所在地 | 富山県富山市八尾町福島7丁目42番地 |
| 連絡先 | (076) 454-5000 FAX (076) 454-3262 |
| 代表者名 | 理事長 藤井 久文 |
| 管理者名 | 院長 安川 透 |
| サービス種類 | 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 |
| 介護保険指定番号 | 1610120048 |
| サービス提供地域 | 八尾町 婦中町 旧大沢野町 旧山田村 旧細入村 |

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

| | |
|-----|----------------------|
| 平日 | 午前8:30 ~ 午後5:15 |
| 土曜日 | 午前8:30 ~ 午後12:30 |
| 定休日 | 国民の祝祭日及び12月30日から1月3日 |

(3) 職員体制

| | 業務内容 | 常勤換算 |
|-------|---------------------|------|
| 管理者 | (医師) 利用者の医学的対応 | 1名以上 |
| 理学療法士 | リハビリテーションの提供 家屋調整 | 1名以上 |
| 作業療法士 | 家族指導 他サービス事業者との連携 | |
| 言語聴覚士 | 発語・嚥下評価、訓練指導 口腔ケア指導 | |

(4) 事業の目的及び運営の方針

1. 医療法人社団 藤聖会 八尾クリニック（以下「当事業所」という）は、指定通所リハビリテーションの事業を行うものであり、要支援・要介護状態になった場合において、その利用者が、理学療法、作業療法、言語聴覚療法その他の必要なリハビリテーションを行うことにより、心身の機能維持回復を図り、できる限り自立した生活を営むことができるように支援します。
2. 事業の実施にあたっては、指定居宅介護支援事業所及び指定居宅介護予防支援事業所（地域包括支援センター）他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとします。

(5) 当事業所の（介護予防）通所リハビリテーションの特徴

- ① 医療機関である病院が運営しますので、医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士及び必要職種による多職種が協同して医学的対応を行います。
- ② 運動器機能向上のためのトレーニングでは、最新鋭の医療用トレーニングマシン4台をはじめスリングロープやトレッドミル（歩行訓練機器）自転車など安全性と機能性に優れた各種マシンをそろえ、幅広い領域での充実したリハビリテーションをご提供します。
- ③ 専門スタッフによる運動療法や温熱療法などの身体のケアもあわせて行えます。
- ④ 栄養相談や口腔機能向上のための、専用ルームを備えています。

2 サービスの内容について

- ① (介護予防) 通所リハビリテーション計画に基づいて、リハビリテーション専門スタッフが、必要なリハビリテーションを行います。
- ② ご希望により、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士による、筋力、バランス機能、歩行能力、複合動作能力などの低下している体力の維持回復のためのマシンや器具を主体にしたトレーニング等を行います。
- ③ 送迎は、当院の送迎バスをご利用ください。

3 お申し込みからご利用までの主な流れ

- ① 介護保険法による要支援・要介護に認定された方のご利用となります。
- ② 利用者を担当する「指定居宅介護支援事業所」「指定居宅介護予防支援事業所(地域包括支援センター)」 「利用者」で作成される、介護サービス・支援計画に基づくご利用となります。
※ご利用者が作成される”自己作成”は市町村への提出が必要です。
- ③ ご利用にあたっての【利用約款】【重要事項説明書】などを説明し、ご同意いただければ、「利用契約」を締結します。
- ④ 身体機能、栄養状態、口腔機能などの評価を行うとともに、リハビリテーション等に関するご希望をお伺いします。
- ⑤ これに基づき、医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等その他必要職種により、「(介護予防) 通所リハビリテーション計画」を作成します。
- ⑥ 計画を説明し、ご同意いただければ、「リハビリテーションの開始」です。
- ⑦ ご利用申し込み・評価・計画の作成時あるいはご利用期間中に、病状・心身状態等が、当事業所の「(介護予防) 通所リハビリテーション」の内容に不適切と判断された場合には、ご利用をお断りすることもあります。
 - ・ご利用日ならびにご利用時間は、リハビリテーション計画の作成時に、相談の上決定いたします。
 - ・原則として週2回までの利用とさせていただきます。

4 担当職員の変更

- ① いつでも担当の変更を申し出ることができます。その場合、当事業所は通所リハビリテーションサービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ② 当事業所は担当職員が退職する等、正当な理由がある場合に限り担当職員を変更する事があります。その場合には事前に利用者の了解を得ます。

5 ご利用にあたってのお願い

- ① 金銭・貴重品はご本人で管理願います。
- ② 飲食物・所持品・備品を持ち込まれる際は、担当職員にご相談ください。
- ③ 喫煙は病院内全て禁煙です。
- ④ 当通所リハビリテーションご利用の時間中は他診療科の受診はできません。
- ⑤ 営利行為、宗教勧誘、特定の政治活動や他の利用者への迷惑となる行為は禁止します。
- ⑥ 当事業所が不適切と判断する行為があった場合またはその虞がある場合は、施設のご利用をお断りすることもあります。

6 キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。
八尾クリニック 通所リハビリテーション 電話 : 076-454-5000 080-4102-0654 (直通)
- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合に、原則としてキャンセル料はいただきません。

7 相談窓口・苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

○八尾クリニック 通所リハビリテーション

月曜日から金曜日午前8時30分～午後5時15分

土曜日午前8時30分～午後12時30分

*但し、国民の祝祭日及び12月30日から1月3日は除く

電話：076-454-5000 FAX：076-454-3262

○地域サポートセンター・患者相談窓口

月曜日～金曜日の午前9時～午後5時

電話：076-454-3299 FAX：076-454-3262

各市町村の窓口や国民健康保険連合会でも苦情の受付を行っています。

○富山市役所 介護保険課

富山市新桜町7-38 受付時間 平日 8:30～17:15

電話 076-443-2041

○富山県国民健康保険団体連合会

富山市下野宇豆田955-3 県市町村会館 受付時間 平日 8:30～17:15

電話 076-431-9833

○富山県福祉サービス運営適正化委員会

富山市安住町5-21 社会福祉協議会内 受付時間 平日 8:30～17:15

電話 076-432-3280

8 個人情報の取扱いについて

当事業所は、個人情報を正確かつ安全に取り扱うために、厚生労働省のガイドラインに基づき適切な個人情報管理に努めています。

(1) 個人情報の使用目的

- ① 介護サービスの提供をするに当たって、担当職員と居宅支援事業所との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するため
- ② 上記のほか、介護サービス事業所との連絡調整のため
- ③ 介護サービスの提供をする際、利用者が体調等を崩しまたは怪我等で医療機関を受診した際に医師・看護師等に説明するため

(2) 個人情報を提供する事業所

- ① 居宅支援事業所
- ② 居宅介護サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- ③ 病院または診療所

(3) 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

(4) 使用する条件

- ① 個人情報の利用については必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外のものに漏れることのないよう細心の注意をはらいます。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録します。

9 利用料金について

(1) 介護保険証の確認

ご利用の申し込みに当たり、ご利用希望者様の介護保険証（介護保険負担割合証）を確認させていただきます。利用者の負担（負担割合：1割）額は（3）のとおりとする。ただし、介護保険負担割合証の負担割合（2割、3割）に応じた額となります。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月15日頃に当月分の料金を請求いたしますので、翌々月末日までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) 料金表（令和6年6月1日現在）

| 介護区分 | 項目 | | 単位 |
|-------------------------|---|----------------|-----------|
| (介護予防) | 介護予防通所リハビリテーション費 ※事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者にサービスを行う場合 (要支援1：376単位減算、要支援2：752単位減算) | 要支援1 | 2268単位/月 |
| | | 開始日の属する月から12月超 | 120単位/月減算 |
| | | 要支援2 | 4228単位/月 |
| | | 開始日の属する月から12月超 | 240単位/月減算 |
| 要支援1.2 | 口腔機能向上加算 | | 150単位/月 |
| 通常規模型 1時間以上 2時間未満 | 通所リハビリテーション費 ※事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者にサービスを行う場合 (要支援1～5それぞれで94単位/日減算) | 要介護1 | 369単位/回 |
| | | 要介護2 | 398単位/回 |
| | | 要支援3 | 429単位/回 |
| | | 要支援4 | 458単位/回 |
| | | 要支援5 | 491単位/回 |
| | リハビリマネジメント加算（イ） ※事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合270単位加算 (6月以内 830単位、6月超510単位) | 同意日の属する月から6月以内 | 560単位/月 |
| | 同意日の属する月から6月超 | 240単位/月 | |
| 要介護 (1～5) | 短期集中リハビリテーション実施加算 | | 110単位/日 |
| | 口腔機能向上加算（I） | 月2回まで | 150単位/回 |
| | 理学療法士向上加算 | | 30単位/月 |
| | 送迎の減算 | | 47単位/片道減算 |

※1単位=10.17円（富山地域加算を含む）

(4) 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者様の負担になります。

| | | |
|-----|----------|-----|
| 複写物 | 1枚につき白黒 | 10円 |
| 複写物 | 1枚につきカラー | 15円 |

10 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

| | | |
|-----------|-------|--------|
| 主治医 | 病院名 | |
| | 主治医氏名 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族 | 氏名 | (続柄：) |
| | 連絡先 | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | (続柄：) |
| | 連絡先 | |
| 居宅介護支援事業者 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |