

# 重要事項説明書

渡辺病院短時間デイケアセンター  
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  
<令和6年 6月 1日現在>

## 1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 志朋会
代表者名	渡辺 寛
所在地・連絡先	(住所) 岐阜市加納城南通1丁目23番地 (電話) 058 - 272 - 2129 (FAX) 058 - 272 - 2799

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	渡辺病院短時間デイケアセンター
所在地・連絡先	(住所) 岐阜市加納城南通1丁目23番地 (電話) 058 - 272 - 2129 (FAX) 058 - 272 - 2799
事業所番号	2110104276
管理者氏名	渡辺 寛
利用定員	1単位目：8名 2単位目：8名 計16名

### (2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
医師	1	1		利用者の健康管理
理学療法士 作業療法士	3	3		リハビリテーションの提供

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
医師	正規の勤務時間帯 (9:00 ~ 18:00) 常勤で勤務 兼任	4週8休
理学療法士 作業療法士	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 常勤で勤務 兼任	4週8休

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	加納西・加納東・華陽・厚見・白山・梅林 茜部・三里・岐南町（一部）
---------	--------------------------------------

(5) 営業日

営業日	月～土曜日
営業時間	9:30～15:30
営業しない日	日曜日、国民の休日及び12月31日～1月3日

3 サービスの内容及び費用

(1) サービス内容

種類	内容
送迎	原則、自宅の玄関先から当事業所までの送迎を行います。 身体状況に合わせて対応します。
健康チェック	体温、血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行います。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
リハビリテーション	医師、看護師、理学療法士等が共同して利用者の課題等を評価し、利用者の希望を踏まえてリハビリテーション計画書を作成します。当該リハビリテーション計画に基づき、医師及び医師の指示を受けた理学療法士等がリハビリテーションを行います。

レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーション・体操を実施します。
相談及び援助	利用者とその家族からの相談に応じます。

(2) 費用

介護保険の適用がある場合、原則として利用料金の利用者の負担割合の額となります。  
(1割～3割負担以上になります。)

【料金表】

1単位…10.33円

ア 介護予防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費 (1月につき)

要支援 1 2268 単位	要支援 2 4228 単位
------------------	------------------

○加算 (1月につき)

種 類	内 容	利用料
12月を超える利用の減算	利用開始した日の属する月から 12 月を超えて指定介護予防通所リハビリを行う場合	要支援 1 ▲120 単位 要支援 2 ▲240 単位
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの ADL や心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合	40 単位

イ 通所リハビリテーション

○通所リハビリテーション費(通常規模型リハビリテーション費)

所要時間 1 時間以上 2 時間未満の場合 (1日につき)

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
369 単位	398 単位	429 単位	458 単位	491 単位

○加算 (1日/1回につき)

種 類	内 容	利用料
短期集中個別リハビリテーション実施加算	日常生活活動の自立性を向上させるために、個別リハビリテーションを集中的に行った場合 ※退院(所)日又は、認定日から 3 月以内	110 単位
送迎減算	送迎を行わない場合	片道につき ▲47 単位

理学療法士等 体制強化加算	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上配置している事業所 ※1時間以上2時間未満利用のみ	30単位
科学的介護推進 体制加算	利用者ごとのADLや心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合	40単位
退院時共同指導加算	医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行なう際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行う場合	600単位

- ・料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、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超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用時であっても、保険料の滞納等により事業者へ直接介護保険給付が行われない場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

#### ウ その他料金

- 通常の事業の実施地域を超えて行う送迎に要する費用

実施地域から超えた地点から、片道3キロ未満 300円/1回

実施地域から超えた地点から、片道3キロ以上 500円/1回

- おむつ・リハビリパンツ・パット代 実費/枚

※原則持参 事業所のものを使用した場合、差し替えて現物をいただきます。

その他、利用者の希望による特別なサービスの提供については上記にかかる実費相当の費用の負担をいただきます。

#### (3) 利用料等のお支払方法

毎月中旬ごろに前月分の請求をいたします。窓口集金（利用時）又は十六銀行にて指定口座より請求額の引き落としを27日（土日の場合は前後）にさせていただきます。なお、お支払い方法が口座引き落としの場合、手数料として110円/月をいただきます。

#### 4 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 市村 大介 ご利用時間 9：30～15：30 ご利用方法 電話 (058 - 272 - 2129) 面談 (当事業所) 苦情箱 (受付前に設置)
-------------	---

#### ※公的機関相談窓口

- ・岐阜市役所福祉部介護保険課 TEL 058 - 265 - 4141  
FAX 058 - 267 - 6015  
(受付時間:8：45～17：30)
- ・岐阜県国民健康保険団体連合会 TEL 058 - 275 - 9826  
介護保険課苦情相談係 FAX 058 - 275 - 7635  
(受付時間：9:00～17:00)

#### 5 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「加納渡辺病院 消防計画」に則り対応します。
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「加納渡辺病院 消防計画」に則り年2回避難訓練を実施します。

#### 6 送迎について

- ・曜日によって送迎時間が異なります。
- ・天候や交通状況、当日の利用者休み等により、送迎時間が10分前後する場合がありますが準備をしてお待ちください。
- ・送迎時間につきましては希望に添えない場合があります。
- ・家族希望による家の中までの送迎における事故につきましては、責任を負いかねます。
- ・台風・豪雨・降雪等により安全な送迎をすることが困難な場合、当日の利用をお断りする場合がございます。

#### 7 身体拘束等について

利用者の人権を尊重するため、身体拘束等は原則として行いません。他利用者に危害を加える等やむを得ない事情により身体拘束等を行う場合は、家族等の同意を得て記録に残します。なお、ここでいう「身体拘束等」とは、車いすや椅子、ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る、介護衣(つなぎ服)を着せる等、利用者の行動を制限する行為を意味します。

8 サービス利用に当たっての留意事項

- 服薬等の変更がある場合は、速やかにお知らせください。
- 現金・貴重品等の所持品は、自己の責任で管理してください。（お預かりはいたしかねます。）
- 食物の持ち込みは禁止しております。
- 利用者同士の物品の受け渡しは禁止しております。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 事業所内の設備や器具は本来の用法に従って利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 敷地内禁煙になります。ご利用中の喫煙はご遠慮ください。
- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

## 個人情報取り扱いについて

当事業所は「医療法人社団志朋会 個人情報保護方針」に則り、下記の要領にて利用者の個人情報を取り扱います。

### 1. 取得する個人情報

個人情報とは、氏名・住所等の特定の個人を識別できる情報をいいます。

- (1) 医療・介護サービスの提供を希望される利用者とその家族の氏名、住所、生年月日、電話番号、勤務先および利用者のご家族が申告した事項
- (2) 利用者が指定したお支払手段における、金融機関名と口座情報
- (3) 医療・介護サービスを提供する為に必要な医療・介護情報

### 2. 個人情報の利用目的

個人情報は以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて利用いたしません。

#### 【利用者への医療・介護サービスの提供に必要な利用目的】

- (1) 利用者等に提供する医療・介護サービス
- (2) 医療・介護保険事務
  - －保険事務の委託・審査支払機関へのレセプト提出・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- (3) 利用者に係る管理運営業務
  - －入退院（所）・会計・経理・事故等の報告・医療・介護サービスの向上
- (4) 他の医療・介護・福祉事業者への情報提供
  - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等と連携(サービス担当者会議等)・照会への回答
  - －利用者の診療にあたる医療機関に意見・助言を求める場合
- (5) 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届け等

#### 【上記以外の利用目的】

- (6) 管理運営業務
  - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料・事例研究
  - －学生等の実習・研修の協力
  - －外部監査機関への情報提供

### 3. 個人情報の安全管理

利用者およびそのご家族の個人情報は、厳正な管理のもとで安全に保管し、他に漏洩することのないように努め、従業員・取引先等にも周知徹底します。

### 4. 個人情報の開示・内容訂正・利用停止

利用者から個人情報の開示を求められた場合は開示します。この場合開示・謄写に必要な実費はいただきますので、ご了承ください。

当事業所が保有する個人情報に誤りがある場合は調査の上、内容の訂正・利用の停止を致します。

開示・内容訂正・利用停止につきましては、下記の相談窓口にご連絡ください。

### 5. 相談窓口

窓口責任者 市村 大介

ご利用時間 9：30～15：30

ご利用方法 電話 (058-272-2129)

面談 (当事業所)

# 同意書

渡辺病院短時間デイケアセンター（通所リハビリテーション）を利用するにあたり、重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解したので同意します。

また別紙「個人情報取り扱いについて」に関する説明を受け、必要な場合には利用者および家族の個人情報等を用いることについても同意します。

令和 年 月 日

[利用者]

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ (印)

[代理人]

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ (印)

(本人との続柄 )

渡辺病院短時間デイケアセンター 殿