通所リハビリテーションサービス重要事項説明書

厚生省令第３７号第８条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

１．事業所の名称等

事業所の名称	周防大島町立東和病院
山口県知事指定番号	3517110676
所在地	山口県大島郡周防大島町大字西方 571 番地１
電話番号	0820-78-0310

２．事業の目的と運営方法

事業の目的	利用者の心身機能、活動、参加などの維持･向上を図り、可能な限り自立した在宅生活を支援いたします。
運営方針	・医師の指示に基づき、利用者の心身の特性を踏まえ、日常生活行為の維持･回復を図ります。 ・認定審査会の意見に従います。 ・利用者の生活の質を重視いたします。 ・保健・医療・福祉サービスとの連携を図りながら、総合的なサービスの提供に努めます。

３．職員の職種、職員数及び職務の内容

医師１名（常勤兼務）
理学療法士６名（常勤兼務）、作業療法士２名（常勤兼務）、言語聴覚士１名（常勤兼務）
従事者は、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の提供にあたります。

４．営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（土日・祝日・年末年始を除く。）
営業時間及びｻｰﾋﾞｽ提供時間	８時 30 分～12 時 30 分

５．利用定員

利用定員：20 人

６．実施地域

実施地域：周防大島町内

７．通所リハビリテーションの内容及び利用料、請求方法・支払方法

１時間以上２時間未満のサービスを提供いたします。（病院患者送迎バスをご利用できます。）
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の内容は次のとおりとし、事業を提供した場合の利用額は、介護報酬の告示上の額とし、当該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が法定代理受領サービスであるときは、利用者から本人負担分の支払いを受けるものとします。
（リハビリテーション内容）
①健康チェック　②物理療法　③マッサージやストレッチ　④基本動作練習
⑤日常生活機能練習

・介護予防通所リハビリテーション費

介護予防通所リハビリテーション費	要支援１	2,268 円/月
	要支援２	4,228 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	要支援１	24 円/月
	要支援２	48 円/月
利用開始日の属する月から 12 月超	要支援１	△20 円/月
	要支援２	△40 円/月

・通所リハビリテーション費

通所リハビリテーション費	要介護１	369 円/回
	要介護２	398 円/回
	要介護３	429 円/回
	要介護４	458 円/回
	要介護５	491 円/回
理学療法士等体制強化加算		30 円/回
サービス提供体制加算Ⅲ		６円/回
事業所が送迎を行わない場合		△47 円/片道

利用料の請求方法	利用料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ご請求いたします。
支払方法	病院会計窓口にて、現金でのお支払いをお願いいたします。お支払い後、領収書をお渡しします。再発行はいたしませんので必ず保管をお願いします。（医療費控除の還付請求の際に必要になることがあります。）
利用料及び内容の変更	介護報酬の改定に当たって、内容及び利用料その他の費用の額を変更する場合があります。

※利用料の支払いについて、正当な理由がなく、支払い期日から３月以上遅延し、督促から１４日以内に支払いがない場合、当該サービス提供の契約を解除させていただきます。

８．サービス利用に当たっての留意事項

サービス提供を受けようとする利用者は､医師の診断や生活上の留意点などをサービスの利用の際にご連絡ください。また、体調の異常や異変がある時は必ず担当療法士に伝えて下さい。

９．非常災害対策

地震、風水害、火災その他の災害が発生した場合は、利用者の安全確保に努め、施設内防災計画に従って行動いたします。

10．虐待防止のための措置

高齢者虐待は、外部から把握しにくいことが特徴であることを認識し、職員は日頃から虐待の早期発見に努めます。

①事業所は次の通り虐待防止担当者を定めます。
　リハビリテーション科主任　野村洋和

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、その結果について職員に周知徹底を図ります。

③当該事業所職員または養護者（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、速やかにこれを町に通報します。なお、その場合、通報者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

④事業所は利用者が成年後見人制度を利用できるように支援を行います。

11．苦情申立窓口・機関

【事業者の窓口】 周防大島町立　東和病院 リハビリテーション科	住　　所：周防大島町大字西方571番地1 窓口担当：野村洋和 電話番号：0820-78-0310 受付時間：営業日の８時 30 分～17 時 15 分
【町（保険者の窓口)】 周防大島町健康福祉部介護保険課	住　　所：周防大島町大字土居1325-1 電話番号：0820-73-5503
【公的団体の窓口】 山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課（苦情相談専用）	住　　所：山口市朝田 1980 番地７ 受付時間：平日９時 00 分～17 時 00 分 （土日･祝日･年末年始を除く） 電話番号：083-995-1010

12．事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により、万が一、事故が発生した場合は、速やかに利用者のご家族、町及び病院事業局管理者に連絡を行うとともに、利用者の安全を最優先に必要な安全措置をとります。また、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償の手続きを速やかに行います。このため、当事業所は、損害賠償保険に加入しています。

13．秘密の保持と個人情報の保護について

周防大島町立東和病院では、お預かりしている個人情報について、利用目的を【別紙１】のとおり定めます。

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	・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ライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めてまいります。 ・事業者及び職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びそのご家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らすことはいたしません。 ・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いたします。 ・事業者は職員に、業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を、職員である期間及び職員でなくなった後においても、保持するべき旨を教育し誓約させます。
②個人情報の保護について	・事業者は、利用者から同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いることはいたしません。また、利用者のご家族の個人情報についても、同意を得ない限り、サービス担当者会議等で用いることはいたしません。 ・事業者は、利用者及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙媒体又は電磁的記録を含む。）については、管理者が適切に管理し、処分の際にも第三者への漏えい防止に努めてまいります。 ・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・追加または削除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います。（開示に際して複写を求められた場合は、その費用を利用者にご負担いただきます。）

14．緊急時の対応

利用者の主治医または事業者の協力医療機関へ速やかに連絡を行い、医師の指示に従って適切な対応を行います。また、緊急連絡先にご連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	周防大島町立東和病院
	所在地	大島郡周防大島町大字西方 571 番地 1
	電話番号	0820-78-0310
協力医療機関	医療機関の名称	周防大島町立東和病院
	院長名	足立　淳
	所在地	大島郡周防大島町西方 571 番地 1
	電話番号	0820-78-0310
	診療科	内科、外科、整形外科、循環器科、泌尿器科、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科、発達小児科、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科、放射線科
	入院設備	有り
	救急指定の有無	有り
	契約の概要	当サービス事業所

緊急連絡先	氏名　（続柄）	（　　）
	住所	
	電話番号　（□携帯）	
	その他の連絡先	氏名： 電話番号：

15．重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年　　月　　日

当事業所は、サービスの提供開始にあたり、重要事項説明書に基づいて重要事項を説明しました。

サービス事業所
周 防 大 島 町 立 東 和 病 院

重要事項説明書に基づいて、重要事項の説明を受けました。また、サービス担当者会議において、私の個人情報を契約の有効期間中に用いることに同意します。

利用者氏名

（代理人氏名　　）（続柄　　）

通所リハビリテーションサービス契約書

甲（利用者）と乙（事業所）は、下記のとおり通所リハビリテーションサービス（以下、サービスという）契約を締結します。

第１条　（サービス契約の目的）
１乙は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、甲の心身機能、活動、参加などの生活機能の維持・向上を図り、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、このサービスを提供します。
２乙は、甲の要介護状態区分、及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、サービスを提供します。
３甲は、乙からサービスの提供を受けたときは、乙に対し、別紙重要事項説明書の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。

第２条　（契約期間）　この契約は、第１０条に定める契約終了の事由が無い限り継続するものとします。

第３条　（サービス計画変更の援助）　乙は、甲が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）に連絡するなど必要な援助を行います。

第４条　（サービス内容の変更）　甲は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。乙は、甲からの申し出があった場合、第１条に規定するサービス契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

第５条　（介護保険の適用を受けないサービスの説明）　乙は、その提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料を説明し、甲の同意を得ます。

第６条　（甲の解約権）　甲は、乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、３日以上の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７条　（甲の解除権）　甲は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。
１乙が、正当な理由なく、本契約に定めるサービスを提供せず、甲の請求にもかかわらず、これを提供しようとしない場合。
２乙が、第１２条に定める守秘義務に違反した場合。
３乙が、甲の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められるとき。

第８条　（乙の解除権）
１乙は、甲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、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難となったときは、文書により、14 日以上の予告期間をもって、この契約を解除します。
２乙は、前項によりこの契約を解除する場合には、このサービス提供を調整した介護支援専門員、又は甲が住所を有する市町村と協議し、必要な措置をとります。

第９条　（利用料の滞納）
１甲が、正当な理由なく乙に支払うべき利用料の自己負担分を３ヶ月以上滞納した場合には、乙は甲に対し、１日以上の期間を定めて期間内にその支払いがないときは、この契約を解除する旨の催告をすることができます。
２乙は、前項の催告をした場合には、第８条第２項と同様の措置をとり、介護サービス計画の変更や、一般施策に基づくサービスの利用を図る等の調整を行います。
３乙は、前項の措置を講じた上で、甲が第１項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときには、文書をもってこの契約を解除することができます。

第１０条　（契約の終了）　次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。
１甲が死亡したとき。
２第６条に基づき、甲から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
３第７条に基づき、甲から解除の意思表示がなされたとき。
４第８条に基づき、乙から解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
５第９条に基づき、乙から文書をもって解除の意思表示がなされたとき。
６甲が介護保険施設へ入所した場合。
７甲の要介護状態区分が、自立とされた場合。

第１１条　（損害賠償）
１乙は、甲に対するサービスの提供にあたって、事故が発生し、甲又は甲の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに甲に対して損害賠償します。但し、乙の故意過失がなかった場合には、この限りではありません。
２前項の場合、甲又は甲の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

第１２条　（秘密保持）
１乙及びその職員は、正当な理由がない限り、甲に対するサービスの提供にあたって知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。
２乙は、その職員が退職後、在職中に知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。
３乙は、甲の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、甲の個人情報を用いません。

第１３条　（苦情処理）
１甲又は甲の家族は、提供されたサービスに不満がある場合、いつでも別紙重要事項説明書記載の苦情申立機関に、苦情を申し立てることが出来ます。尚、当事業所の苦情申立窓口は下記のとおりです。
　　名　称　　周防大島町立東和病院　リハビリテーション科　　野村洋和
　　電　話　　0820-78-0310　　ＦＡＸ　　0820-78-1885
２　乙は、甲に提供したサービスについて、甲又は甲の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
３　乙は、甲が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

第１４条　（サービス内容等の記録作成・保存）
１乙は、甲に対してサービスを提供するごとに、当該サービスの提供日、及び内容等の必要事項を、所定の書面に記載します。
２乙は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から２年間保存します。

３甲は、乙に対し、いつでも第１項、第２項に規定する書面その他のサービスの提供に関する記録の閲覧・謄写を求めることができます。ただし、謄写に際しては、乙は甲に対して、実費相当額を請求できるものとします。

第１５条　（契約外条項）　本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、甲及び乙の協議により定めます。

本書を２通作成し、甲並びに乙が１通ずつ保管します。

年　　月　　日

（甲）利用者

氏名

（代理人氏名　　）（続柄　　）

（乙）サービス事業所
大島郡周防大島町大字西方 571 番地 1
周 防 大 島 町 立 東 和 病 院