医療法人北翔会　６条整形外科クリニック
通所リハビリテーション・重要事項説明書

１．施設の概要

① 施設の名称

施 設 名	医療法人北翔会　６条整形外科クリニック
所 在 地	岩見沢市６条西１丁目８番地
電話番号	（０１２６）３１－７３１７
Ｆ Ａ Ｘ	（０１２６）３１－７３１９
管理者名	院長　坂本　尚聡
介護保険指定番号	０１１５７１１５３３

② 通所リハビリテーション（予防通所リハビリテーション）の目的と運営方針

医療法人北翔会　通所リハビリテーションが行なう通所リハビリテーション及び予防通所リハビリテーション事業の適正な運営を確保するために、人員基準及び管理運営に関する事項を定め、通所職員が利用者様に対し適正な指定通所リハビリテーションサービスを提供することを目的としています。

通所リハビリを必要とする利用者様に対し、リハビリテーション計画に基づいて、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、理学療法士による機能訓練や、作業療法士・介護職員など作業訓練・レクリェーションを通じて、心身機能の維持回復がはかれるように努めています。

③ 職員の体制

	常　勤	非常勤	小　計
医　師	1	0	1
（准）看護師	0	1	1
介護福祉士	5	5	10
理学療法士	2	0	2
作業療法士	0	0	0
介護職員	0	3	3

④ 第三者評価の実施状況：　受けていません。

⑤ 利用定員　　43 名

⑥ 送迎範囲　　岩見沢市内

２．　営業日及び時間

営 業 日 ： 月曜日～土曜日　月曜日の祝日（振替休日を含む）

休 業 日 ： 日曜日・月曜日以外の祝日・開設記念日（６月第２土曜日）
お盆休み・年末年始（１２月３０日～１月３日）

営業時間 ： 午前８:３０～午後１７：００まで

３．利用料金（１割負担金額）

＜通所リハビリテーション　サービス利用料金（1日あたり）＞

①保険扱分（１割負担の金額）

介護度	６～７時間	５～６時間	４～５時間	３～４時間	２～３時間	１～２時間
要介護１	７１５円	６２２円	５５３円	４８６円	３８３円	３６９円
要介護２	８５０円	７３８円	６４２円	５６５円	４３９円	３９８円
要介護３	９８１円	８５２円	７３０円	６４３円	４９８円	４２９円
要介護４	１，１３７円	９８７円	８４４円	７４３円	５５５円	４５８円
要介護５	１，２９０円	１，１２０円	９５７円	８４２円	６１２円	４９１円

②加算料金

入浴加算	４０円/日
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	５６０円/月　開始月から６ヶ月以内 ２４０円/月　６ヶ月以降
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	５９３円/月　開始月から６ヶ月以内 ２７３円/月　６ヶ月以降
リハビリについて医師が利用者又は家族に説明した場合	２７０円/月
リハビリテーション提供体制加算	３時間以上４時間未満　１２円/日 ４時間以上５時間未満　１６円/日 ５時間以上６時間未満　２０円/日 ６時間以上７時間未満　２４円/日
口腔機能向上加算	１５０円×２回/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	２２円/日
短期集中リハビリテーション実施加算	１１０円/日　※退院（所）日から３ヶ月以内
介護職員処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数×11.1%
科学的介護推進体制加算	４０円/月
重度療養管理加算＊	１００円/月
退院時共同指導加算	６００円/回

＊補足）重度療養管理加算：要介護 3 以上の者で、医学的管理のもと通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを行った場合算定されます。
（喀痰吸引、褥瘡の治療、中心静脈注射、経鼻胃管や胃瘻等の経管栄養など）

・送迎減算・

ご家族又はタクシーで来所・帰宅された場合：片道につき 47 円の減算となります。

利用料金（２割負担金額）

＜通所リハビリテーション　サービス利用料金（1 日あたり）＞

保険扱分（２割負担の金額）

介護度	６～７時間	５～６時間	４～５時間	３～４時間	２～３時間	１～２時間
要介護１	1,430 円	1,244 円	1,106 円	972 円	766 円	738 円
要介護２	1,700 円	1,476 円	1,284 円	1,130 円	878 円	796 円
要介護３	1,962 円	1,704 円	1,460 円	1,286 円	996 円	858 円
要介護４	2,274 円	1,974 円	1,688 円	1,486 円	1,110 円	916 円
要介護５	2,580 円	2,240 円	1,914 円	1,684 円	1,224 円	982 円

②加算料金

入浴加算	８０円/日
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	１，１２０円/月　開始月から６ヶ月以内 ４８０円/月　６ヶ月以降
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	１，１８６円/月　開始月から６カ月 ５４６円/月　６カ月以降
リハビリについて医師が利用者又は家族に説明した場合	５４０円/月
リハビリテーション提供体制加算	３時間以上４時間未満　２４円/日 ４時間以上５時間未満　３２円/日 ５時間以上６時間未満　４０円/日 ６時間以上７時間未満　４８円/日
口腔機能向上加算	３００円×２回/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	４４円/日
短期集中リハビリテーション実施加算	２２０円/日　※退院（所）日から３ヶ月以内
介護職員処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数×11.1%
科学的介護推進体制加算	８０円/月
重度療養管理加算＊	２００円/月
退院時共同指導加算	１，２００円/回

＊補足）重度療養管理加算：要介護 3 以上の者で、医学的管理のもと通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを行った場合算定されます。

（喀痰吸引、褥瘡の治療、中心静脈注射、経鼻胃管や胃瘻等の経管栄養など）

・送迎減算・

ご家族又はタクシーで来所・帰宅された場合：片道につき 47 円の減算となります。

利用料金（３割負担金額）

＜通所リハビリテーション　サービス利用料金（1日あたり）＞

保険扱分（３割負担の金額）

介護度	６～７時間	５～６時間	４～５時間	３～４時間	２～３時間	１～２時間
要介護１	2,145 円	1,866 円	1,659 円	1,458 円	1,149 円	1,107 円
要介護２	2,550 円	2,214 円	1,926 円	1,695 円	1,317 円	1,194 円
要介護３	2,943 円	2,556 円	2,190 円	1,929 円	1,494 円	1,287 円
要介護４	3,411 円	2,961 円	2,532 円	2,229 円	1,665 円	1,374 円
要介護５	3,870 円	3,360 円	2,871 円	2,526 円	1,836 円	1,473 円

②加算料金

入浴加算	１２０円/日
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	１，６８０円/月　開始月から６ヶ月以内 ７２０円/月　６ヶ月以降
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	１，７７９円/月　開始月から６ヶ月以内 ８１９円/月　６ヶ月以降
リハビリについて医師が利用者又は家族に説明した場合	８１０円/月
リハビリテーション提供体制加算	３時間以上４時間未満　３６円/日 ４時間以上５時間未満　４８円/日 ５時間以上６時間未満　６０円/日 ６時間以上７時間未満　７２円/日
口腔機能向上加算	４５０円×２回/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	６６円/日
短期集中リハビリテーション実施加算	３３０円/日　※退院（所）日から３ヶ月以内
介護職員処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数×11.1%
科学的介護推進体制加算	１２０円/月
重度療養管理加算＊	３００円/月
退院時共同指導加算	１，８００円/回

＊補足）重度療養管理加算：要介護 3 以上の者で、医学的管理のもと通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを行った場合算定されます。

（喀痰吸引、褥瘡の治療、中心静脈注射、経鼻胃管や胃瘻等の経管栄養など）

・送迎減算・

ご家族又はタクシーで来所・帰宅された場合：片道につき 47 円の減算となります。

＜介護予防通所リハビリテーション　サービス利用料金（1ヶ月あたり）＞

保険扱分

介護度	利用料金（月額）		
	１割負担	２割負担	３割負担
要支援１	２，２６８円	４，５３６円	６，８０４円
要支援２	４，２２８円	８，４５６円	１２，６８４円

① 加算料金（１割負担分）

口腔機能向上加算	１５０円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援１　　８８円/月 要支援２　１７６円/月
介護職員処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数×11.1%
科学的介護推進体制加算	４０円/月
退院時共同指導加算	６００円/回

② 加算料金（２割負担分）

口腔機能向上加算	３００円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援１　１７６円/月 要支援２　３５２円/月
介護職員処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数×11.1%
科学的介護推進体制加算	８０円/月
退院時共同指導加算	１，２００円/回

③ 加算料金（３割負担分）

口腔機能向上加算	９００円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援１　２６４円/月 要支援２　５２８円/月
介護職員処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数×11.1%
科学的介護推進体制加算	１２０円/月
退院時共同指導加算	１，８００円/回

介護保険制度改定等によりサービス料金（給付額）に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の利用料金（負担額）を変更します。

＊介護保険の給付とならないサービス（自己負担料金）

① 食事の提供
② バスタオルの提供
　ご契約者の希望により入浴時のバスタオルにかかる費用
③ 日常生活上必要となる諸費用実費
　日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが妥当であるもの（おむつ代など）にかかる費用を負担いただきます。

昼食代	７００円
飲み物代	６０円
バスタオル代	６０円
複写物の交付（コピー代）	１枚あたり１０円
オムツ代	４０～１３０円
写真代	２０円

４．必要な持ち物

タオル　（入浴時に必要となります）
連絡帳　（初回利用時にこちらからお渡しします）
内服薬　（昼食時に飲んでいるお薬）
歯ブラシ（ご本人の判断と致します）
上靴　　（スリッパ以外）
着替え
（入浴後着替える事が必要な場合や便汚染などが頻回な場合は御持参下さい。）

※ 持ち物には必ず名前を記入してください。　名前の記入がない場合、紛失しても責任をもてない場合があります。また大切な物（入れ歯、補聴器、眼鏡等）の中で、ご自分で管理が難しい場合は必ず職員へ教えてください。
※ 金銭等は特別なことがない限り使用しませんので、ご持参されないようにしてください。行事などで使用する場合はこちらから連絡します。
※ 貴金属などの貴重品は個人の管理となりますので紛失した場合などは責任を負えません。
※ 通所利用中に嘔吐・（便）失禁した際の衣服に関しては、衛生上の都合からこちらで洗濯をすることはできません。
（着替えの持参が無い場合は、着替えをお貸ししています。）

５．利用の中止・変更・追加

利用予定日前に、ご契約者の都合により、通所サービスの利用を中止又は、変更、若しくは新たなサービスの利用を追加することが出来ます。
この場合にはサービス実施日の当日の 9:30 までに事業者に申し出てください。

利用予定日の 9:30 までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の金額をお支払いいただく場合がございます。

利用予定日の 9:30 までに申し出があった場合	無　　料
利用予定日の 9:30 までに申し出がなかった場合	７００円 （昼食料金）

サービス利用の変更・追加の申し出について、事業所の稼動状況により契約者の希望する日にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

６．緊急時の対応

利用者の主治医又は協力機関への連絡を行ない、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。
又、利用中に受診の必要がある場合や体調不良で帰宅を希望された場合は
ご家族様に連絡をし、迎えに来て頂くこととなります。

７．個人情報についての取り扱い

利用目的

ⅰ）利用者に提供するリハ、介護などのサービス
ⅱ）介護保険請求のための事務
ⅲ）当事業所の行う管理運営業務（会計、経理、事故報告、サービスの質向上）
ⅳ）他医療機関、介護機関との連携
ⅴ）家族等への状況報告
ⅵ）行政機関等、法令に基づく照会、確認
ⅶ）賠償責任保険等に関わる専門機関、保険会社への届出、相談
ⅷ）その他公益に資する運営業務(基礎資料の作成、実習への協力、職員研修等)
Ⅸ）利用状況の連携を図るための写真や動画の撮影

８．事故発生時の対応

ⅰ）サービスの提供により事故が発生した場合は必要な措置を講じるとともに速やかにご家族様、居宅支援事業者、保健所へ連絡致します。
ⅱ）事業者の責任により損害が生じた場合は速やかに損害賠償を行います。

９．虐待及び身体拘束防止に関する取り組み

当事業所では日頃からの高齢者虐待の早期発見に努め、発見した場合には速やかに市町村へ報告すると共に要因の除去に努めます。
又、利用者様の尊厳・主体性を尊重し、下記の通り事業所内での虐待・身体拘束の防止に努めます。

ⅰ）苦情処理の徹底
ⅱ）虐待防止・身体拘束防止検討委員会の設置
ⅲ）定期的な職員研修の実施

＊身体拘束に関してやむを得ない場合の３原則について
利用者個々の心身状態を勘案し疾病・所外を理解した上で身体拘束のないケアを提供することが原則であるが以下の３つの要素全てを満たす状態になった場合は必要最低限の身体拘束を行うことがあります。

① 切迫性：利用者本人又は他の利用者等の生命・身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
② 非代替性：身体拘束その他の行動制限に行う以外に代替する介護方法がないこと。
③ 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

・「やむを得ない場合」の判断日については院長及び所長の合意の下で行い、職種や個人による個別的な判断は行いません。又、利用者及び家族に対しては身体拘束の内容・目的・理由・拘束の時間を十分に説明し理解を得るように努めます。
身体拘束を実施した場合はその経過観察及び経過記録を記載し、１か月に１回身体拘束廃止に向けた会議を行います。

１０．非常災害や感染症が発生した場合の取り組み

非常災害や感染症が発生時において、必要なサービスを継続的に実施するために下記の取り組みを行っています。

ⅰ）非常災害・感染症に関する事業継続時計画の作成と定期的な見直し
ⅱ）定期的な訓練と研修会の開催

１１．苦情の受付について

相談・苦情に対する常設窓口

電話番号（０１２６）３１－７３１７　　ＦＡＸ（０１２６）３１－７３１９
担当者　　石川　理絵　（　通所リハビリテーション所長　）

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	医療法人北翔会　６条整形外科クリニック
住　　所	〒068-0026　岩見沢市６条西１丁目８番地
連　絡　先	電話　0126-31-7317　FAX　0126-31-7319

措　置　の　概　要

１．利用者からの相談又は苦情に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者

① 相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いております。
また、担当者が不在の時は、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継いでおります。

〇相談・苦情等の受付先　電話番号　　0126-31-7317
ＦＡＸ番号　0126-31-7319

〇相談・苦情等の受付担当者氏名　　石川　理絵

２．円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

① 苦情があった場合は、ただちに相談窓口責任者が相手方に連絡を取り、
直接出向くなどして詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認いたします
② 苦情処理担当者が必要あると判断した場合は、管理者まで含めて検討会議を行います。
（検討会議を行わない場合も、必ず責任者まで処理結果を報告します。）
③ 検討後、翌日までには必ず具体的な対応を実施します。
（利用者への謝罪等）
④ 記録を台帳に保管し、再発防止に役立てます。

３．その他参考事項

① 普段から苦情が出ないようなサービス提供を心がけております。
（毎日ミーティングで確認、及びサービス提供職員の研修の充実）

医療法人北翔会６条整形外科クリニックは、利用者様に対する通所リハビリテーション及び予防通所リハビリテーションのサービス提供開始に当たり、利用者様とその家族の方に対し、説明書、利用約款に基づいて、サービスの内容を説明しました

所在地　岩見沢市６条西１丁目８番地
名　称　医療法人北翔会６条整形外科クリニック

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

サービス利用契約書

医療法人北翔会　　６条整形外科クリニック　　院長　坂本　尚聡　様

私は、説明書に基づいて通所リハビリテーションからサービスの内容に関して担当者による説明を受け、内容に同意しサービスの契約を致します。
※身元引受人変更の場合は再度説明と同意を必要とします。

令和　　年　　月　　日

＜利用者＞　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜利用者の家族（身元引受人）＞　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご利用を希望されるものに〇をしてください

自費扱分の日常生活費	① リースバスタオル代　60 円

個人情報使用同意書

私（利用者及び家族）の個人情報については、居宅サービス計画及び、通所計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整において必要な場合、必要最小限の範囲において使用する事に同意します。

医療法人　北翔会
６条整形外科クリニック　　様

令和　　年　　月　　日

契約者　　住　　所

氏　　名

家族　　住　　所

氏　　名