

# 介護予防通所リハビリテーション 重要事項説明書

(2024年6月1日現在)

## 事業所の概要

法人名	医療法人社団 保健会
事業所名	東京湾岸リハビリテーションセンター
所在地	千葉県習志野市谷津2丁目23番11号
管理者氏名	近藤 国嗣
電話番号	047-451-1700
FAX番号	047-451-1703
介護保険事業所番号	1272101005

## 1 事業の目的と運営方針等

### (1) 事業の目的

『安全で質の高い医療と切れ目のないリハビリテーションサービスを提供し、科学的証拠に基づいた医療・科学的証拠を作り出す医療の実践』という東京湾岸リハビリテーション病院の基本目標の一環として、在宅で生活されている方への質の高いリハビリテーションサービスの提供を目指します。

### (2) 運営方針

各利用者の身体状況等を正確に把握し、リハビリテーション計画に基づき、東京湾岸リハビリテーション病院の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等による専門性の高いかつ個別性の高いリハビリテーションプログラムを行います。

## 2 従業者の職種、員数、職務の内容

職 種	勤 務 形 態
管理者	常勤兼務 1名
医 師	常勤兼務 2名
理学療法士	常勤兼務 5名以上
作業療法士	常勤兼務 5名以上
言語聴覚士	常勤兼務 1名以上
看護師	非常勤 1名
介護職員(運転手含む)	非常勤 10名以上
支援相談員	非常勤兼務 1名
事務職員	常 勤 1名
管理栄養士	常勤兼務 1名以上

### 3 サービス内容

#### (1) リハビリテーション計画の作成および実施について

利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めたリハビリテーション計画を作成します。

リハビリテーション計画に沿って行うこと、かつ利用者の能力に合わせて、自主トレーニングの運動プログラム（身体機能、日常生活動作、応用的日常生活動作の練習等）を作成し実施します。また健康チェックや適宜個別リハビリテーションを実施します。さらに身体機能（関節可動域や筋力、認知機能や高次脳機能、口腔・栄養の評価等）、生活機能などを定期的に評価し、必要に応じて居宅訪問および家族への介助指導等を行います。

#### (2) リハビリテーションの禁止行為

サービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

①医療行為（ただし、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除く。）

②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

④身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

⑤その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 営業日 : 日曜、年末年始を除く

(4) 営業時間 : 8 : 30 ~ 17 : 30

(5) サービス提供時間 : 8 : 50 ~ 12 : 30 (9 : 10 ~ 12 : 10)  
11 : 40 ~ 15 : 20 (12 : 00 ~ 15 : 00)  
13 : 10 ~ 16 : 50 (13 : 30 ~ 16 : 30)

※( )内は、通所リハビリテーション実施時間

### 4 利用施設の概要および定員・利用料その他の費用の額及び支払方法

#### (1) 利用施設の概要

定員 午前・午後各 1階 50名 2階 20名

最寄り駅からの距離 京成線谷津駅から徒歩5分(400m)

(2) 利用料その他の費用の額及び支払方法

		一月あたりの 利用料金	介護保険適応時 自己負担額(1割)
基本 利用料	要支援1	24,176円	2,418円
	要支援2	45,070円	4,508円
加算 料金	栄養アセスメント加算《月額》	533円	54円
	退院時共同指導加算	6,396円	640円
	サービス提供体制強化加算Ⅲ(要支援1)	255円	26円
	サービス提供体制強化加算Ⅲ(要支援2)	511円	52円
	生活行為向上リハビリテーション加算(開始から6ヵ月内)	5,990円	600円
	科学的介護推進体制加算《月額》	426円	43円
	介護職員処遇改善加算Ⅱ (所定単位数に8.3%乗じたもの)		

※地域加算含む

※介護保険適用のない場合や介護保険での給付範囲を超えたサービス費は、全額が利用者の負担となります。

※一定所得のある方は、自己負担額が2割負担または3割負担となります。

(3) 保険外にかかる費用

教養娯楽費	リハビリテーション実施に必要な材料費等	54円
-------	---------------------	-----

(4) 延長サービス

原則として延長サービスは行っておりません。

(5) 利用料等のお支払い方法

- ・お支払方法 … 口座振替
- ・締 日 … 月末
- ・ご請求日 … 毎月15日(前月分の利用料の請求書を送付致します。)
- ・お支払日 … 毎月27日(土・日・祝日の場合、翌営業日となります。)  
口座振替金融機関の口座残高のご確認をお願い致します。  
尚、口座振替処理が完了されたことを確認次第、領収書を発行致します。

5 通常の事業の実施地域

習志野市・船橋市・千葉市となり、送迎範囲は3市の一部となります。

上記地域以外の方で、利用希望の方はご相談ください。

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、ご家族、介護支援事業者にご連絡の上、当法人の運営する谷津保健病院等で対応します。

## 緊急連絡先（必須）

フリガナ		続柄	緊急連絡先
氏名			
フリガナ		続柄	緊急連絡先
氏名			

（自宅固定電話以外）

### 7 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対し身体拘束を廃止します。但し、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、理由を診療録に記載します。

### 8 虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施します。

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的開催するとともに、その結果について周知徹底を図ります。
- ・虐待防止のための指針を整備します。
- ・虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- ・上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

### 9 業務継続計画の策定等

- ・感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- ・感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- ・感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

### 10 非常災害対策

- ・防災時の対応 別途、防災計画書に添った対応をします。
- ・防災設備 スプリンクラー・非常通報設備などを完備
- ・防災訓練 年2回実施（内1回は、利用者参加）
- ・防火管理者 岩田 英明

### 11 衛生管理等

- ・感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- ・感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- ・感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- ・従業員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ・事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

## 1 2 サービス提供に関する相談、苦情について

### (1) 利用者相談・苦情受付係

・担当 松永 玄

・電話 047-451-1700 (東京湾岸リハビリテーションセンター)

提供した通所リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情の受付は上記担当にご相談ください。

(2) その他、市町村、国民健康保険団体連合会等の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

・習志野市 介護保険課 電話 047-451-1151

・千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課 苦情処理係 電話 043-254-7428

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

1 3 同法人で運営する病院および施設

- ・名 称 谷津保健病院
- ・所 在 地 習志野市谷津4丁目6番16号
- ・電話番号 047-451-6000
  
- ・名 称 東京湾岸リハビリテーション病院
- ・所 在 地 習志野市谷津4丁目1番1号
- ・電話番号 047-453-9000
  
- ・名 称 谷津訪問看護ステーション
- ・所 在 地 習志野市谷津2丁目23番11号
- ・電話番号 047-470-6691

当事業者は、介護通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、利用者に対して説明事項確認書、利用契約書および重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要な事項を説明した上、サービス契約を取り交わしました。

事業者

- <事業者> 医療法人社団保健会 東京湾岸リハビリテーションセンター  
(指定番号 1272101005 指定都道府県 千葉県)
- <住 所> 千葉県習志野市谷津2-23-11
- <代表者名> 宮崎 正二郎 印

<説明者> 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、説明事項確認書、利用契約書および重要事項説明書に基づいて、事業者から介護通所リハビリテーションについての重要な事項の説明を受け、サービス契約に同意しました。また、介護報酬改定や税率改定における利用料金の変更において、その都度別紙にて、事業所より通知される内容に同意しました。

契約締結日 年 月 日

利用者

<住 所> \_\_\_\_\_

<氏 名> \_\_\_\_\_ 印

(代理人)

<住 所> \_\_\_\_\_

<氏 名> \_\_\_\_\_ 印