

+重要事項説明書

ねりま西クリニック デイケアのぞみ

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

<令和 6年 6月 1日 現在>

1 事業所の概要

(1) 事業者

法人名	医療法人社団 星の砂
代表者名	理事長 大城 堅一
所在地	東京都練馬区大泉町3丁目2番9号
事業内容	診療所
電話/FAX番号	03-5933-3077/03-3923-6336
設立年月日	平成24年6月1日

(2) 事業所

事業所名	ねりま西クリニック (デイケアのぞみ)
所在地	〒178-0062 東京都練馬区大泉町3丁目2番9号 ねりま西クリニック3階
管理者氏名	大城 堅一
電話番号	03-5947-5578/03-5947-5579
介護保険事業所番号	1312035038
開設年月日	平成24年6月1日
利用定員	2単位 8名 (月曜日～金曜日、祝日休み) 3-4時間 3単位 12名 (月曜日～土曜日、祝日休み) 1-2時間

2. 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

◎基本理念

『地域に貢献する医療の提供』『患者様の意思を尊重する医療』

『医療と介護を通じた地域づくり』

◎目的

- ・患者様及び利用者様本意の医療・福祉を行う
- ・利用者様の身体的機能改善を図る

(2) 運営方針

利用者様が可能な限りご自宅や住み慣れた地域社会で自立した生活を営むことができるよう、居宅療養生活のお手伝いをさせていただきます。

3. 事業所の職員体制（従業者の職種・員数）

	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	1	0	1	管理総括
医師	3	3	6	診療
理学療法士	3	1	4	機能訓練の実施
作業療法士	2	3	5	機能訓練の実施
看護職員	2	5	7	健康管理
介護職員	2	11	13	利用者の介護
送迎	0	9	9	利用者、患者の送迎他
相談・事務	13	3	16	利用相談・請求
合計	26	35	61	

4. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 休業は土曜日、日曜日、祝日、年末年始（12/30～1/3）
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
	<p>[2単位] 3-4時間</p> <p>月～金 9:15～12:25</p> <p>月～金 13:45～16:55</p> <p>[3単位] 1-2時間</p> <p>月～土 9:15～10:45</p> <p>月～土 10:55～12:25</p> <p>月～土 13:45～15:15</p> <p>月～土 15:25～16:55</p>

5. 事業実施地域

送迎範囲：送迎料はサービス利用料金に含まれます。

[練馬区]

大泉町、大泉学園町、三原台、谷原、土支田全域。西大泉2～4丁目、東大泉1～4丁目、5丁目（28～43番）、高松5～6丁目、石神井町2・4・8丁目、指定場所送迎含む。

6. サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

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

種類	内容
排泄	利用者様の状況に応じて適切な介助を提供します。 排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none">・理学療法、作業療法士が個別に利用者に適した機能訓練を行います。(運動療法、物理療法、歩行訓練・基本的動作訓練・自助具訓練・日常生活動作に関する訓練)・運動機能向上の為、身体への働きかけとともにリハビリをする上で必要な意欲が高まるように精神機能の活性化に努めます。・リハビリ機器を使用したパワーリハビリを利用者様にあった運動メニューを作成し、自己効力感を促進いたします。
健康チェック	血圧測定等、利用者様の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者様とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅玄関前・デイケア間の送迎を行います。

イ 利用料等

- ・通所リハビリサービスの提供を受けた際の利用料は、介護保険の区分認定や利用者によって自己負担割合が定められており、それに沿った負担割合が利用者の負担額となります。自己負担額の費用については、事前に利用者または、ご家族にその内容を説明し、ご同意をいただきます。
- ・支払い方法について、『法定代理受領（現物給付）』の場合は、当事業所の指定した口座への振り込みとさせていただきます（手数料は利用者負担）。
『償還払い』となる場合は、一旦、利用者が利用料（10割）を支払い、その後、デイケアより発行するサービス提供証明書をもって、保険者（練馬区）に保険給付分（9割）を請求することとなります。

*料金表 【通所リハビリテーション費】

地域区分（一等地） 11.10 指定通所リハビリテーション費 1単位=11.10円

基本部分（1日につき）

『外来リハビリ型（1時間以上2時間未満）』				
	利用単位	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)	自己負担額(3割)
要介護1	369単位	410円	820円	1229円
要介護2	398単位	442円	884円	1326円
要介護3	429単位	477円	953円	1429円
要介護4	458単位	509円	1017円	1526円
要介護5	491単位	545円	1090円	1635円
『短時間型（3時間以上4時間未満）』				
	利用単位	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)	自己負担額(3割)
要介護1	486単位	540円	1080円	1620円
要介護2	565単位	628円	1256円	1884円
要介護3	643単位	714円	1428円	2142円
要介護4	743単位	825円	1650円	2475円
要介護5	842単位	935円	1870円	2805円

各種加算

	利用単位	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
短期集中リハビリテーション実施加算	退院（退所）日又は認定日から起算して3月以内 110単位/日	123円	245円	367円
理学療法士体制強化加算	1日につき、30単位 (対照；1時間以上2時間未満)	34円	67円	100円
リハビリテーション マネジメント 加算(A) イ	同意日の属する月から6月以内 1月のつき+560単位/月	622円	1244円	1866円
	同意日の属する月から6月超 240単位/月	267円	534円	801円
リハビリテーション マネジメント 加算(A) ロ	同意日の属する月から6月以内 1月のつき+593単位/月	659円	1318円	1977円
	同意日の属する月から6月超 273単位/月	303円	606円	909円
リハビリテーション 提供体制加算 3-4h 加算I	リハビリテーション専門職の配置が利用者数の基準よりも手厚い体制を構築し、マネジメントに基づい	14円	27円	40円

(平成 31 年 4 月～)	たサービスを提供している 3-4h 12 単位/回			
送迎を行わない場合	▲47 単位/片道	▲減算	53 円	105 円 157 円
介護職員 処遇改善加算 (Ⅱ)	8.3%		合計×8.3%	
科学的推進体制加算	40 単位月×11.10		45 円	

介護予防指定通所リハビリテーション費 1 単位 = 11,100 円

	利用単位	自己負担額 (1 割)	自己負担額 (2 割)	自己負担額 (3 割)
要支援 1	2268 単位/月	2518 円	5035 円	7553 円
要支援 2	4228 単位/月	4693 円	9387 円	14080 円
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	8.3%	合計×8.3%		
科学的推進体制加算	40 単位月×11.10	45 円		
予防通所リハビリ 1 2 か月減算	支援 1×120 単位	▲134 円	▲265	▲400
予防通所リハビリ 1 2 か月減算	支援 2×240 単位	▲267 円	▲533	▲800

(2) 介護保険給付対象外サービス

*リハパンツ、パット等は自費請求となります。

緊急時対応 1 時間経過ごとに 例) 搬送先に同行しご家族が到着するま での間など	2500 円
--	--------

※デイケア利用料金と併せて請求をさせていただきます。

7. サービス提供にあたって

- (1) サービス提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。
被保険者の住所等に変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援事業が利用者に対して行われていない場合であって必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請の助言を行うものとします。
- (3) 利用者様の担当ケアマネージャーが作成する居宅サービス計画に基づき、利用者様・家族の意向を踏まえ、「リハビリテーション実施計画」を作成いたします。
なお作成した「リハビリテーション実施計画」は利用者様、家族に内容説明いたし

ますので、ご同意の署名・捺印をいただきます。

- (4) サービス提供は「リハビリテーション実施計画」に基づいて行います。
なお、計画の内容は、利用者様の心身状況や利用者様・家族の意向等の変化により、適宜、変更することができます。
- (5) 通所リハビリ従事者に対してのサービス提供上の指示や命令は責任をもって行います。その際、その時々利用者様の心身状況や意向に十分な配慮も行います。
- (6) 利用料等のお支払方法は、口座振替でお願いします。毎月の利用料は17日前後に前月分の請求書を送付いたします。口座からの引き落とし日は、27日となります。

8. キャンセルについて

- ・利用者様が通所日に休まれる場合は、速やかに所定の連絡先までご連絡ください。

デイケアのぞみ 電話 03-5947-5578

- ・サービスを休まれる場合は、サービス利用の当日営業日の午前8時30分までにご連絡ください。

それ以降のキャンセルは下記のキャンセル料を申し受けることとなりますのでご了承ください。

時期	キャンセル料
当日の8時30分以降にご連絡を頂いた場合はキャンセル料金が発生します。 (緊急時を除く)	通所リハビリテーション費 (※1)

※1 通所リハビリテーション費は介護度、提供時間、自己負担割合により料金が異なります。通所リハビリテーション費とは現在利用されている通所リハビリテーションの利用料金になります(1日につき)。要支援のご利用者様は通所リハビリテーション費のキャンセル料は発生いたしません。

9. サービスに関する相談や苦情

- (1) 事業所は、提供したサービスに対する利用者様からの相談・苦情に対する相談窓口を設置します。受けた要望に対してはマニュアルに基づき、事業所内及び法人内での会議で対応策を検討し、迅速かつ適切な対応をいたします。
- (2) 必要な場合には、市区町村窓口への報告と措置を講じるものとします。
報告に伴い助言、指示を受けた場合にはそれに従い改善策を講じます。
- (3) また、苦情における自治体及び国民健康保険団体連合会からの問合せ等には速やかに応じ、助言や指導を受けた場合はそれに従い改善策を講じます。

☆サービス内容に関する相談や苦情はお気軽に担当職員にお申し出ください。

[当施設の相談・苦情窓口] (月～金 午前9時～午後6時)

★ねりま西クリニック 担当 地域医療相談室 相談員

電話 03-5933-3077

[公的機関の相談・苦情窓口] (月～金 午前9時～午後5時)

☆練馬区保健福祉サービス苦情調整委員 (練馬区役所に市庁舎3階)

電話 03-3993-1344

★東京都国民健康保険団体連合会 電話 03-6238-0177

[お住まい地域の相談・苦情窓口] (月～金 午前9時～午後5時)

光が丘地域(〒179の地域)担当の地域包括支援センター 一覧

センター名	所在地	電話番号	担当地域	事業所番号
練馬高松園地域包括支援センター	〒179-0075 高松2丁目9番3号	03-3926-7871	高松1～3、春日町	130200136
第3育秀苑地域包括支援センター	〒179-0076 土支田1丁目31番5号	03-6904-0192	土支田、高松6	130200086

石神井地域(〒177の地域)担当の地域包括支援センター 一覧

センター名	所在地	電話番号	担当地域	事業所番号
高野台西地域包括支援センター	〒177-0033 高野台5丁目24番1号	03-6913-1515	谷原、高野台2～5	1302000334
石神井地域包括支援センター	〒177-8509 石神井町3丁目30番26号	03-5923-1250	三原台・石神井町、石神井台1・3	1302000060
高野台地域包括支援センター	〒177-0033 高野台1丁目7番29号	03-5372-6300	富士見台、高野台1、南田中1～3	1302000243

大泉地域(〒178の地域)担当の地域包括支援センター 一覧

センター名	所在地	電話番号	担当地域	事業所番号
やすらぎミラージュ地域包括支援センター	〒178-0062 大泉町 4 丁目 2 4 番 7 号	03-5905-1 190	大泉町 1-4	13020 00292
大泉北地域包括支援センター	〒178-0061 大泉学園町 4-2 1-1	03-3924-2 006	大泉学園町 4~9	13020 00284
大泉学園通り地域包括支援センター	〒178-0063 東大泉 3 丁目 5 3 番 1 号	03-5933-0 156	大泉学園町 1~3、 東大泉 3-52~55 3-58~66 大泉町 5.6	13020 00276
南大泉地域包括支援センター	〒178-0064 南大泉 5-26-19	03-3923-5 556	西大泉、西大泉町、 南大泉 5・6	13020 00268
大泉地域包括支援センター	〒178-0063 東大泉 1 丁目 2 8 番 1 号	03-5387-2 751	東大泉 1・2・3-1~5 1.3-56~57 東大泉 4~6	13020 00052
やすらぎシティ地域包括支援センター	〒178-0063 東大泉 7-27-49	03-5935-8 321	東大泉 7、南大泉 1 ~4	1302000 300

10. 家族への連絡

ご家族の要望により、利用者様に連絡する内容と同じ通知をご家族にも行います。

11. 記録の保管

サービス提供の記録について、2年以上の期間を定めて保管します。利用者様及びご家族に限り、記録の閲覧及び実費を支払っての写しの交付をいたします。

12. 緊急時の対応について

サービス提供時並びに送迎時に、利用者様の容態に変化等があった場合、緊急事態が生じた場合は、事前に伺っている利用者が指定する者へ連絡する等の措置を講じます。また、連絡が困難な場合、救急搬送等の必要な措置を講じることもあります。

1 3. 事故発生時の対応及び事故防止・事故対策

- ・運営にあたり、管理者並びに従業者は事故発生防止のため、リスクの把握、職員研修及び事故防止対策を講じます。
- ・事故が発生した場合には、マニュアルに基づき、管理者・従業者により適切に対応し、事故の状況及び事故に際してとった経過や処置について記録します。
- ・事故が発生した場合には、速やかにご家族、担当居宅支援事業者、地域包括支援センター、市区町村窓口に報告し、必要な措置を講じます。
- ・事業所内会議において事故原因を究明し、再発防止に努めるよう対応策を講じます。

1 4. 非常災害対策

(1) 防火・防災への対応

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震などの災害に対処する計画に基づき、消防法第8条に規定する防火管理者を設定し非常災害対策を行います。

防災管理者：大城 和美

(2) 防災設備

医療機関として、消防検査に合格し、防火設備を完備しております。その他、非常備蓄品等を用意しております。

(3) 防火訓練

年1回以上の防火教育及び消火・通報・避難訓練、利用者を含めた総合訓練・非常災害用設備の使用方法を共有します。

1 5. 高齢者虐待防止の推進

事業者は、利用者様等の人権擁護・虐待の防止等のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 成年後見制度等の利用を支援します。
- (2) 虐待に関する苦情解決体制を整備します。
- (3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (4) 委員会の開催（おおむね6か月に1度）、指針の整備、担当者をその結果について、従業者に周知を図ります。

虐待防止に関する責任者	岡見 茉莉
-------------	-------

16. 身体拘束の禁止

原則として、利用者様の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない場合は、利用者様及び保証人の同意を得たうえで身体拘束その他、利用者様の行動を制限する行為を行うことがあります。

この場合には、その様態及び時間、心身状況と行動制限の理由を記録に残します。

17. ハラスメント対策の強化

男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者の責任を踏まえつつ、職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発します。また相談や苦情に応じ、適切に対応するための窓口を定め、適切なハラスメント対策を行います。

18. 会議や多職種における ICT の活用

感染予防や多職種の促進の観点から、利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて「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ダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施が可能になります。

利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上でテレビ電話等を活用しての実施も可能になります。

19. CHASE・VISIT 情報収集・活用と PDCA サイクルの推進

CHASE・VISIT を活用した計画作成や事業所単位での PDCA サイクルの推進、ケアの汁の控除を推奨。(個別機能訓練加算、リハビリテーションマネジメント加算、栄養管理、口腔管理等の利用者単位個別領域のデータターを使用し、計画・実行・評価・改善をサイクルしていく流れになります)

※令和3年度から、CHASE・VISIT を一体的に運用するにあたり、科学的介護の理解と浸透を図る目的から、統一した名称 LIFE (ライフ) を活用します。

LIFE (ライフ) : 科学的介護情報システム

20. 損害賠償

サービス提供に伴って、事業者の責務に帰すべき事由により、利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合はその損害を賠償します。

* 損害保険への加入

賠償責任保険へ加入しております。

損害保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険内容	福祉事業者総合賠償責任保険 (対人賠償補償・対物賠償補償・管理財物・人格権侵害・経済的損害・事故対応費用・対人見舞い費用)

2 1. サービス利用にあたっての留意事項

- ・サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしはご遠慮させていただきます。
- ・貴重品等の持ち込みはご遠慮ください。また、利用者の所持品に関わる事故（紛失、破損等）につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。
- ・サービス利用前や利用時間帯でのねりま西クリニック（内科・整形外科）の受診は緊急時以外できませんのでご了承下さい。受診希望のご利用者様は利用後または利用日以外での受診をお願い致します。利用後受診時の帰宅送迎に関しましては当施設では行いかねます。クリニックの送迎サービスを事前にご予約いただくかタクシー等、利用者自身で帰宅の経路を確保の程よろしくお願い致します。

送迎予約窓口 ねりま西クリニック 電話 03-5933-3077

- ・サービス利用中に、咳の症状等のある場合は、感染予防のため、必ずマスクをしていただき、ご家族に連絡をし、受診をお勧めいたします。
- ・通所リハビリテーション等の開始に際し、あらかじめ（利用開始前に）、利用契約書や重要事項説明書に記載された事項を事業所側、利用者の双方が確認し、その遵守に努めることとします。また、重要事項説明書に記載された事項を変更する際は書面にて説明し事業所側、利用者の双方が確認し、その遵守に努めることとします。

2 1. サービス終了方法

(1) 契約期間等

通所リハビリテーションの利用契約は、契約開始の日から利用者の要介護認定または要支援認定の有効期間満了日までとなります。

ただし、終了の申し出がない場合は自動的に更新します。

(2) 利用者様の都合でサービスを終了される場合

サービス終了を希望する1カ月前までに文書でお申し出ください。

(3) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

運営上サービス提供の継続が困難となった場合は、サービス提供を中止させて頂く場合があります。その場合は終了の1カ月前までに文書で通知いたします。

(4) 自動終了

以下の場合には、双方の通知がなくても自動的に終了いたしますが、当事業所まで連絡をお願いいたします。

- ・利用者様が介護保険施設に入居された場合。
- ・利用者様が要介護認定において、自立と認定された場合。
- ・利用者様がお亡くなりになられた場合。

(5) 利用者様の体調変化により、サービスを終了する場合

以下の場合には、事前に連絡、相談をさせていただいたうえでご同意を求める場合があります。

- ・利用者様が正当な理由なく利用の休止を繰り返した場合。

- ・利用者様が入院または病気により2カ月以上に渡って、サービスの利用ができない状態であることが明らかになった場合。

(6) 通所リハビリテーションの目的達成による終了

当事業所は、利用者様のリハビリテーションの目的が達成されたと判断した場合は、利用者様に対して理由を示した文書で通知することにより、この契約を終了させていただくことがあります。この場合、事前に利用者様及びご家族様に内容をご説明いたします。

(7) 利用契約解除に関して

下記の場合は、文書で解約通知することにより、利用者様は直ちにサービスを終了することができます。

- ・当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合。
- ・守秘義務に違反した場合。
- ・利用者様及び家族に対して社会通念を逸脱する行為があった場合。

また、利用者様やご家族が当施設や就業者及び他の利用者に対して契約を継続し難いほどの背信行為があった場合は、当施設が文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合があります。

2.3. 医療法人社団星の砂における個人情報の取り扱いについて (2015年9月1日)

当法人では以下の目的による個人情報の利用・提供を行っています

① 医療機関内における利用

- ・医療・介護サービスの提供
- ・医療費・介護給付費の請求事務
- ・管理運営業務のうち、会計・経理・医療事故等の報告、医療・介護サービスの向上に関わる業務、業務改善・サービス維持のための基礎資料
- ・法人内で行う症例検討等

② 当法人の事業主体である医療法人社団星の砂内部での情報共有

- ねりま西クリニック
- 通所リハビリテーション デイケアのぞみ
- 居宅介護支援事業所 星の砂
- 訪問看護ステーション 星の砂

当施設のご利用に際して、知り得た情報などは他者に一切漏らしません。

但し、情報提供を行う事で利用者の利益になると判断される事柄に関しては

「個人情報使用同意書」により同意を得ます。またご利用終了後から2年間は責任をもって保管いたします。

③ 他の事業者等への情報提供等

- ・業務委託 ア) 検体検査業務の委託
 - イ) 審査支払機関への診療報酬明細書等の提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答

- ・クリニックが発行した処方箋に関する調剤薬局からの照会への回答
- ・事業所等からの委託による健康診断を行った場合の事業者等への健診結果の通知
- ・医師賠償責任保険等に係る医療専門団体、保険会社等への相談・届出

上記の利用目的については、特段のお申し出や意思表示がない場合は利用者の方の同意を得たものとして取り扱いますが、患者様、利用者様の申し出により同意及び留保はいつでも変更できます。

上記利用目的の中で同意しがたいものがある場合には各事業所の窓口までお申し出ください。

以下については、本人の同意を得た上で個人情報の提供・開示を行います

① 他の保健医療関連業種との連携

- ・当院以外の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者、居宅介護支援事業所等（サービス担当者会議）への紹介と包括的患者情報の共有。（紹介先医療機関、サービス事業者からの照会への回答含む。）（2015.9筆）
- ・診療にあたって外部の医師等の意見・助言を求める場合

② ご家族等への病状（心身の状況）説明

③ 訪問診療開始にあたって家族の指定する薬局に必要な情報を提供する場合（2014.12筆）

④ その他、保険会社等からの照会への回答

個人情報保護法に関する当法人の基本方針

当法人は、ご利用になる方々の人格とプライバシーを尊重し、下記の基本方針に基づき個人情報を適切に取扱います。

- ① 当法人は、個人情報保護に関する法律その他の規範を遵守します。
- ② 法人は、医療の提供や医療機関の管理運営に必要な範囲において個人情報を収集し、別に示した利用目的の範囲で情報を利用します。

個人情報保護法に関する同意について

- 上記のうち他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合にはその旨を申し出ください。
- 下記に署名をお願い致します。
- これらの申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

令和 6 年 6 月 1 日 改定

【利用料の支払い】（6. イの項目）

法定代理受領 又は 償還払い となります。

【緊急連絡先】（13. 緊急時の対応についての項目）

※申込書と相違がある場合は記入

主治医	氏名			
	住所			
	電話			
家族	氏名		続柄	
	住所			
	電話①		電話②	
居宅介護 支援事業者	氏名			
	住所			
	電話			

【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記の重要事項を説明しました。

住所 東京都練馬区大泉町3-2-9

(事業所名) ねりま西クリニック デイケアのぞみ
管理者 大城 堅一 ⑩

職 名

(説明者) 氏名 ⑩
()

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

住所
(利用者)

氏名 ⑩

住所
(ご家族)

氏名 ⑩

住所
(代理人)

氏名 ⑩