

一般財団法人 神戸マリナース厚生会
神戸マリナース厚生会病院
指定通所リハビリテーション

重要事項説明書

一般財団法人 神戸マリナース厚生会 神戸マリナース厚生会病院
指定通所リハビリテーション

重要事項説明書

当事業所は、契約をいただいた利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供します。
指定通所リハビリテーションの利用は、原則として介護保険の要介護認定結果が「要介護1～5」となった方が対象となります。

当事業所が提供するサービスの内容について、事前に知っておいていただきたい事柄についてご説明させていただきます。ご質問等がございましたら、何なりとご相談ください。

ご利用の際には、
・介護保険被保険者証
・介護保険負担割合証 のご提示が必要です。

下記の①～④の資格証明書をお持ちの方は、必ずご提示をお願い致します。

- ① 障害者自立支援法の更生医療
- ② 原爆被爆者援護法の一般疾病医療費
- ③ 石綿による健康被害の救済に関する法律の指定疾病にかかる医療
- ④ 生活保護法の介護扶助

1 指定通所リハビリテーションを提供する事業者について

事業者名称	一般財団法人 神戸マリナース厚生会
代表者氏名	理事長 切東 喜久夫
本部所在地	兵庫県神戸市中央区中山手通7丁目3番18号
連絡先部署名	神戸マリナース厚生会病院
法人の他の業務	病院 居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション 訪問看護ステーション 介護医療院
連絡先	TEL 078(351)2225 FAX 078(351)2226
設立年	1925年

2 指定通所リハビリテーションを担当する事業所について

① 事業所の所在地等

事業所名称	一般財団法人 神戸マリナース厚生会 神戸マリナース厚生会病院
介護保険事業者番号	2815107251
事業所の管理者	榎本 勝彦（医師）
事業所所在地	兵庫県神戸市中央区中山手通7丁目3番18号
連絡先	TEL 078(360)1100 FAX 078(360)1050
開設年月	2011年4月
通常事業実施地域	原則として 神戸市中央区（ポートアイランドは除く）・兵庫区 （通常事業実施地域内の交通費はサービス利用料に含む）

② 事業の目的および運営方針

事業の目的	事業所の医師、理学療法士等が、要介護状態の利用者に対し、利用者に可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を図る適切な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とする。
運営方針	利用者を担当する介護支援専門員等との連携を基にして、利用者の心身機能の回復・維持を図り、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止等に資するよう目標設定し、また家族・介護を行う方々の身体的・精神的負担の軽減を図るため、「利用者の日常生活動作の回復・自立・維持へ向けての援助」「個人の尊厳・プライバシーを尊重した心身の自立への支援」を柱とし、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。サービス提供の終了の際には、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医や居宅介護支援事業所等へ情報提供を行う。

③ 事業所の営業日・営業時間・利用定員

営業日・サービス提供日	日曜・12/30～1/3を除く毎日
営業時間・窓口開設時間	9時00分～17時00分
サービス提供時間	09時30分～10時40分(0.5単位) 10時50分～12時00分(0.5単位) 09時30分～12時00分(1単位) 13時30分～14時40分(0.5単位) 14時50分～16時00分(0.5単位) 13時30分～16時00分(1単位)
利用定員	1時間以上2時間未満のサービス提供単位(時間)は各15名 2時間以上3時間未満のサービス提供単位(時間)は各5名 (指定通所リハビリテーションの利用者数と、同じ事業所内で実施される指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計人数)

④ 事業所の職員体制

職種	職務内容	基準配置人員数	実配置人員数
管理者 (医師兼務)	職員及び業務の管理を行うとともに、従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。	1名 (常勤)	1名 (常勤)
医師 (管理者)	従業者と共同し指定通所リハビリテーション計画の作成・変更及びサービス提供時間に置ける利用者の健康状態の把握等に関する業務を行う。また、従業者に対しリハビリテーションの目的・留意事項等を指揮命令する。	1名 (常勤専任)	1名 (常勤専任)
理学療法士等	従業者と共同し指定通所リハビリテーション計画の作成・変更及び理学療法等、その他のリハビリテーション・介護の提供を行う。	サービス提供時間帯を通じて、利用者10人までは1人以上、10人を超える場合は10:1以上 上記人員のうち、理学療法士等が100人又はその端数を増すごとに1人以上	9名 (常勤) 12名 (非常勤)
介護職員 (助手)			
看護職員			

(※1) ただし実配置人員数において変動することもありますので、ご了承ください。

(※2) 前記の職員の他に、併設の神戸マリナース厚生会病院の職員との連携・協力の下、事業を実施しております。

3 サービス提供の手順について

- | | |
|-----------|---------------|
| ① お問い合わせ | ⑤ サービス担当者会議 |
| ② 無料体験・説明 | ⑥ ご利用開始 |
| ③ 申し込み | ⑦ 利用料の支払い |
| ④ ご契約 | ⑧ サービスの継続又は終了 |

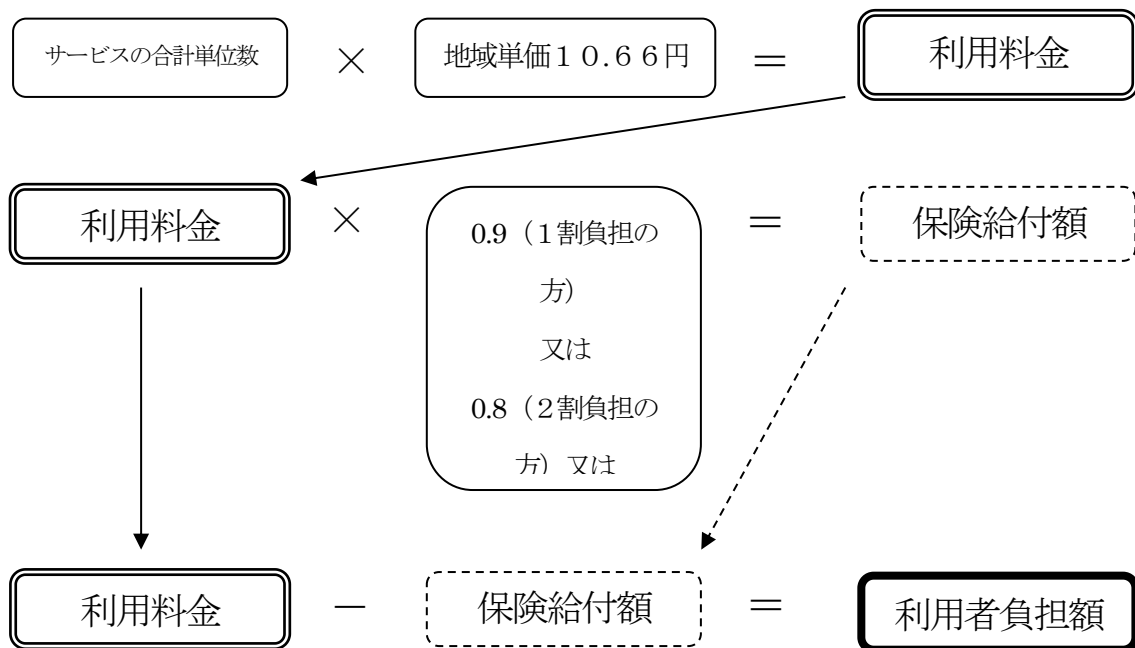
4 サービスの提供内容について

通所リハビリテーション計画の作成・変更	利用者に係る居宅介護支援事業所が作成した居宅介護サービス計画（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通所リハビリテーション計画を作成します。
個別運動療法	理学療法士等による利用者の状況に適した個別リハビリテーションの提供を行います。退院後等の方に対しては、条件を満たせば一定期間通常よりも長い40分の個別療法を提供できます。（短期集中リハビリテーション実施加算・認知症短期集中リハビリテーション実施加算）
排泄介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、オムツ交換を行います。
更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、移動、車椅子への移乗の介助等を行います。
日常生活動作を通じた練習	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた練習をします。生活機能に特化したリハビリテーションを行うことも可能です。（生活行為向上リハビリテーション実施加算）
レクリエーションを通じた練習	利用者の能力に応じて、集団的に行う体操などを通じた練習を行います。
器具等を使用した練習	利用者の能力に応じて、理学療法士等が専門的知識に基づき、機器・器具等を使用した練習を行います。
訪問指導	ご自宅に訪問し、生活場面に必要な動作などの助言や支援を行います。
口腔機能評価・向上	主に言語聴覚士が口腔機能を評価し、必要に応じて口腔機能向上サービスを提供いたします。（口腔機能向上加算）
栄養評価・改善	栄養状態を評価し、低栄養状態にある高齢者、または低栄養状態のおそれのある高齢者の栄養状態の改善を図る取り組みを管理栄養士と協力して行います。（栄養アセスメント加算・栄養改善加算）

5 サービス提供にあたって

- ① 利用者に係る居宅介護支援事業所が作成する居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。なお作成した通所リハビリテーション計画は、利用者又は家族にその内容を説明し、同意を得て交付します。
- ② サービス提供は通所リハビリテーション計画に基づいて行います。なお通所リハビリテーション計画は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- ③ 通所リハビリテーション従事者に対するサービス提供に関する具体的指示や命令は、全て当事業所が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

6 サービスの提供利用料について



(※1) 地域区分ごとの1単位の単価：神戸市は、4級地の10.66円となります。

(※2) 小数点以下繰り下げ計算となります。

① 通所リハビリテーション費

1. 1時間以上2時間未満

基本額(利用料金)	通所リハビリテーション費(1時間以上2時間未満)			
	項目	単位数	利用料金	
	☐ 要介護1	369 単位/日	3,933 円	
	☐ 要介護2	398 単位/日	4,242 円	
	☐ 要介護3	429 単位/日	4,573 円	
	☐ 要介護4	458 単位/日	4,882 円	
	☐ 要介護5	491 単位/日	5,234 円	
介護保険給付額	通所リハビリテーション費(1時間以上2時間未満)			
	項目	9割給付	8割給付	7割給付
	☐ 要介護1	3,539 円	3,146 円	2,753 円
	☐ 要介護2	3,817 円	3,393 円	2,969 円
	☐ 要介護3	4,115 円	3,658 円	3,201 円
	☐ 要介護4	4,393 円	3,905 円	3,417 円
	☐ 要介護5	4,710 円	4,187 円	3,663 円
利用者負担	通所リハビリテーション費(1時間以上2時間未満)			
	項目	1割負担	2割負担	3割負担
	☐ 要介護1	394 円	787 円	1,180 円
	☐ 要介護2	425 円	849 円	1,273 円
	☐ 要介護3	458 円	915 円	1,372 円
	☐ 要介護4	489 円	977 円	1,465 円
	☐ 要介護5	524 円	1,047 円	1,571 円

2. 2時間以上3時間未満

基本額 利用料金	通所リハビリテーション費(2 時間以上 3 時間未満)		
	項目	単位数	利用料金
	☐ 要介護1	383 単位/日	4,082 円
	☐ 要介護2	439 単位/日	4,679 円
	☐ 要介護3	498 単位/日	5,308 円
	☐ 要介護4	555 単位/日	5,916 円
介護保険 給付額	通所リハビリテーション費(2 時間以上 3 時間未満)		
	項目	9割給付	8割給付
	☐ 要介護1	3,673 円	3,265 円
	☐ 要介護2	4,211 円	3,743 円
	☐ 要介護3	4,777 円	4,246 円
	☐ 要介護4	5,324 円	4,732 円
利用者負担	通所リハビリテーション費(2 時間以上 3 時間未満)		
	項目	1割負担	2割負担
	☐ 要介護1	409 円	817 円
	☐ 要介護2	468 円	936 円
	☐ 要介護3	531 円	1,062 円
	☐ 要介護4	592 円	1,184 円

② 理学療法士等体制強化加算(1 時間以上2 時間未満)

加算料	単位数		利用料金
	30単位/日		319円
保険給	9割給付	8割給付	7割給付
	287 円	255 円	223 円
利用者負担	1割負担	2割負担	3割負担
	32円	64円	96円

③ リハビリテーションマネジメント加算

サービス内容に応じ、以下のイ、ロ、ハのいずれかの加算が算定されます。

・リハビリテーションマネジメント加算 イ

加算料	単位数		利用料金	
	6月以内 560単位/月 6月超え 240単位/月		6月以内 5,969円 6月超え 2,558円	
保険給付額	9割給付		8割給付	7割給付
	6月以内 5,372円 6月超え 2,302円		6月以内 4,775円 6月超え 2,046円	6月以内 4,178円 6月超え 1,790円
利用者負担	1割負担		2割負担	3割負担
	6月以内 597円 6月超え 256円		6月以内 1,194円 6月超え 512円	6月以内 1,791円 6月超え 768円

・リハビリテーションマネジメント加算 ロ

加算料	単位数		利用料金	
	6月以内 593単位/月 6月超え 273単位/月		6月以内 6,321円 6月超え 2,910円	
保険給付額	9割給付		8割給付	7割給付
	6月以内 5,688円 6月超え 2,619円		6月以内 5,056円 6月超え 2,328円	6月以内 4,424円 6月超え 2,037円
利用者負担	1割負担		2割負担	3割負担
	6月以内 633円 6月超え 291円		6月以内 1,265円 6月超え 582円	6月以内 1,897円 6月超え 873円

・リハビリテーションマネジメント加算 ハ

加算料	単位数		利用料金	
	6月以内 793 単位／月 6月超え 473 単位／月		6月以内 8,453 円 6月超え 5,042 円	
保険給付額	9割給付		8割給付	7割給付
	6月以内 7,607 円 6月超え 4,537 円		6月以内 6,762 円 6月超え 4,033 円	6月以内 5,917 円 6月超え 3,529 円
利用者負担	リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ			
	1割負担		2割負担	3割負担
	6月以内 846 円 6月超え 505 円		6月以内 1,691 円 6月超え 1,009 円	6月以内 2,536 円 6月超え 1,513 円

・事業の医師が利用者などに説明し、利用者の同意を得た場合

加算料	単位数		利用料金	
	270 単位／月 (リハビリテーションマネジメント加算 イ、ロ、ハの所定単位数に加える)		2,878 円 (リハビリテーションマネジメント加算 イ、ロ、ハの所定単位数に加える)	
保険給付額	9割給付		8割給付	7割給付
	2,590 円		2,302 円	2,014 円
利用者負担	1割負担		2割負担	3割負担
	288 円		576 円	864 円

④ 科学的介護推進体制加算

加算料	単位数		利用料金
	40単位／月		426 円
保険給付額	9割給付	8割給付	7割給付
	383 円	340 円	298 円
利用者負担	1割負担	2割負担	3割負担
	43 円	86 円	128 円

⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

加算料	単位数		利用料金
	20単位／回 (6か月に1回)		213 円
保険給付額	9割給付	8割給付	7割給付
	191 円	170 円	149 円
利用者負担	1割負担	2割負担	3割負担
	22 円	43 円	64 円

⑥ 処遇改善加算Ⅲ

加算料	単位数	利用料金
	所定単位数の83/1000	所定料金の83/1000

⑦ 短期集中個別リハビリテーション実施加算

加算料	単位数		利用料金
	110 単位/日		1,172 円
保険給付	9割給付	8割給付	7割給付
	1,054 円	937 円	820 円
利用者負担	1割負担	2割負担	3割負担
	118 円	235 円	352 円

⑧ 若年性認知症利用者受入加算

加算料	単位数		利用料金
	60 単位/日		639 円
保険給付額	9割給付	8割給付	7割給付
	575 円	511 円	447 円
利用者負担	1割負担	2割負担	3割負担
	64 円	128 円	192 円

⑨ 認知症短期集中リハビリテーション加算

加算料	単位数		利用料金
	I 240 単位/日 II 1,920 単位/月		I 2,558 円 II 20,467 円
保険給付額	9割給付	8割給付	7割給付
	I 2,302 円 II 18,420 円	I 2,046 円 II 16,373 円	I 1,790 円 II 14,326 円
利用者負担	1割負担	2割負担	3割負担
	I 256 円 II 2,047 円	I 512 円 II 4,094 円	I 768 円 II 6,141 円

⑩ 栄養アセスメント加算

加算料	単位数		利用料金
	50 単位/月		533 円
保険給付額	9 割給付	8 割給付	7 割給付
	479 円	426 円	373 円
利用者負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
	54 円	107 円	160 円

⑪ 栄養改善加算

加算料	単位数		利用料金
	200 単位/回（1 月に 2 回まで）		2,132 円
保険給付額	9 割給付	8 割給付	7 割給付
	1,918 円	1,705 円	1,492 円
利用者負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
	214 円	427 円	640 円

⑫ 口腔機能向上加算

加算料	単位数		利用料金
	I 150 単位/回 IIイ 155 単位/回 IIロ 160 単位/回		I 1,599 円 IIイ 1,652 円 IIロ 1,705 円
保険給付額	9 割給付	8 割給付	7 割給付
	I 1,439 円 IIイ 1,486 円 IIロ 1,534 円	I 1,279 円 IIイ 1,321 円 IIロ 1,364 円	I 1,119 円 IIイ 1,156 円 IIロ 1,193 円
利用者負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
	I 160 円 IIイ 166 円 IIロ 171 円	I 320 円 IIイ 331 円 IIロ 341 円	I 480 円 IIイ 496 円 IIロ 512 円

⑬ 退院時共同指導加算

加算料	単位数		利用料金
	600/回（退院時 1 回を限度）		6,396 円
保険給付額	9割給付	8割給付	7割給付
	5,756 円	5,116 円	4,477 円
利用者負担	1割負担	2割負担	3割負担
	640 円	1,280 円	1,919 円

⑭ 生活行為向上リハビリテーション実施加算

加算料	単位数		利用料金
	1,250 単位/月 （開始月より 6 か月以内）		13,325 円/月
保険給付額	9割給付	8割給付	7割給付
	11,992 円	10,660 円	9,327 円
利用者負担	1割負担	2割負担	3割負担
	1,333 円	2,665 円	3,998 円

⑮ 送迎減算

加算料	単位数		利用料金
	-47 単位（片道）/日		-501 円
保険給付額	9割給付	8割給付	7割給付
	-450 円	-400 円	-350 円
利用者負担	1割負担	2割負担	3割負担
	-51 円	-101 円	-151 円

（※3）加算対象サービスの実施については、利用者の選択によるものであることとします。

7 利用料、その他の費用の請求および支払方法について

利用料、 その他の費用 の請求	① 利用料、その他の費用は、利用した月の1日から末日までを計算し、請求します。 ② 請求書は翌月初旬に発行します。なお、1月以上利用がない場合は連絡させていただきます。 ③ 要介護者が利用した場合においては、全額保険から給付されることもあります。 ④ 保険適用外部分の料金を改定する際には、1月以上前に利用者に文書で連絡します。 ⑤ 利用者が法定代理受領サービスを利用できないことにより償還払いとなる場合には、一旦、利用料を全額自己負担していただきます。その際、サービス提供証明書を発行します。
利用料、 その他の費用 の支払方法	① 請求書の内容をご確認の上、請求後から1月以内にお支払いください。 ② お支払いいただきましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管いただきますよう、お願いします。

(※1) 正当な理由がなく2ヵ月以上支払いが滞り、かつ支払いの督促より14日が経っても支払いがない場合、契約を解除した上で、未支払い分の利用料等を即時支払っていただくこともあります。ご了承ください。

8 契約の解約・終了について

- ① 利用者は本契約の有効期間中、本契約を解約することができます。この場合には、利用者は契約終了を希望する日の7日前までに事業者へ通知するものとし、この場合には、解約料は徴収しないこととする。
- ② 介護給付費体系の変更があった場合、事業所は当該サービスの利用料金を変更できるものとし、利用者は変更に同意することができない場合には、契本契約を解約することができます。
- ③ 事業者は、利用者が次の事項に該当する場合には、本契約を解除することができます。
 1. 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい事情を生じさせた場合。
 2. 利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれを支払わない場合。
 3. 利用者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい事情を生じさせた場合。
- ④ 利用者が次の事項に該当する場合には、本契約を終了することとします。
 1. 利用者が死亡した場合。
 2. 要介護認定により利用者の心身の状況が要支援又は自立と判定された場合。
 3. 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
 4. 業所の滅失等により、サービスの提供が不可能になった場合。
 5. 事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合。
 6. 上記の①～③により解約又は解除された場合。

(※1) 解約とは、事業所との契約全体を将来に向かって解約することを言います。

9 利用サービスの予約取り消し

- ① 基本的にサービス利用開始前において、サービスの利用の予約取り消しをすることができます。この場合には、利用者は利用開始日または利用期日の前日までに事業者へ申し出るものとし、ます。
- ② 利用者が、利用日または利用期日に利用の中止を申し出た場合は、キャンセル料として、介護保険対象金額を除くサービスの利用料金の全額をお支払いいただく場合があります。但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

(※1) 予約取り消しとは、1回ごとのサービスを断ることを言います。

10 指定通所リハビリテーションの利用にあたっての留意事項

当事業所における指定通所リハビリテーションの利用にあたり、他にサービス利用されている方々の療養の場としての快適性・安全性を確保するために下記の事項をお守りください。

①喫煙	敷地内は全面禁煙です
②施設の利用	施設内の設備・器具は本来の使用法に従って利用してください。これに反した使用により破損した場合、賠償していただく場合があります。
③貴金属の所持	必要以上の貴金属は所持しないようにしてください。 (原則として、利用者の責任において管理していただきます。)
④金品等の所持	現金は、必要時以外は原則的に所持しないでください。
⑤ その他	① 施設内での営利行為や宗教の勧誘、政治活動などは禁止します。 ② ペットの飼育は出来ません。 ③ 危険物・火気類の取り扱いには禁止します。 ④ 送迎時間等に遅れた場合は、送迎サービスを受けられないことがあります。

1.1 虐待の防止について

当事業所において、利用者の人権の擁護及び虐待の防止のため、次に掲げる必要な措置を講じています。

- ① 虐待防止に関する責任者を選任しています。 責任者：榎本 勝彦（管理者兼医師）
- ② 職員に対して、人権の擁護及び虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。

1.2 身体拘束について

当事業所において、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者又は他の利用者や家族・職員などの生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるとき（下記のすべての要件に適合）には、利用者に説明し同意を得た上で必要最小限の範囲内において身体拘束を行うことがあります。この場合には、身体拘束を行った日時・理由及び対応について記録し、短期間で拘束を解除できるよう、担当の職員間で検討を行います。

①切迫性	直ちに身体拘束をおこなわなければ、利用者又は他の人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる。
②非代替性	身体拘束以外に利用者又は他の人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防ぐことができない。
③一時性	身体拘束が一時的なものであり、利用者又は他の人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合には、すぐに身体拘束を解除すること。

1.3 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及び家族等に関する秘密の保持について

当事業所及び当事業所に勤務する職員は、業務上知り得た利用者及び家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、利用契約が終了した後も継続します。

② 個人情報の収集・使用・提供に関する注意事項について

当事業所は、前項の規定に関わらず、利用者及び家族の個人情報を以下のために、必要最小限の範囲内で収集・使用・提供します。

1. 利用者にかかる通所リハビリテーション計画の作成、及び円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議での情報提供。
2. 利用者と担当する居宅介護支援事業者（介護支援専門員）及び指定居宅サービスに該当する従事者と当事業所との間で連絡調整の必要がある場合。
3. 利用者の健康状態等について、医師（主治医）の意見を求める必要がある場合。
4. 利用者の体調急変等により、医療機関への緊急の連絡が必要になった場合。

なお、上記1～3の目的で利用者及び家族等の個人情報を使用・提供する場合は、あらかじめ文書にて利用者及び家族等の同意を得るものとします。また、利用者及び家族の個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って保管し、記録物を廃棄する際にも第三者に漏洩しないよう、必要な措置を講じるものとします。

③ 個人情報の使用及び提供の期間について

上記②の場合における個人情報の使用及び提供の期間は、サービス提供の契約期間に準じます。

④ 利用者が同意しなかった場合の不都合について

サービス調整ができず一体的なサービス提供ができないことがあります。

1.4 サービス提供等の記録・保管について

- ① 通所リハビリテーションの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、5年以上の期間を定めて保管します。
- ② 利用者及び家族は、事業所に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び実費を支払った複製物の交付を請求することができます。

1.5 家族などへの連絡について

希望があった場合には、利用者に連絡するのと同様の通知を家族へも行います。

1.6 事故発生時の対応・損害賠償責任について

- ① 当事業所においてサービスの提供に伴い事故が発生した場合、速やかに利用者の家族に連絡し、受診等必要な対応を行うとともに、必要に応じて市町村・居宅介護支援事業所へ報告するなどの対応を実施します。
- ② 当事業所において、サービスの提供に伴い、事業所が自己の責に帰すべき事由により生じた利用者の損害については、その責任の範囲で事業所が損害を賠償する責任を負います。ただし、利用者に故意もしくは過失が認められる場合は、利用者が置かれている心身の状況を勘案して相当と認められるときに限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。また、事業所に自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。
- ③ 利用者の責に帰すべき事由により当事業所が損害を被った場合、利用者並びに家族は連帯して当事業所に対し、その損害を賠償するものとします。

1.7 非常災害時対策について

- ① 当事業所では、非常災害に備えて次に掲げる取り組みを行っています。
 1. 大規模災害対策マニュアルの策定
 2. 防災マニュアルの策定
 3. 消防訓練及び避難救出訓練の実施（年2回）
- ② 当事業所においてサービス提供時間中に非常災害が発生した場合は、大規模災害対策マニュアル及び防災マニュアルの行動基準等に則り、対応することとします。
- ③ 当事業所において、災害等の非常時に備えるため、以下の設備を事業所内及び併設施設内に設置しています。

防火設備	避難階段
	防火扉

消防用設備	屋内消火栓設備
	屋外消火栓設備
	スプリンクラー
	非常通報装置
	避難器具
	誘導灯及び誘導標識

18 衛生管理等について

- ① 指定通所リハビリテーションに使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 指定通所リハビリテーション事業所において感染症が発生又は蔓延しないように必要な措置を講じます。

19 当事業所に関する相談・苦情について

当事業所が提供した指定通所リハビリテーションに関する相談・苦情等についての受付窓口は下記のとおりとなっています。

事業所の窓口	〒650-0004 兵庫県神戸市中央区中山手通7丁目3番18号 一般財団法人 神戸マリナース厚生会 神戸マリナース厚生会病院 苦情解決責任者 榎本 勝彦 苦情受付担当者 清原 直幸 TEL：078（360）1100 FAX：078（360）1050 （受付時間） 平日 9時00分～17時00分
市町村の窓口	〒650-0001 兵庫県神戸市中央区加納町6丁目5番1号 神戸市福祉局介護保険課 TEL：078（322）6228 （受付時間） 平日 8時45分～12時00分 13時00分～17時30分

市町村の窓口	〒650-0857 兵庫県神戸市中央区加納町6丁目5番1号 神戸市福祉局監査指導部 居宅通所指導担当 TEL：078(322)6326 (受付時間) 平日 8時45分～12時00分 13時00分～17時30分
市町村の窓口	〒650-0016 兵庫県神戸市中央区橘通3丁目4番1号 神戸市消費生活センター（契約についての相談） TEL：078（371）1221 (受付時間) 平日 9時00分～17時00分
都道府県の窓口	〒650-0044 兵庫県神戸市中央区東川崎町1-1-3 兵庫県民総合相談センター TEL：078（360）8511 (受付時間) 平日 10時00分～16時00分
公的機関の窓口	〒650-0021 兵庫県神戸市中央区三宮1丁目9番1号1801 兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 TEL：078（332）5617 (受付時間) 平日 8時45分～17時15分

＜当事業所における苦情対応の概要＞

- ① 当事業所にて受け付けた相談・苦情につきましては、受け付けた日時、受付者、相談・苦情の内容を記録します。また、受付担当者以外の者が受け付けた場合は受付担当者に報告します。
- ② 受付担当者は、利用者の状況を把握するため、必要に応じて面談・訪問等を実施し、状況の聴き取りや事情の確認を行います。把握した状況については記録し、苦情解決責任者に報告致します。
- ③ 報告を受けた苦情解決責任者は、職員に事実関係の確認を行います。
- ④ 把握した状況について、苦情解決責任者、受付担当者により検討を行い、その結果に基づき、解決策・対応方法を決定します。
- ⑤ 決定した対応方法及び内容により、必要に応じて連絡・調整を行うとともに、利用者及び家族には、解決策・対応方法も含めて結果の報告を行います。最終的な解決までに時間がかかる場合においても、この旨を報告します。
- ⑥ 事業所内において処理し得ない内容についても、行政窓口等関係期間との協力により、適切な対応方法を利用者の立場に立って検討し、対処します。

20 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者の体調悪化等の緊急時には、医師等が利用者の安全を最優先に医療機関と連携し対処します。必要に応じて緊急連絡先、かかりつけ医等へ連絡を行います。

緊急連絡先	お名前（続柄）	
	電話番号	

利用者の主治医	医療機関	
	氏名	
	電話番号	

21 重要事項の変更について

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予測される場合や変更した場合は、書類を交付し口頭で説明し利用者への同意確認を行います。

22 サービスの選択に資すると認められる事項について

第3者評価の種類	実施の有無	実施した直近の年月日	評価機関の名称	開示状況
地域密着型サービスの第3者評価	なし	-	-	-
その他	あり	2024年2月21日	日本医療機能評価機構	https://www.report.jcahc.or.jp/detail/id=2827
その他	あり	2024年8月21日	ビューリタスジャパン(株)	https://www.kobe-mariners.or.jp/

23 重要事項の説明・交付を行った年月日

重要事項の説明・交付 を行った年月日	年 月 日
重要事項の説明・交付 を行った時間	時 分
重要事項の説明・交付 を行った場所	

指定通所リハビリテーションの提供を開始するにあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	兵庫県神戸市中央区中山手通 7 丁目 3 番 18 号
	法人名	一般財団法人 神戸マリナース厚生会
	代表者名	理事長 切東 喜久夫 (印)
事業所	名称	一般財団法人 神戸マリナース厚生会 神戸マリナース厚生会病院
	所在地	兵庫県神戸市中央区中山手通 7 丁目 3 番 18 号
	説明者氏名	(印)

本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者様	住所	
	氏名	(印)
	電話	

代理人様 もしくは 立会人様	住所	
	氏名	(印)
	電話	