

重要事項説明書(通所リハビリテーション)

1 事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	介護老人保健施設 聖紫花の杜
介護保険指定事業所番号	4750780019
事業所所在地	石垣市字新川2127番地の2
事業所の通常の事業の実施地域	石垣市
利用定員	80人

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	介護老人保健施設聖紫花の杜が行う通所リハビリテーションの事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の理学療法士等が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所リハビリテーション事業を提供することを目的としています。
運営の方針	当事業所は、利用者が要介護状態にあっても、可能な限りその居宅において、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、さらに利用者の社会的孤立の解消及び、心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために必要な日常生活上のお世話及び機能訓練等の必要な援助を行います。 また、関係市町村、地域の保健医療、福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	営業日は月曜日～土曜日です。 旧盆(旧7月15日)、12月31日、1月1日は休みです ※台風時は暴風警報発令でお休みとなります。
営業時間	午前8時30分～午後5時30分まで
サービス提供時間	午前8時30分～午後5時まで

(4) 職員体制

職務	職務内容	人員数
管理者 (医師)	<ol style="list-style-type: none"> 1 管理者は従業者の業務を統括し執行します。 2 利用者に対する医学的な管理指導等を行います。 3 通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。 	常勤1名

理学療法士 作業療法士	1 医師及び介護職員等と共同し通所リハビリテーション計画書の作成、実施に際して指導を行います。 2 通所リハビリテーション計画に基づき、必要な理学療法、作業療法を行います。	常勤1名以上
看護職員	1 看護職員は、検温、血圧測定等のほか、利用者の通所リハビリテーション計画に基づく看護業務を行います。	常勤1名以上
介護職員	1 介護職員は、利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。	常勤10名以上

2 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

<p>◆通所リハビリテーション計画の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医師、理学療法士等は、共同して利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標や目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成します。 ○通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又は家族に対して説明し、利用者の同意を得、その計画書を交付します。 ○サービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。
<p>◆健康管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医師が常に利用者の病状、心身の状態及びその置かれている環境を踏まえ、利用者に対し適切な健康管理を提供いたします。 ○通所リハビリテーションでは治療等の行為はできません。 ○通所リハビリテーション提供中に利用者の病状の急変が生じた場合は、速やかに主治医又は協力医療機関へ連絡を行い、適切な医療等が受けられるよう必要な措置を講じます。
<p>◆個別リハビリテーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者個々に解決すべき課題の把握を適切に行い、改善に係る目標を設定し、利用者の心身状態に合わせ物理療法やリハビリ機器を使用して改善を図ります。 ○食事、更衣、排泄、入浴等の日常生活動作訓練を行います。
<p>◆レクリエーション行事</p> <p>当事業所では、レクリエーション行事等を行うように努める他、常に利用者の家族との連携を図るとともに利用者とその家族との交流などの機会を設けるように努めます。</p> <p>身体能力に合わせた手工芸、カラオケなどの趣味や生き甲斐作りに取り組んでいます。</p>
<p>◆お食事</p> <ul style="list-style-type: none"> ○栄養と身体状況に配慮した食事を提供いたします。 ○お食事時間は、[昼食:12時]です。 ○食物アレルギーや摂取できない食物のある方は、事前にご相談ください。
<p>◆入浴</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入浴は、月曜日から土曜日まで毎日行われています。 ○心身の状態に応じてストレッチャーなどの介護機器を使用いたします。 ○入浴前に健康チェックを行います。心身の状態により入浴のできないこともあります。
<p>◆送迎</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者の心身状態にあわせて、ご自宅と事業所間を送迎いたします。

(2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

単位：円

要介護度	4時間以上5時間未満				5時間以上6時間未満			
	利用料	利用者負担額			利用料	利用者負担額		
		1割	2割	3割		1割	2割	3割
要介護1	5,250	525	1,050	1,575	5,840	584	1,168	1,752
要介護2	6,110	611	1,222	1,833	6,920	692	1,384	2,076
要介護3	6,960	696	1,392	2,088	8,000	800	1,600	2,400
要介護4	8,050	805	1,610	2,415	9,290	929	1,858	2,787
要介護5	9,120	912	1,824	2,736	10,530	1,053	2,106	3,159
要介護度	6時間以上7時間未満				7時間以上8時間未満			
	利用料	利用者負担額			利用料	利用者負担額		
		1割	2割	3割		1割	2割	3割
要介護1	6,750	675	1,350	2,025	7,140	714	1,428	2,142
要介護2	8,020	802	1,604	2,406	8,470	847	1,694	2,541
要介護3	9,260	926	1,852	2,778	9,830	983	1,966	2,949
要介護4	10,770	1,077	2,154	3,231	11,400	1,140	2,280	3,420
要介護5	12,240	1,224	2,448	3,672	13,000	1,300	2,600	3,900

(3) 加算料金

単位：円

項目	利用料	利用者負担額			備考
		1割	2割	3割	
入浴介助加算(Ⅰ)	400	40	80	120	入浴介助を実施した日数
(Ⅱ)	600	60	120	180	
リハビリテーション マネジメント加算 (イ)	5,600	560	1,120	1,680	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内の期間について、1月につき
	2,400	240	480	720	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間について、1月につき
リハビリテーション マネジメント加算 (ロ)	5,930	593	1,186	1,779	リハビリテーションマネジメント加算(イ)と同様
	2,730	273	546	819	リハビリテーションマネジメント加算(イ)と同様
退院時共同指導 加算	6,000	600	1,200	1,800	退院につき1回まで
短期集中個別リハビリ テーション実施加算	1,100	110	220	330	1日につき
認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算(Ⅰ)	2,400	240	480	720	1日につき
サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	180	18	36	54	1日につき
若年性認知症 利用者受入加算	600	60	120	180	1日につき
重度療養管理加算	1,000	100	200	300	1日につき

中重度ケア体制加算	200	20	40	60	1日につき
科学的介護推進体制加算	400	40	80	120	1月につき
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の8.3%	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数)1月につき

※入浴介助加算(Ⅰ)は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定します。

入浴介助加算(Ⅱ)は、理学療法士等が医師と連携し、利用者の身体の状況、利用者宅訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成し、それに基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行う場合に算定します。

※リハビリテーションマネジメント加算(イ)

リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を医師、理学療法士等、介護支援専門員等と共有し、会議の内容を記録し利用者の状態の変化に応じ、計画を見直します。当該計画について、理学療法士等が利用者又はその家族に対して説明し同意を得るとともに医師に報告します。また、介護支援専門員に対し必要な支援方法等の情報提供を行います。理学療法士等が、ケアプランに位置づけられた訪問介護事業等の従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者もしくはその家族に対し必要な助言を行い記録します。

※リハビリテーションマネジメント加算(ロ)

上記リハビリマネジメント加算イの条件に加えて、リハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用します。

※退院時共同指導加算

病院・診療所に入院中の患者が退院するにあたり、当事業所の医師や理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し共同して在宅のリハビリに必要な指導を行い、その内容を在宅でのリハビリ計画に反映させる場合に算定します。

※短期集中個別リハビリテーション実施加算は、当事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が病院等の退院(退所)日又は認定日から起算して3月以内に個別リハビリテーションを集中的に行った場合に算定します。

※認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、認知症の利用者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、当事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が病院等の退院日又は通所開始日から起算して3月以内にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定します。

※サービス提供体制強化加算(Ⅱ)は、介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上の場合に算定します

※若年性認知症利用者受入加算は、受け入れた若年性認知症の利用者ごとに個別に担当者を決め、特性やニーズに応じた通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

※重度療養管理加算は、要介護3から要介護5であって厚生労働大臣が定める状態にある手厚い医療が必要な利用者に対して、通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

※中重度者ケア体制加算は、中重度の要介護者が社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施できる体制を整えている場合に算定します

※科学的介護推進体制加算

利用者個別のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、その他サービスを適切かつ有効に提供する為に必要な情報を活用します。

※「介護職員等処遇改善加算」は、介護施設、事業所で従事する介護職員及びその他の職員の待遇改善を目的に創設され、介護現場で働き続けることが出来るよう、賃金改善、資格、経験、キャリアアップ支援や職場環境の改善等、処遇改善の取り組みを行う介護施設、事業所へ加算として算定します。

※利用者に対して、居宅と事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき利用料が470円減額されます。(利用者負担：1割47円、2割94円、3割141円)

3 その他の費用について

食事の提供に要する費用	1食あたり480円です。
-------------	--------------

4 利用料の請求及び支払い方法について

① 利用料の請求方法等	ア 利用料利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用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請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用者が指定する送付先に利用明細を添えて利用月の翌月10日前後にお届け(郵送)します。
② 支払い方法	ア 下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア)利用者指定口座からの自動振替 (イ)現金支払い イ お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡しますので、必ず保管されますようお願いいたします。

※利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合は、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えて石垣市に居宅介護サービス費等の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

※利用料について、利用者及びご家族等は連帯してお支払いをお願い致します。

5 事故発生時の対応方法について

利用者に対する通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する通所リハビリテーションの提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

6 非常災害対策

- ① 災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

7 サービス提供に関する相談、苦情について

当事業所のサービスについて、ご不明な点や疑問・相談、苦情がございましたら通所リハビリテーションの責任者(主任)又はスタッフまでお気軽にご相談下さい。

聖紫花の杜 苦情受付	受付時間 電話番号	毎週月曜日～土曜日 (0980)83-5898	午前8時30分～午後5時30分 FAX (0980)83-5830
石垣市役所 介護長寿課	受付時間 住 所 電話番号	毎週月曜日～金曜日 石垣市真栄里 672 番地 (0980)82-7158	午前8時30分～午後5時15分 FAX (0980)88-5525
沖縄県国民健康保険 団体連合会	受付時間 住 所 電話番号	毎週月曜日～金曜日 那覇市西3-14-18 098-860-9026	午前9時～午後5時 FAX (098)860-9026
沖縄県福祉サービス 運営適正化委員会	受付時間 住 所 電話番号	毎週月曜日～金曜日 那覇市首里石嶺町 4-373-1 総合福祉センター内 098-882-5704	午前9時～午後5時 FAX (098)882-5714

8 虐待の防止について

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年1回以上実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- (5) 従業者が虐待等を把握した場合には、速やかに市町村へ通報し、その発生原因等についての調査に協力する。

9 身体拘束の廃止について

事業所は、原則として身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。ただし、利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合はこの限りではありません。利用者の行動を制限する場合は、利用者及びご家族へ対して説明と同意を得るとともに、その態様及び期間その際の利用者の心身の状況、並びに緊急やむを得ない理由及び経過について記録します。

10 業務継続計画の策定等について

- 1 事業所は、感染症や非常災害発生時において、利用者に対する介護サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講ずるものとする。
- 2 事業所は従事者に対し、当該業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を年1回以上実施するものとする。

3 事業所は、定期的な業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

11 その他運営に関する重要事項

- (1) サービスの提供に先立って、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。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 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、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用の際にご留意いただく事項
 - ① 敷地及び施設内は全面禁煙です。
 - ② 飲酒は禁止です。また酒気を帯びた状態でサービスを受けることはできません。
 - ③ 電化製品の持ち込はご遠慮下さい。必要な製品については職員に申し出て下さい。
 - ④ 盗難防止のため、所持品は必ず名前を記入して下さい。
事業所においての紛失、破損については責任を負いかねます。
 - ⑤ サービス提供時間帯における医療期間への受診は緊急時以外できません。
 - ⑥ 事業所内での営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動、その他迷惑行為は禁止です。

12 第三者による評価の実施状況

現在第三者による評価は実施しておりません。

重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
---------------	----------

当事業所は、利用者に対する通所リハビリテーションサービスの提供開始に当たり、利用者及びその利用者の家族等に対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明し、同意を得、本説明書を利用者に対し交付しました。

事業者	所在地	沖縄県石垣市字新川2124番地	
	法人名	医療法人 上善会	
	代表者名	理事長 境田 康二	印
	事業所名	介護老人保健施設聖紫花の杜	
	説明者氏名		印

私及び私の家族等は、重要事項説明書に基づいて、事業所からサービス内容及び重要事項についての説明を受け、通所リハビリテーションサービスを利用することに同意し、同説明書を事業所より受領しました。

利用者	住所	
	氏名	印
	電話	

家族等 (連帯保証人)	住所	
	氏名	印
	続柄	
	電話	

※当書類は管理番号 24 番、利用案内(利用契約書・重要事項説明書・個人情報利用同意書)と一対。