

重要事項説明書

(通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション)

1 事業者の概要

事業所名称	平病院
主たる事務所の所在地	岡山県和気郡和気町尺所438
法人種別	医療法人
代表者氏名	平 資正
電話番号	0869-93-1305(病院 93-1155)
介護保険法令に基づき岡山県知事から指定を受けている事業所名称(指定番号)	平病院通所リハビリテーションひまわり 岡山県(3312310208)
介護保険法令に基づき岡山県知事から指定を受けている通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションの種類	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	平病院通所リハビリテーションひまわり
指定番号	岡山県3312310208
所在地	岡山県和気郡和気町尺所438
電話番号	0869-93-1305(病院 93-1155)
通常の事業の実施地域	和気郡 備前市 赤磐市 岡山市東区の一部

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	医療法人平病院が開設する通所リハビリテーションひまわりが行う指定通所リハビリテーション・介護予防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、施設の理学療法士もしくは作業療法士その他の従業者が要介護状態または要支援状態にあり、かかりつけの医師が指定通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションの必要を認めた高齢者に対し、適正な指定通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションを提供することを目的とする。
運営の方針	当事業所は利用者に対し、可能な限り居宅において、利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活

	<p>を営むため、また要介護状態の軽減もしくは悪化を防止するために必要な介護ならびに介護予防サービスが適切に利用できるよう介護ならびに介護予防サービス計画に基づいたサービスの提供を行います。施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、健康運動指導士、歯科衛生士、管理栄養士は要介護者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図ると共に、生活の質の確保を重視した在宅療養が維持出来るように支援する。</p> <p>また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの提供に努めるものとする。</p>
--	---

4 ご利用事業所の職員体制

施設の従業員の職種	員 数		業務内容
	常 勤	非常勤	
医師	1		管理
理学療法士等 看護師	10 0	0 2	通所リハビリテーション介護予防通所リハビリテーションの計画、報告書作成、利用者及びその家族の説明、 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションの提供
介護員	7	3	通所リハビリテーション介護予防通所リハビリテーションの提供
管理栄養士	1		給食の献立の作成、栄養指導調理の指導及び衛生管理等を行う

5 営業時間

営業日	月曜日～土曜日(日祝祭日・8/15・12/31～1/3 までを除く)
サービス提供時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時

6 サービスの概要

指定通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションの内容は次の通りとする。

利用定員は40名とする。

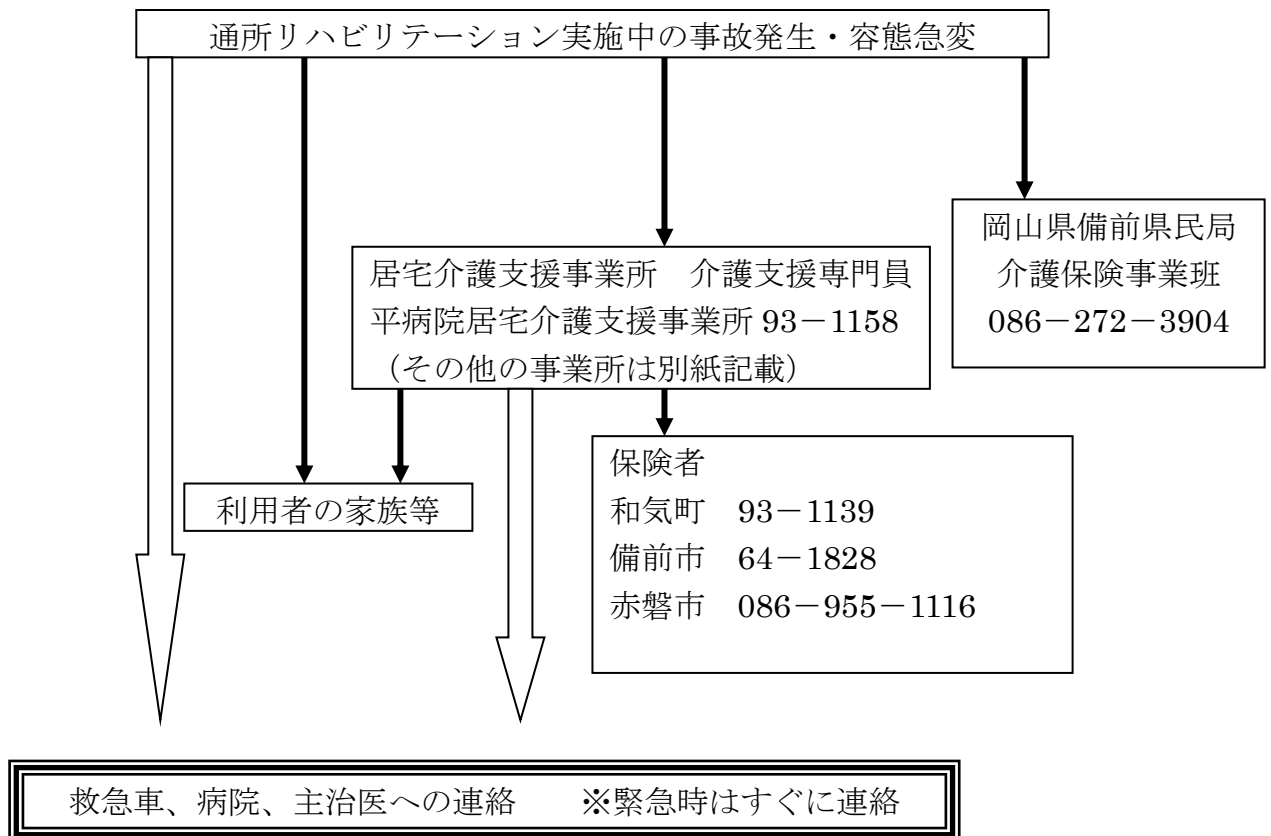
- 1) 送迎
- 2) 健康チェック
- 3) 機能回復訓練(リハビリ体操・集団訓練など)
- 4) 日常生活動作訓練(食事動作、入浴動作等を含む)
- 5) レクリエーション

- 6) 手工芸
- 7) 医師の指示によるリハビリテーション訓練(口腔機能向上・栄養改善・短期集中リハビリテーション)その他

7 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口 (通所リハビリテーション・介護 予防通所リハビリテーション)	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 ご利用方法 電話 0869-93-1305 担当者 責任者 平 資正
和気町 介護保険課	利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 ご利用方法 電話 0869-93-1139
備前市 介護保険課	利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 ご利用方法 電話 0869-64-1828
赤磐市 介護保険課	利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 ご利用方法 電話 086-955-1116
岡山市 介護保険課	利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 ご利用方法 電話 086-806-1240
国民健康保険団体連合会 苦情申立窓口	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 (12:00～13:00 は除く)

8 事故発生時の対応



- 1.介護者の判断により救急もしくは専門機関に連絡する。
- 2.利用者の主治医へ連絡し指示を仰ぐ。
- 3.居宅介護支援事業所、家族及び市町村に連絡する。
- 4.利用者から事業所へ連絡する。

担 当 者	平 資正	0 8 6 9 - 9 3 - 1 3 0 5
平 病 院	電 話	0 8 6 9 - 9 3 - 1 1 5 5

9 緊急時の対応方法

利用者の主治医または事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名
	所属医療機関の名称
	所在地
	電話番号
緊急連絡先	氏名
	住所
	電話番号
	連絡先

※尚、緊急時の受診に際しましてはその時点でサービス提供は中止とします。
またサービス提供時間中の受診・お薬処方等は保険制度上認められておりません。

10 利用料金

1) 利用料

要介護の方は1日あたり、要支援の方は1か月あたりの利用料を表示しています。

1か月の利用料の1割が自己負担額になります。

※一定以上の所得のある場合、負担額が2割～3割になります。

【要介護】

	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	リハビリテーション 提供体制加算
1～2時間	3,690円	3,980円	4,290円	4,580円	4,910円	
2～3時間	3,830円	4,390円	4,980円	5,550円	6,120円	
3～4時間	4,860円	5,650円	6,430円	7,430円	8,420円	120円/回
4～5時間	5,530円	6,420円	7,300円	8,440円	9,570円	160円/回
5～6時間	6,220円	7,380円	8,560円	9,870円	11,200円	200円/回
6～7時間	7,150円	8,500円	9,810円	11,370円	12,900円	240円/回
7～8時間	7,620円	9,030円	10,460円	12,150円	13,790円	280円/回

食事 500円(実費)

入浴介助加算(Ⅰ)(特浴・一般浴) 400円/回

入浴介助加算(Ⅱ)(特浴・一般浴) 600円/回

短期集中個別リハビリテーション実施加算 1,100円/日

【退院(所)日又は認定日から起算して3月以内】

リハビリテーションマネジメント加算(ロ) 同意日の属する月から6ヶ月以内 5,930円/月

同意日の属する月から6ヶ月超 2,730円/月

リハビリテーションマネジメント加算(ハ) 同意日の属する月から6ヶ月以内 7,930円/月

同意日の属する月から6ヶ月超 4,730円/月

*医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、

上記に加えて2,700円/月

口腔機能向上加算(Ⅱ)イ 1,550円/1回(月2回まで算定可)

口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ 1,600円/1回(月2回まで算定可)

栄養アセスメント加算 500円/月

栄養改善加算 2,000円/1回(月2回まで算定可)

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 200円/回(※6ヶ月に1回を限度とする)

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 50円/回(※6ヶ月に1回を限度とする)

理学療法士体制強化加算(1～2時間要介護のみ) 300円/日

生活行為向上リハビリテーション実施加算 開始日から6ヶ月以内 12,500円/月

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	
【退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3ヶ月以内】	2,400円/日
※週2日を限度とする	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	
【退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3ヶ月以内】	19,200円/月
※1ヶ月に4回以上のリハビリテーションを実施する	
重度療養管理加算(要介護3・4・5)	1,000円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180円/日
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	200円/回(※6ヶ月に1回を限度とする)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	50円/回(※6ヶ月に1回を限度とする)
科学的介護推進体制加算	400円/月
退院時共同指導加算	6,000円/1回につき

【要支援】

	月額	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)
要支援1	22,680円	720円/月
要支援2	42,280円	1,440円/月

生活行為向上リハビリテーション実施加算 開始日から6ヶ月以内	5,620円/月
一体的サービス提供加算(栄養改善加算と口腔機能向上加算)	4,800円/月
栄養アセスメント加算	500円/月
栄養改善加算	2,000円/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,600円/1回(月2回まで算定可)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	200円/回(※6ヶ月に1回を限度とする)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	50円/回(※6ヶ月に1回を限度とする)
科学的介護推進体制加算	400円/月
退院時共同指導加算	6,000円/1回につき

※介護職員等処遇改善加算Ⅱ(8.3%)が加算されます。

※介護保険の給付の範囲を超えるサービス利用につきましては全額自己負担となります。

※要支援1・2の方のご利用時間・回数につきましては、事業所との相談となります。

2) 解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、一切料金がかかりません。

3) その他

支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、翌月10日以降に請求書をお渡しします。

お支払い方法は、口座自動引き落としをお勧めしていますが、銀行振込、窓口払いも可能です。ご契約時にお選びください。

11 サービス利用にあたっての留意事項

- (1) サービス利用開始の際には、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証、居宅支援事業所が交付するサービス利用票をご提示ください。
- (2) 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合は弁償していただく場合があります。
- (3) ほかの利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (4) 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- (5) 施設内でのほかの利用者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
- (6) 飲酒、酒気帯び状態や発熱がある場合はご利用を控えて頂きます。また、利用時に発熱などがみられた際にはご家族へご連絡させて頂き、対応をお願いすることがあります。
- (7) 事業所職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為、パワーハラスメント、セクシャルハラスメント行為。

12 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する担当者：通所リハビリテーション管理者
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について事業所職員に周知徹底を図ります。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をします。
- (4) 事業所職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (5) サービス提供中に、事業所職員又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを各市区町村に通報します。

13 ハラスメントの防止について

事業者は、事業所職員等の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるように、次に掲げるとおりハラスメントの防止に向け取り組みます。

(1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為

① 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

② 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

上記は、事業所職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。

(3) 事業所職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。

(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

14 身体拘束について

事業者は、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、自傷行為等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者又はご家族に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

15 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や自然災害の発生時において、ご利用者に対する通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。

定期的に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います。

16 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生した際の予防、またはまん延防止のために、次の各号に掲げる措置を講じます。

(1) 事業所における感染症の予防及びまん延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)をおおむね6ヶ月に1回以上開催します。その結果を、従業者に周知徹底します。

(2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

(3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

17 非常災害時の対応について

地震及びその他の災害については、別途定める消防・防災計画等により対応いたします。利用者の安全を最優先し、被害を最小限に留めるために然るべき対策を実施いたします。

18 記録の整備

- (1) 事業所は、利用者に対してサービスを提供するごとに、当該サービスの提供日、内容および介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、所定の書面に記載します。
- (2) 事業所は、一定期間ごとに目標達成の状況等を記載した記録を作成して、利用者へ説明の上提出します。
- (3) 事業所は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から5年間保存します。
- (4) 利用者は事業所に対し、いつでもサービスの提供に関する記録の閲覧・謄写を求められます。ただし、謄写に関しては、事業所は利用者に対して実費相当額を請求できるものとします。

20 その他

- (1) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、職員に対する贈答や飲食等のもてなしは、遠慮させていただきます。
- (2) 利用者がサービスを中止する際(キャンセル)はお知らせください。
- (3) 半年以上ご利用がない場合は一旦サービスを中止とします。再度ご利用になられる際はご連絡をください。

令和 年 月 日

(乙)当事業所は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始にあたり、甲1、に対して
甲2

本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙)居宅介護サービス事業所

主たる事務所所在地 岡山県和気郡和気町尺所438

名称 平病院通所リハビリテーションひまわり

説明者 _____ 印

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けました。

私は、居宅介護サービスの提供開始に同意します。また、サービス計画に関する情報をサービス提供者会議等において関係者に提示することに同意します。

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に関わる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意いたします。

(甲1)利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(甲2)利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄: _____)

※本書1通を作成し、利用者、事業所が記名捺印のうえ、事業者が原本を利用者がコピーを保有するものとします。

(令和6年6月改定)

(令和7年4月改定)