通所リハビリテーション

重要事項説明書

医療法人　仁栄会

（介護予防）通所リハビリテーション重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名　：　島津病院通所リハビリテーション

所　在　地　：　高知市比島町4丁目5番27号

事業所番号：　第3910116395号

管　理　者　：　島津　裕和　　　　　　　　　　　連絡先　：　088－823－2285

事業の実施地域　：　高知市内（高知市以外の方でもご希望の方はご相談下さい）

2. 事業所の職員体制

職　種		常　勤	非　常　勤	計
管理者		1（兼務）		1名（兼務）
医師		1（兼務）	1	2名（兼務）
介護支援専門員				
サービス提供責任者				
事務職員				
サービス提供者	理学療法士	1		1名
	作業療法士			
	看護師・准看護師			
	介護福祉士	3		3名
	ホ-ムヘルパ-1級	1		1名
	ホ-ムヘルパ-2級			
	ホ-ムヘルパ-3級			
	マッサージ師			
	管理栄養士			
	その他			

3. 基本理念

利用者が、可能な限り、その居宅において、有する能力に応じて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提供することにより、その心身機能の維持・回復を図り、日々の暮らしを支援することを通じて、本人及びその家族の身体及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

4. 運営方針

利用者を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成する居宅サービス計画に基づき、有する能力に応じた日常生活を送ることができるよう、個別具体的なリハビリテーションの提供により心身の機能の維持回復を目指し、利用者の特性に応じたサービス提供ができる体制を整えて実施します。

5. 営業時間

午前9時30分から午後3時45分　※ 年末年始（12／31～1／3）は休業します。

6. サービス内容

（1） サービスの内容

ご家庭で生活されている介護の必要な方に、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、 又は要介護状態となることを予防するために、医師の指示及び居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、必要なリハビリテーションに関する目標を設定し、心身機能の維持回復を図り、日常生活の継続性を高めるとともに、自立した生活を維持できるよう、計画的に行ないます。

【サービス内容区分】

① 健康チェック	② 機能回復訓練	③ 物理療法	④ 日常生活動作訓練
⑤ 作業療法	⑥ 栄養マネジメント	⑦ 口腔機能向上訓練	⑧ レクリエーション
⑨ 入浴介助	⑩ 食事提供	⑪ 送　迎	

（2）サービス利用料及び利用者負担

介護保険から保険給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、原則として次の基準省令に定める保険給付費の1割です。ただし、介護保険の給付範囲を超えたサービスを利用した場合は、超える部分については、全額自己負担していただきます。

【利用料金】

① 通所リハビリテーション費

	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	3,690円	3,830円	4,860円	5,530円	6,220円	7,150円	7,620円
自己負担	369円	383円	486円	553円	622円	715円	762円
要介護2	3,980円	4,390円	5,650円	6,420円	7,380円	8,500円	9,030円
自己負担	398円	439円	565円	642円	738円	850円	903円
要介護3	4,290円	4,980円	6,430円	7,300円	8,520円	9,810円	10,460円
自己負担	429円	498円	643円	730円	852円	981円	1,046円
要介護4	4,580円	5,550円	7,430円	8,440円	9,870円	11,370円	12,150円
自己負担	458円	555円	743円	844円	987円	1,137円	1,215円
要介護5	4,910円	6,120円	8,420円	9,570円	11,120円	12,900円	13,790円
自己負担	491円	612円	842円	957円	1,120円	1,290円	1,379円

② 介護予防通所リハビリテーション費（月額報酬）

要支援1： 22,680円／月：（自己負担額：2,268円）

要支援2： 42,280円／月：（自己負担額：4,228円）

③ リハビリテーション提供体制加算

3時間超4時間未満	4時間超5時間未満	5時間超6時間未満	6時間超7時間未満	7時間以上
120円	160円	200円	240円	280円

④ 入浴介助加算

（Ⅰ）40円/日

（Ⅱ）60円/日 ： 個別入浴計画を作成し、その計画に基づき実施した場合。

⑤ ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算（A）

ロ） 593円/月（6月以内）、 273円/月（6月超）

⑥ 短期集中個別ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算費 110円/日

利用者の退院（所）日又は、認定日から起算して3月以内の集中的に実施する個別リハ

⑦ 退院時共同指導加算 600円（当該退院につき1回）

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、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、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算。

⑧ 栄養アセスメント加算費 50円/月

利用者ごとに専門職が共同して栄養アセスメントを実施、利用者又は家族に説明し、相談等に応じている場合。

⑨ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）22円/日、 （Ⅱ） 18円/日

（Ⅰ）介護福祉士が70%以上又は、勤続10年以上の介護福祉士25%以上配置されている。

（Ⅱ） 介護福祉士が50%以上配置されている

＊介護予防（Ⅰ） 要支援1： 88円/月、 要支援2： 176円/月

＊ （Ⅱ） 要支援1： 72円/月、 要支援2： 144円/月

⑩ 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）

1ヶ月の基本報酬と各種加算・減算の合計の66/1000 相当額

⑪ 科学的介護推進体制加算 40円/月

利用者のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症その他の心身状況等に係る基本情報を厚生労働省に提出していること。

（3）その他の費用 ： 昼食費1回 食事のみ 620円 （おやつ込み 680円）

（4）利用のキャンセル

利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、すみやかに下記までご連絡下さい。

連絡先（電話） ： 088－823－2285

(5)利用料金の支払い方法

上記の料金は、1 ヶ月ごとに計算しますので、次のいずれかの方法により翌月20日ごろまでにお支払いください。

① 事業所での現金支払い

② 銀行振り込み(振込手数料はご負担いただきます。ご了承ください)

高知銀行 本町支店 普通預金 口座番号 0598201	
口座名義)	医療法人(イリョウホウジン) 仁栄会(ジンエイカイ) 理事長(リジチョウ) 島津裕和(シマヅヒロカズ)

なお、居宅サービス計画を作成せずにサービスを利用する場合など、保険者(高知市)から保険給付が受けられない場合は、一旦利用料の全額(10割)をお支払いいただきます。その際、保険給付分の払い戻しを受けるために必要な「サービス提供証明書」を発行しますので、この「サービス提供証明書」を保険者(高知市)の窓口に提出していただきますと、自己負担額を除く保険給付額(9割)の払い戻しを受けることができます。

7. サービス内容に関する苦情への対応

(1) 事業所は、提供したサービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、苦情を受け付ける窓口の設置、苦情処理の体制、その手順等を苦情処理のために講ずる措置の概要について、利用者及びその家族に説明する文書に記載するとともに、事業所内に掲示します。

(2) 事業所は、受け付けた苦情の日付、内容、その際に対応した方法等を記録するとともに、苦情がサービスの質の向上を図る上で重要な情報であると位置づけ改善を図ります。

(3) 相談窓口・苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

電 話 番 号	088—823—2285
FAX 番 号	088—824—2363
相談員(責任者)	南 朋宏
対 応 時 間	午前9時 から 午後5時

(4)その他の相談窓口

高知市介護保険課 事業係	所在地	高知市本町5丁目1—45
	電話番号	088—823—9972
	FAX番号	088—824—8390
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分
高知県国民健康保険 団体連合会 介護サービス 苦情相談窓口	所在地	高知市丸ノ内2丁目6—5
	電話番号	088—820—8410 ・ 8411
	FAX番号	088—820—8413
	対応時間	午前9時から12時、 午後1時から4時

8. 事故発生時の対応

（1） 事業の提供により事故が発生した場合には、速やかに必要な処置を講じると共に、利用者の家族及び高知市、担当する居宅介護支援事業者等に連絡します。

（2） 事業の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。 ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

（3） 事故が生じた際には、事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

（損害賠償保険契約先：三井住友海上保険会社）

9. 非常災害時の対応

災害時の対応	火災や地震等の災害が発生した時は「島津病院防災マニュアル」に基づき利用者の安全確保とともに避難誘導等適切な措置を講じます。管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力医療機関等の連携方法を確認し、災害時等には避難等の指揮を執ります。 家族への連絡、家族からの問い合わせは島津病院災害対策本部が拠点となって対応します。
防災設備	自動火災報知器・非常通報装置・誘導灯・非常灯・非常照明・消火器
防災訓練	非常災害に備え、年2回以上の避難訓練を行います。
防災責任者	南　朋宏

10. 虐待防止（権利擁護）のための措置

（1） 事業者は、すべての役員・職員（以下、「職員等」という。）が、常に、利用者の人権を守るとともに、その尊厳を尊重し、利用者の自立と生活の質の向上、さらに自己実現のための適切なサービスに努め、虐待の防止のための次の措置を講ずるものとします。

① 虐待を防止するための職員等に対する研修を実施し、虐待の防止に努めるとともに、人権意識を高め、資質の向上を図る体制を整えます。

② 利用者及びその家族からの苦情を受付け、適切に対処する体制を整備します。

③ その他虐待防止のための必要な措置

ア） 職員等は、日ごろの業務において、利用者の自立した生活を最優先に考え、事故の防止、衛生・健康管理、権利侵害・虐待にあたる行為がないかなどの注意を払いつつ、職員会議やカンファレンスなどで連絡、確認、報告により共有することに努めます。

イ） すべての職員等は、法令その他諸規定、就業規則等を遵守し、体罰、虐待、財産侵害等をはじめとする人権侵害行為を決して行わないものとします。

（2） 事業者は、虐待を受けている恐れのある利用者を発見したときは、ただちに防止策を講じるとともに、市町村に報告します。

11. ハラスメント対策

（1） 事業者は、男女雇用均等法、改正労働施策総合推進法等関係法令の他、介護現場におけるハラスメント対応マニュアル等に従い、職員等が持てる能力を如何なく発揮できる職場環境を構築するために、次の措置を講じるものとします。

① 職務上の地位や人間関係などの職場内の優越的な関係を背景とした言動により、特定・不特定を問わず、就業環境を悪化させることがないよう定期的に個別面談を実施し、その把握に努めます。

② 介護の現場は、チームワークによる対応が必要であり、情報の共有と連携が不可欠であること、そうした関係が適切な組織運営につながることを念頭に研修を実施します。

③ 利用者や家族等によるハラスメントに関する報告・相談窓口を設置並びに事業者による話し合いの場を設ける等の取組を実施します。

（2） セクシャルハラスメントの禁止

事業者は、相手方の意に反する性的な言動で職員等の個人としての尊厳を不当に傷つけるとともに、職員等の就業検鏡を悪化させ、その能力の発揮を阻害する行為を行わせないように取り組みます。

（3） パワーハラスメントの禁止

事業者は、職務上の地位や人間関係などの職場内の優越的な関係を背景とした、業務上必要、かつ、相当な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪化させる行為を行わせないように取り組みます。

（4） その他のハラスメントの禁止

●モラルハラスメント ： 精神的苦痛を与える嫌がらせ全般

●アルコールハラスメント ： 職務上の地位等の職場の優位性を背景に、アルコールの多量摂取の強要する等

●マタニティーハラスメント ： 妊娠、出産、育児などを理由に解雇、雇い止め、降格、減給等

●ケアハラスメント ： 働きながら家族の介護等を行う職員に対し、介護休暇や介護時短の利用を阻害する等

12. 緊急やむを得ない行動制限・抑制について

（1） 事業所は、利用者又はその他の利用者の生命・身体を保護するために、利用者の状態・行動等が下記のA、B、C全てに該当し、緊急やむを得ず、以下の方法で最小限度の行動制限・抑制を行う場合を除き、いかなる身体の拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。

A：利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険に晒される可能性が著しく高い
B：行動制限・抑制を行う以外に代替する介護・支援方法がない
C：行動制限・抑制が一時的である。

● 自傷・他害行為がある場合、未全に防ぐ又は抑制するために、腕・足等身体を抑える行為及び教材・遊具等使用を制限する行為
● 利用者がパニック状態にある場合、症状が治まり、通常の活動ができる状況になるまで別室等で待機させる、又は、その理由を伝えた上で、本人の意思に関わらず別室へ移動させる行為
● 不意な飛び出し等を未然に防ぐため、室内において施錠、野外において手をつなぐ、腕等身体を抑える行為
● 車中、車いす、介助椅子等の利用におけるシートベルト等の使用
● 利用者の自立に向けて指導の一環として、言葉による行動の制限・制止・促し等の行為

（2） 緊急やむを得ない行動制限・抑制を行う場合は、個別支援計画に明記するとともに、実践した場合は、利用者の態様、時間及び心身の状況等を記録します。

別添1 事業主体が当該都道府県，指定都市，中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞		
通所リハビリテーション	島津病院通所リハビリテーション	比島町 4 丁目 5-27
＜地域密着型サービス＞		
小規模多機能型居宅介護	しおた	塩田町 19 番 26 号
小規模多機能型居宅介護	ひじま	比島町 2 丁目 10 番 31 号
認知症対応型共同生活介護	やすらぎ	塩田町 19 番 26 号
地域密着型特定施設入居者生活介護	みやびの里	比島町 4 丁目 6 番 9 号
居宅介護支援	島津病院居宅介護支援	比島町 4 丁目 5 番 27 号
＜居宅介護予防サービス＞		
介護予防通所リハビリテーション	島津病院通所リハビリテーション	比島町 4 丁目 5 番 27 号
＜地域密着型介護予防サービス＞		
介護予防小規模多機能型居宅介護	しおた	塩田町 19 番 26 号
介護予防小規模多機能型居宅介護	ひじま	比島町 2 丁目 10 番 31 号
介護予防認知症対応型共同生活介護	やすらぎ	塩田町 19 番 26 号
介護予防支援	島津病院居宅介護支援	比島町 4 丁目 5 番 27 号