

介護老人保健施設 「仁寿苑」

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

— 重要事項説明書 —



社会医療法人 仁寿会

通所リハビリテーションについて

1. 介護保険証の確認

ご利用の申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させて頂きます。

2. 事業所の目的と運営方針

(1) 事業所の目的

当事業所では、要介護状態及び要支援状態となった場合においても、そのご利用者様が可能な限り、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出来るよう、ご利用者の心身機能及び生活機能の維持、回復を図ることを目的とします。

(2) 運営方針

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主体との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

3. 事業者の概要

事業者名	社会医療法人 仁寿会
主たる事業所の所在地	島根県邑智郡川本町大字川本 381-4
法人種別	社会医療法人
代表者名	理事長 加藤節司
電話番号	0855-72-3111
FAX 番号	0855-72-3112

4. 事業所の概要

事業所名	仁寿苑 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
所在地	島根県邑智郡川本町大字川本 381-4
電話番号	0855-72-3111
FAX 番号	0855-72-3112
介護保険事業所番号	3251880013
管理者名	加藤節司

5. 営業日、営業時間及び提供時間

営業日	月曜日から土曜日・祝祭日 (8/14、8/15、12/30～1/3 を除く)
営業時間	午前 8 時 00 分から午後 17 時 00 分まで
提供時間	午前 9 時 30 分から午後 15 時 45 分まで

6、通所リハビリテーションの定員数

定員	30名
----	-----

7、事業の実施地域

邑智郡内、大田市、江津市

8、事業所の職員体制

職種		常勤専従	常勤兼務	非常勤	業務内容	兼務先
管理者	医師		1		医学的管理	併設医療機関
職員	看護職員		1		看護業務	相談員
	介護職員	3			身体介護	
	支援相談員		1		相談業務	看護職員
	理学療法士				リハビリ	施設課
	作業療法士					
	言語聴覚士					
	歯科衛生士		1		口腔衛生管理	
	管理栄養士		1		栄養管理	
	事務職員		1		請求業務	

9、職員の勤務体制

日勤（8：00～17：00）業務を行っています。

10、当施設の施設概要

施設名	室数	施設名	室数	施設名	室数
静養室（和室）	1	一般浴室	2	診療室	1
機能訓練室	2	特殊浴室	1	脱衣室	2
食堂・談話室	3	車椅子トイレ	14	一般トイレ	1
相談室	1				

11、サービスについて

- ・サービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員、協働により通所リハビリテーション計画書を作成いたします。その際、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に取り入れ、計画の内容については同意をいただくようになります。
- ・サービス利用中に体調不良等によりサービスを中断した場合は（受診等を含む）、その時点でご家族様に連絡し対応していただくようになります。
- ・都合により休まれる場合は前日までにご連絡ください。
- ・利用日当日、急な体調不良等で休まれる場合は、朝9：00までにご連絡ください。

①送迎

利用者の自宅と当事業所間を送迎用車輛で安全に配慮して送迎いたします。

②健康管理

血圧測定・検温・脈拍測定及び、健康状態の助言、相談を行っています。

③入浴

希望があれば毎日実施。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。入浴介助は全職員（男性・女性）が行いますのでご理解下さい

④機能訓練

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内すべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

⑤食事

栄養並びに利用者の身体の状況にあわせた食事を提供します。

⑥排泄

利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についての適切な援助を行います。

⑦レクリエーション

当施設では、年間数回の行事等を行ないます。行事によっては別途参加費のかかるものもございます。

⑧日常生活介護

居宅介護計画に沿って、利用者の心身機能の状態に合わせた、着替え、排泄、食事、移動介助やオムツ交換等を行ないます。

⑨生活相談

利用者及びその家族に対して、日常生活上の相談や介護方法の助言、日常生活援助用品等の紹介などを行ないます。

⑩行政手続き代行

行政の手続きを代行いたします。ご希望の際は係員にお申し出ください。

12、サービスの利用方法

①サービスの開始

契約後、計画書を作成しサービスの提供を開始します。

②サービス利用中のサービス内容変更

サービス内容の変更をご希望の場合は、担当の居宅介護支援事業所にご連絡ください。

③サービスの終了

- 利用されておられる方のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

- 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

- ・自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- 利用されておられる方が介護保険施設に入所された場合
- 利用されておられる方が入院し、3か月以内に退院できる見込みがない場合
- 介護保険給付でサービスを受けておられた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- 利用されておられる方がお亡くなりになられた場合

- ・その他

以下の場合は、利用されておられる方が解約を申し出られることにより即座にサービスを終了することができます。

- 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- 当事業所が守秘義務に反した場合
- 利用されておられる方や、ご家族などに対して社会通念を逸脱するような行為を行った場合
- 当事業所が破産した場合

13、利用料金

ご利用者様のご負担は利用料としてお支払いただく、介護保険給付対象サービスと対象外サービスの2種類があります。介護保険の給付サービスを受ける場合は、介護保険負担割合証記載の割合に応じた自己負担額となります。介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

<通所リハビリテーション>

基本サービス費（1日につき）

	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	369 円	383 円	486 円	553 円	622 円	715 円	762 円
要介護 2	398 円	439 円	565 円	642 円	738 円	850 円	903 円
要介護 3	429 円	498 円	643 円	730 円	852 円	981 円	1,046 円
要介護 4	458 円	555 円	743 円	844 円	987 円	1,137 円	1,215 円
要介護 5	491 円	612 円	842 円	957 円	1,120 円	1,290 円	1,379 円

各種加算料金

入浴介助加算（I）	40 円（1 日につき）
入浴介助加算（II）	60 円（1 日につき）
リハビリテーション提供体制加算	3 時間以上 4 時間未満 12 円（1 日につき） 4 時間以上 5 時間未満 16 円（1 日につき） 5 時間以上 6 時間未満 20 円（1 日につき） 6 時間以上 7 時間未満 24 円（1 日につき） 7 時間以上 28 円（1 日につき）
理学療法士等体制強化加算	利用時間 1 時間以上 2 時間未満の場合 30 円（1 日につき）
リハビリテーションマネジメント加算 ロ ※会議を開催し、現状報告並びにリハビリ内容の説明をして、同意を頂きます。 ※厚生労働省にデータを提出いたします。	同意の得られた月から 6 ヶ月以内 593 円（1 月につき） 月に 1 回会議開催 同意の得られた月から 6 ヶ月超え 273 円（1 月につき） 3 ヶ月に 1 回会議開催
リハビリテーションマネジメント加算 ハ ※ロの要件を満たし、且つ口腔アセスメント並びに栄養アセスメントを行い、その情報を活用していること。	同意の得られた月から 6 ヶ月以内 793 円（1 月につき） 月に 1 回会議開催 同意の得られた月から 6 ヶ月超え 473 円（1 月につき） 3 ヶ月に 1 回会議開催
リハビリマネジメント加算 4 ※事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、同意を得た場合	270 円（1 月につき）
短期集中個別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 3 ヶ月以内 110 円（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）	退院・退所日又は開始日から 3 ヶ月以内 240 円（週 2 日限度）

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	退院・退所の月又は開始月から3ヶ月以内 1,920円（1月につき）
生活行為向上リハビリテーション実施加算	利用開始日の属する月から6ヶ月以内 1,250円（1月につき）
口腔機能向上加算（I）	150円（月2回限度）
口腔機能向上加算（II）イ ※リハビリテーションマネジメント加算 ハを算定している場合 ※厚生労働省にデータを提出いたします。	155円（月2回限度）
口腔機能向上加算（II）ロ ※リハビリテーションマネジメント加算 ハを算定していない場合 ※厚生労働省にデータを提出いたします。	160円（月2回限度）
栄養改善加算	200円（月2回限度）
口腔・栄養スクリーニング加算（I） ※口腔機能向上加算・栄養改善加算を算定していない場合	20円（6ヶ月に1回）
口腔・栄養スクリーニング加算（II） ※口腔機能向上加算・栄養改善加算を算定している場合 ※厚生労働省にデータを提出いたします。	5円（6ヶ月に1回）
科学的介護推進体制加算 ※厚生労働省にデータを提出いたします。	40円（1月につき）
退院時共同指導加算	600円（1回につき）
送迎減算	47円（片道）減算
介護職員等処遇改善加算（III）	所定単位数の6.6%の金額をいただきます

※介護保険負担割合証に1割と記載されている場合の金額

備考：通所リハビリを利用するにあたり、情報提供書が必要となります。かかりつけ医に依頼し持参して下さい。又、状況の変化により再度、情報提供書の提出をお願いする場合がありますので、ご協力をよろしくお願ひします。

<介護予防通所リハビリテーション>

各種加算料金

基 本 部 分	
介護予防通所リハビリテーション費	要支援①2,268 円 (1 月につき)
	要支援②4,228 円 (1 月につき)
口腔機能向上加算（I）	150 円 (1 月につき)
口腔機能向上加算（II） ※厚生労働省にデータを提出いたします。	160 円 (1 月につき)
栄養改善加算	200 円 (1 月につき)
口腔・栄養スクリーニング加算（I）	20 円 (6 ヶ月に 1 回)
口腔・栄養スクリーニング加算（II） ※口腔機能向上加算又は栄養改善加算を算定している場合 ※厚生労働省にデータを提出いたします。	5 円 (6 ヶ月に 1 回)
一体的サービス提供加算 ※栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合	480 円 (1 月につき)
生活行為向上リハビリテーション実施加算	利用開始日の属する月から 6 ヶ月以内 562 円 (1 月につき)
利用開始した日の属する月から起算して 12 ヶ月を超えて利用された場合	要支援① -120 円 (1 月につき)
	要支援② -240 円 (1 月につき)
科学的介護推進体制加算 ※厚生労働省にデータを提出いたします。	40 円 (1 月につき)
退院時共同指導加算	600 円 (1 回につき)
介護職員等処遇改善加算（III）	所定単位数の 6.6% の金額をいただきます

※リハビリ会議を 3 月に 1 回開催いたしますので、対象の方には後日ご連絡いたします。

その他の料金

- ・食費（1回当たり）660円

※都合により食事をキャンセルされる場合は前日までにご連絡ください。

なお、当日9:00以降のキャンセルについては、昼食：600円、おやつ：60円のキャンセル料をいただきます。

- ・介護保険給付対象外の費用

リハビリパンツ等希望時：リハビリパンツ等価格表をご参照下さい。

行事費：遠足、苑外リハ等参加された場合、その都度実費をいただきます。

証明書料：1100円

- ・通常の送迎の実施地域の境を外れた所から1km当たり40円（税込）の往復交通費を徴収する場合があります。

- ・諸活動の材料費、趣味活動に関わる代金については、別途料金がかかることがあります。

14. 支払い方法

毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払ください。お支払いただきますと領収書を発行いたします。お支払方法は、現金、銀行振込、口座振替（ゆうちょ銀行・山陰合同銀行・島根中央信用金庫・JAバンク島根）があります。利用申込み時にお選びください。

15. 当施設のサービスの特徴

(1) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	○	常勤で2名程度対応（入浴、排せつ介助を行います）
従業員への研修の実施	○	年数回実施
サービスマニュアルの作成	○	年2回自主点検実施
身体的拘束	×	基本的に身体的拘束はいたしません

(2) 施設利用にあたっての留意事項

- ・金銭、貴重品の管理 利用者の意思に基づき本人管理、当施設ではお預かりできません。
- ・食べ物の持ち込み 禁止します。
- ・飲酒・喫煙 禁止します。
- ・ペット 衛生面を配慮し、基本的に持ち込みを禁止します。

16. 非常災害対策

- ・防災時の対応 緊急連絡網、消防署連携の基、早急な対応を行ないます。
- ・防災設備 消火器・消火栓・自動火災通報装置・非常災害通報装置を配置しています。
- ・防災訓練 避難・消火・通報訓練を年間各2回実施します。
- ・防火管理者 田中修 事務局長

17、他機関・施設との連携

(1) 併設・協力医療機関への受診

当施設では、病院・診療所や歯科診療所に協力をいただいているので利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

(2) 他施設の紹介

当施設での対応が困難な状態になり、専門的な対応が必要になった場合には、責任を持って他の機関を紹介しますので、ご安心ください。

18、苦情処理

要望、苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いています。月曜日から金曜日までの週5日（但し8月14日、8月15日、12月30日から1月3日、祝祭日を除く。）

苦情受付窓口	仁寿苑 通所リハビリテーション 担当 竹川 由美 0855-72-3111 (FAX 0855-72-3112)	窓口対応時間 平日 8:00～17:00
川本町役場	健康福祉課 介護保険担当 TEL 0855-72-0633	平日 8:30～17:15
美郷町役場	健康福祉課 介護保険担当 TEL 0855-75-1932	
邑南町役場	福祉課 介護保険担当 TEL 0855-95-1115	
江津市役所	健康医療対策課 介護保険担当 TEL 0855-52-2501	
大田市役所	健康福祉課部 介護保険課 TEL 0854-82-1600	
邑智郡総合事務組合	介護保険課 TEL 0855-72-3535	
国民健康保険連合会	相談窓口 TEL 0852-21-2811	平日 8:30～17:00

円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制

- ・苦情があった場合は、担当者が相手方に直ちに連絡を取り、直接本人、家族より詳しい事実を確認し、苦情に対応いたします。
- ・苦情の内容、過程及び結果を管理者に報告します。
- ・担当者が必要であると判断した場合は、管理者を含めて検討し苦情等に対応いたします。
- ・苦情の記録は書面等で保管し、全職員で再発防止のため会議を行います。

19、事故発生時の対応

介護保健施設サービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者様の家族等に連絡を行うと共に、必要な処置を講じます。又、賠償すべき処置が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

20、褥瘡における対処方法

褥瘡防止マニュアルを整備し、褥瘡が発生しないように日頃より適切な介護を行うと共に、異常者の早期発見により発生の防止を行います。

21、感染症における対処方法

感染症対策に関する委員会を定期的に開催し、予防方法を職員に周知徹底します。感染症の発生が疑われる場合は、感染症マニュアルに添って対応を行います。施設内の食器その他設備又は飲料水について、その衛生管理に努めます。

22、虐待防止について

利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために指針を整備し責任者を設置する必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

- (1) 苦情解決体制を整備しています。
- (2) 虐待防止委員会を定期的に開催しその結果について、事業所内で周知徹底を図ります。
- (3) 虐待防止責任者 仁寿苑課長 : 竹川 由美

23、ハラスメント防止について

事業者は、介護現場で働く職員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。
 - ①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼしそうになる）行為
 - ②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
 - ③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
- 上記は当該法人職員、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ための再発防止策を検討します。
- (3) 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、介護現場における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。

(サービス利用にあたっての禁止事項について)

- ・事業者の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などの行為
- ・サービス利用中に無断で職員の写真や動画を撮影したり、録音したり、それらをSNS等に掲載したりすること

24、第三者による評価

なし

個人情報の利用目的

(平成 17 年 4 月 1 日現在)

介護老人保健施設「仁寿苑」では利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

[介護老人保健施設内部での利用目的]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当核利用者の介護・医療サービスの向上

[他の事業所等への情報提供を伴う利用目的]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）照会への回答
 - －利用者の診療等に当り、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払い機関へのレセプトの提出
 - －審査支払い機関又は保険者からの照会の回答
- ・障害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届け出等

【上記以外の利用目的】

[当施設の内部での利用に係る利用目的]

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

[他の事業所等への情報提供に係る利用目的]

- ・当施設の管理運営業務のうち、－外部監査機関への情報提供
- ・その他、退職後も他に情報をもらす事はありません。

【個人情報に関するお問い合わせ先】

- ・介護老人保健施設仁寿苑 相談窓口（支援相談員）（日曜日、祝日、盆年末年始を除く）

社会医療法人仁寿会 署名における継柄の記載例について

本人 ー 夫、妻

父、母

義父、義母

長男、次男、三男

長女、次女、三女

孫（例：長女の子）

兄、弟、姉、妹

義兄、義弟、義姉、義妹

長男の妻

長女の夫

令和2年4月1日作成

【社会医療法人仁寿会施設利用時リスク説明書】

利用者：_____様 年齢 _____歳 性別 _____

説明者 _____ ()

当施設では利用者様が快適な生活を送られますように、安全な環境作りに努めております。一方で、施設の利用者様は、ご自分の身体状況や病気に伴う症状等の原因により、生活において下記のように様々な危険性を有しています。ご利用者様側の過失による事故については、当施設では責任を負いかねますので、ご了承ください。本説明書をご確認のうえ十分にご理解いただくようお願いします。

(ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。)

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷（頭蓋内損傷、出血）の恐れがあります。
- 当施設では、厚生労働省の示す「身体拘束ゼロへの手引き」により、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- 高齢者の骨はもろく、通常の介護対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、裂創や皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、本来、口にできないものを誤飲される場合があります。
- 加齢や認知症の症状により、自己管理されている物品(内服や食べ物等)の管理が難しい場合があり、本人様の判断で摂取される危険性があります。
- 基礎疾患はもちろん加齢のため、脳や心臓の疾患が発症し、急変・突然死される可能性は高まっています。
- 内服薬により、眠気、不穏を起こす場合があります。そのため、移動・移乗時の転落・転倒の恐れがあります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、連携医療機関医師・看護師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

また、上記のこととは、ご自宅でも起こりうるリスクです。したがいましてご自宅でも十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、施設職員より貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

令和 年 月 日

本人又は御家族 (続柄)

介護老人保健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）利用同意書

介護老人保健施設「仁寿苑」の施設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）を利用するにあたり、利用者に対して本書面に基づいて契約書、重要事項及び個人情報の利用目的について説明しました。

令和 年 月 日

【説明者】

施設名 介護老人保健施設 仁寿苑

住 所 島根県邑智郡川本町川本 381-4

説明者

私は、本書面に基づいて契約書、重要事項及び個人情報利用目的について説明を受け内容について同意します。

【利用者】

住 所

名 前

【家族】

住 所

名 前

介護老人保健施設「仁寿苑」

管理者 加藤 節司 殿

【本約款第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏 名	(続柄)
住 所	(〒 -)
電話番号	() -

【本約款第9条3項の緊急時の連絡先】

第1連絡者	(続柄)
住 所	(〒 -)
電話番号	() -
第2連絡者	(続柄)
住 所	(〒 -)
電話番号	() -