

老人保健施設あうん高知 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	老人保健施設あうん高知
所在地	高知市一宮西町1丁目7番25号
電話番号	088-846-1515
FAX番号	088-845-5611
事業者指定番号	3950180079
管理者(施設長)名	坂本 賢司(医師)
利用定員	月曜日～土曜日 24名
通常の事業の実施地域	高知市(一宮・薊野・布師田)・南国市(滝本・小蓮) その他の地域については、利用者又はその家族との協議のうえ、個別に対応します。
営業時間	月曜日～土曜日 (午前8時30分～午後5時30分) * 祝日は営業 * 日曜日及び12月31日～1月3日は休業
サービス提供時間	月曜日～土曜日 (午前9時00分～午後5時00分)

2. 運営方針

- (1) 要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者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できるよう、理学療法その他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ます。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、地域との結び付きを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- (3) サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。
- (4) 利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、指針を策定し定められた委員会活動、研修、担当者の設置を行い尊厳保持に努めます。
- (5) 身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、利用者または他の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を除き、身体的拘束を行いません。
身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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を記録します。
- (6) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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為の計画(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、職員への周知、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
定期的業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。
- (7) 職員の資質向上を図るため、随時研修を行います。

3. 職員体制

職 種	常 勤	非常勤	職員の職務内容 (当施設職員の職務内容は次のとおりとする。)
管理者(医師)※施設長	1名		管理者は、介護に携わる従業者の総括管理、指導を行う。
医師	1名以上		医師は、利用者の病状および心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
看護職員・介護職員	4名以上		看護職員・介護職員はリハビリテーションに伴って必要な看護・介助及び援助を行う。
うち介護職員	3名以上		
うち介護福祉士	2名以上		
理学療法士 等	1名以上		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、リハビリテーション実施計画書を作成するとともに、必要なリハビリテーションを提供する。
管理栄養士	1名		利用者の栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理を行う。

《介護給付費算定に係る体制等に関する届出》

サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 介護職員のうち、介護福祉士の配置割合が50%以上

4. サービスの内容

- (1) 診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、利用者の心身の状況、希望及びその環境を踏まえて、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)の内容に沿って「通所リハビリテーション計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。
「通所リハビリテーション計画」の作成に当たっては、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ます。「通所リハビリテーション計画」を作成した際には、利用者に交付します。
また、「通所リハビリテーション計画」の実施状況の把握を行い、必要に応じて変更を行います。
- (2) 利用者に通っていただくか、又は送迎し、理学療法等の必要なサービスを提供します。
- (3) 食事の提供を行います。また、一般浴槽を使用して入浴できます。
- (4) サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供します。
- * 当日の送迎事情により他事業所と連携し他事業所利用者と同乗にて送迎する場合があります。
* 当日の急な体調不良や悪天候などにより計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合も計画上の単位数を算定する場合があります。

5. サービス利用料金

- (1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)、所定金額に8.3%を乗じた金額(1円未満は四捨五入)
(2) 介護保険給付対象サービスにおける1日当りの自己負担額(介護保険法による介護報酬の告示上の額)

※下表は1割負担の場合の金額(すべてのサービス費用がかかるわけではありません)

通常規模型	所要時間1時間以上	所要時間2時間以上	所要時間3時間以上	所要時間4時間以上	所要時間5時間以上	所要時間6時間以上	所要時間7時間以上	
	2時間未満の場合	3時間未満の場合	4時間未満の場合	5時間未満の場合	6時間未満の場合	7時間未満の場合	8時間未満の場合	
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	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)							1日につき	18円
入浴介助加算(Ⅰ)							1日につき	40円
リハビリテーション マネジメント加算(イ)	計画の同意を得た月から6か月以内						1か月につき	560円
	計画の同意を得た月から6か月を超えた際						1か月につき	240円
リハビリテーション マネジメント加算(ロ)	計画の同意を得た月から6か月以内						1か月につき	593円
	計画の同意を得た月から6か月を超えた際						1か月につき	273円
リハビリテーション マネジメント加算(ハ)	計画の同意を得た月から6か月以内						1か月につき	793円
	計画の同意を得た月から6か月を超えた際						1か月につき	473円
上記のリハビリマネジメントに加え、医師より本人または 家族にリハビリ計画書について説明し同意を得た場合							1か月につき	270円
短期集中 個別リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は認定日から起算して個別リハビリを 3か月以内の期間に実施						1日につき	110円
退院時共同指導加算							1回につき	600円
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	退院(所)日又は通所開始日から起算して 3か月以内の期間に実施						1日につき	240円
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算(Ⅱ)							1か月につき	1,920円
理学療法士体制強化加算							1日につき	30円
リハビリテーション提供体制加算	3時間～4時間	4時間～5時間	5時間～6時間	6時間～7時間	7時間以上			
	12円/回	16円/回	20円/回	24円/回	28円/回			
若年性認知症利用者受入加算							1日につき	60円
栄養アセスメント加算							1か月につき	50円
栄養改善加算	3か月以内・月2回まで						1回につき	200円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6か月に1回が限度						1回につき	20円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6か月に1回が限度						1回につき	5円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	3か月以内・月2回まで						1回につき	150円
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	3か月以内・月2回まで						1回につき	155円
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	3か月以内・月2回まで						1回につき	160円
重度療養管理加算	要介護3以上で 厚生労働大臣が定める状態						1日につき	100円
中重度者ケア体制加算	要介護3以上の利用者が 占める割合が100分の30以上						1日につき	20円
科学的介護推進体制加算							1か月につき	40円

生活行為向上 リハビリテーション実施加算	開始月から6か月以内1か月につき	1,250円
移行支援加算	1日につき	12円
事業所が送迎を行わなかった場合		47円減算

《介護給付費算定に係る体制等に関する届出》

通常規模型通所リハビリテーション費

前年度の1か月当たりの平均利用延人員数が750人以内

* 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画で定められた時間を基準とします。

※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。

(3) 介護保険給付対象外のサービス(全額自己負担)

種類	内容	利用料金
延長料金	居宅サービス計画(ケアプラン)で定められた時間を超えてサービスの提供を希望される場合	実費
介護保険外サービス料金	心身の状況に応じてリハビリ計画書の内容実施が難しいと判断した場合(発熱、高血圧、嘔吐・下痢など受診や感染予防が必要な場合は家族の迎えと受診ができる時間を想定し、利用開始から3時間までとする)	500円/ 30分
おむつ代等	おむつ等を利用される場合	実費
食費	食事(材料費実費)	1回につき 600円
	おやつ(材料費実費)	1回につき 50円
特別おやつ代	行事等で特別に提供する場合	1回につき 実費

昼食、おやつに関しましては利用当日の10時30分(昼食)、13時00分(おやつ)までにキャンセルの連絡がない場合は準備した分の昼食・おやつ代はそれぞれいただくようになりますので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。

(4) 利用料金のお支払い方法

前月分の合計金額の請求書を毎月10日までに発行しますので、その月の末日までに請求書をご持参のうえ、併設の三愛病院1階受付にてお支払いください。

6. キャンセル

利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用当日の朝8時30分までにご連絡ください。利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合を除き、ご連絡のない場合が続きますとサービスの提供を終了させていただく場合がありますのでご注意ください。

7. 施設利用に当たっての留意事項

設備、器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。故意に破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	当事業所及び関連施設は、施設内敷地内禁煙です。
迷惑行為等	他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭、貴重品の管理	多額の現金、預金通帳その他貴重品等の持ち込みはご遠慮願います。
所持品の持込	原則として、着替え等身の回りの日用品に限らせていただきます。所持品には、お名前の記入をお願いします。

8. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口又は居宅サービス計画を作成した介護支援専門員までお申立てください。

当事業所お客様ご相談窓口 担当者	電話番号088-846-1515 FAX番号088-845-5611 三浦 恵子(介護福祉士)
---------------------	--

(2) 利用者及びその家族から苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容や利用者の意向等の確認及び記録を行います。

(3) 苦情解決に当たっては、当該苦情の内容について事実調査のうえ、利用者及びその家族に対して、誠意をもって解決に努めます。

(4) 公的機関においても、次の機関に対して、苦情の申立てができます。

なお、市町村については、お住まいの市町村の窓口にお申立てください。

高知市役所介護保険課	所在地 高知市本町5-1-45 電話番号 088-823-9972 FAX番号 088-824-8390 対応時間 午前8時30分～午後5時15分
南国市役所長寿支援課	所在地 南国市大塚甲2301 電話番号 088-863-2111 FAX番号 088-863-1167 対応時間 午前8時30分～午後5時15分
高知県 国民健康保険団体連合会 (国保連)	所在地 高知市丸ノ内2-6-5 電話番号 088-820-8410・8411 FAX番号 088-820-8413 対応時間 午前9時～午後4時

9. 緊急時等の対応

現にサービスの提供を行っているときに利用者に病状等の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の適切な措置を講じます。

利用中の急な体調不良の場合は、原則としてご家族で受診するようにお願いいたします。

10. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する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、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行い、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録するとともに、適切な措置を講じます。
- (2) 利用者に対するサービスの提供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。
- (3) 利用者の責に帰すべき事由によって事業者が損害を被った場合、利用者及びその家族は、連帯して、事業者に対しその損害を賠償しなければなりません。

11. 非常災害対策

- (1) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を備えるとともに、消防法令に従い、消防計画を立て、非常災害時の関係機関への通報体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。
- (2) 防火管理者は、併設の三愛病院の防火管理者を当て、火元責任者は、事業所の職員から選任します。
- (3) 消火訓練、避難訓練その他必要な訓練を年間2回行います。
- (4) 波浪警報以外の警報が3つ以上出る場合等、営業に危険があると判断される場合、営業の休止や、送迎時間の変更等を行い安全を確保します。

12. 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、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ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行います。
- (2) 事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。

13. 秘密保持

- (1) 職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- (2) 職員が、職員でなくなった後においても同様に、秘密を保持します。

14. 法人の概要

名称	社会医療法人 仁生会
代表者職氏名	理事長 細木秀美
所在地	高知市越前町1-10-17
電話番号	088-820-4100
事業の概要	細木病院、三愛病院、介護医療院さんあい、老人保健施設あうん高知、日高クリニックの運営等

15. 第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機構による評価を実施しておりません。

利用同意書

1. 社会医療法人仁生会老人保健施設あうん高知(以下「事業者」という。)が提供する指定通所リハビリテーションの利用を申込みます。
2. サービスの利用の開始に際し、重要事項説明書を受領し、その内容に関して事業者から説明を受け、十分に理解のうえ同意します。
3. 利用期間は、令和 年 月 日から利用者の要介護認定の有効期間満了日迄とします。ただし双方の異議がないときは、この利用期間は同一の内容で自動更新されるものとします。
4. 次のいずれかの事由に該当した場合は、サービスの提供を終了します。
 - (1) 上記の利用期間が満了したとき。
 - (2) 利用者の要介護認定区分が自立又は要支援1・2と認定されたとき。
 - (3) 利用者が死亡したとき。
 - (4) 利用料金の支払いを2か月以上滞納し、支払いの催告後10日以内に支払いがない場合。
 - (5) 利用者からサービスの利用の終了の申出があったとき。
 - (6) 利用者の著しい不信行為又は介護保険制度の趣旨に反する希望により、サービスの提供を継続することが困難になったとき。
 - (7) 職員に対する本人及び御家族等からのハラスメントがあり、サービス提供に支障が出る場合

5. 個人情報の利用

利用者へのサービス提供その他の場合に必要な利用者及び利用者の家族の個人情報の利用については、以下に記載するところにより同意します。

(1) 利用目的

① 事業者の内部での利用

- ア. 事業者が利用者等に提供するサービス
- イ. 介護保険事務
- ウ. 利用者に係る事業者の管理運営業務のうち
 - ・利用開始又は休止、終了等の管理
 - ・会計、経理
 - ・事故等の報告
 - ・サービスの向上
 - ・サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
 - ・学生の実習への協力
 - ・症例研究

② 他の事業者等への情報提供に係る利用

- ア. 事業者が利用者等に提供するサービスのうち
 - ・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
 - ・他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携共同してサービスを提供する場合
 - ・サービスの提供に当たり、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
 - ・外部監査機関への情報提供
- イ. 介護保険事務のうち
 - ・審査支払機関への請求書等の提出
 - ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ウ. 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- エ. 大規模災害等発生時、生命を守る為に必要と判断した場合

(2) 条件

- ① 個人データの提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 利用者は、利用目的の中で同意しがたいものがある場合には、その事項について、あらかじめ利用者の明確な同意を得よう事業者を求めることができること。
- ③ 利用者が、②の意思表示を行わない場合は、利用目的について利用者の同意を得られたものとする。
- ④ 同意及び留保は、その後、利用者からの申出により、いつでも変更することが可能であること。

(3) 開示

- ① 事業者は、利用者から、所定の様式による申出により、当該利用者が識別される保有個人データの開示を求められたときは、利用者に対し、遅滞なく、当該保有個人データを開示すること。
- ② 当該保有個人データの開示を求め得る者は、原則として利用者本人とするが、次に掲げる場合には、利用者本人以外の者が利用者にとって開示を求めることができるものとする。

- ・利用者の法定代理人又は開示等の求めをすることにつき、利用者が委任した代理人
 - ・利用者の判断能力に疑義がある場合、現実に利用者の世話をしている家族
- ③利用者が死亡した場合、当該保有個人データの開示を求め得る者の範囲は、利用者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者(これらの者に法定代理人がいる場合の法定代理人を含む。)とすること。なお、個人情報の提供に当たっては、利用者本人の生前の意思、名誉等を十分に尊重すること。
- ④事業者は、利用者又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがあるなどの場合には、当該保有個人データの全部又は一部を開示しないことができること。
- ⑤利用者は、開示に際しては、実費を支払うこと。
- (4) 開示に関する問い合わせや申請等については、併設の三愛病院の診療情報管理室(088-845-5291)が窓口となって受け付けます。
- (5) この他厚生労働省による「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」及び「診療情報の提供等に関する指針」に基づいて、個人情報を適切に取扱います。

同意を証するため、本書2通を作成し、利用者は署名、事業者は記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

利用者	住 所	
	電話番号	
	氏 名	
	(代筆者)	(続柄)

利用者の家族	住 所	
	電話番号	
	氏 名	
	利用者との続柄	

<事業者>	所在地	高知市一宮西町1丁目7番25号
	電話番号	088-846-1515
	名 称	老人保健施設あうん高知
	代表者	社会医療法人 仁生会 理事長 細木 秀美 印
	説明者	印