

重 要 事 項 説 明 書

(通所リハビリテーションはるさか 利用のご案内)

1. 施設の概要

(1) 事業者・事業所の名称等

①事業者

- ・法人名 医療法人 松福会
- ・法人所在地 福井県坂井市春江町中筋第 100 号 75 番地
- ・電話番号 0776-58-0182 ・ F A X 番号 0776-58-0199
- ・理事長名 佐藤 嘉紀
- ・設立年月日 西暦 2 0 0 9 年 4 月 1 6 日

②事業所

- ・事業所名 通所リハビリテーション はるさか
- ・介護保険指定番号 (1 8 7 1 7 0 0 9 7 5 号)
- ・事業所所在地 福井県坂井市春江町中筋第 100 号 77 番地
- ・電話番号 0776-58-0182 ・ 携帯番号 090-4143-0182
- ・管理者名 佐藤 嘉紀 (医師)
- ・開設年月日 西暦 2 0 1 3 年 4 月 1 日

(2) 事業の目的と運営方針

【目的】 通所リハビリテーションは要介護状態の利用者に対し、介護予防通所リハビリテーションは要支援状態の利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーション計画（以下、「通所リハビリテーション計画」という。）を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。

【方針】 1.事業所は、利用者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ケアが継続してできるように支援する。

2.事業の実施にあたっては、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) 施設の従業者の体制

管理者	1 名（兼務）	医師	1 名（兼務）
看護職員	1 名以上	介護職員	5 名以上
理学療法士、作業療法士			2.5 名以上

(4) 営業日および利用定員

- ・営業日 月曜日から土曜日（ただし 12 月 31 日～1 月 3 日は除く）
- ・営業時間 午前 8 時半から午後 5 時まで
- ・利用定員 1 日 3 5 名

2. 通所リハビリテーションの概要

(1) 通所リハビリテーションの計画の作成

利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画に基づき、運動機能検査、作業能力検査等を基に、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じ具体的なサービス内容を定めた通所リハビリテーション計画を作成します。この通所リハビリテーション計画書の内容について利用者または家族等に対して説明し、利用者の同意を得ると共に、利用者に交付します。

(2) 日常生活上の世話

食事の提供および介助、入浴の提供および介助、排泄介助、更衣介助、移動・移乗介助、服薬介助等を行います。

(3) リハビリテーション、レクリエーション等

①日常生活動作訓練

利用者の能力に応じて、食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。

②器具等を使用した訓練

利用者の能力に応じて、理学療法士等が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。

③レクリエーション

利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。また、季節により外出等や、おやつ作りなども行います。

(4) 送迎

事業者が所有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭い等の事情により自動車による送迎が困難な場合は、車いすまたは歩行介助により送迎を行うことがあります。

(5) 健康管理

医師により、利用者の健康管理に努めます。また、緊急時等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。

(6) 相談および援助

事業所は、利用者およびその家族から、いかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。

3. 利用料金（1割負担の場合）

(1) 介護予防サービス費

要支援 1	2,268 単位／月	要支援 2	4,228 単位／月
サービス提供体制強化加算 I		要支援 1	88 単位／月
		要支援 2	176 単位／月
長期利用減算（12ヵ月以上）		要支援 1	120 単位／月
		要支援 2	240 単位／月
科学的介護推進体制加算	40 単位／月		
介護職員等処遇改善加算（I）	8.6%に相当する単位数を加算		

(2) 介護サービス費（1回の利用あたり）

	1－2 時間	2－3 時間	3－4 時間	4－5 時間	5－6 時間	6－7 時間	7－8 時間
要介護1	3 6 9	3 8 3	4 8 6	5 5 3	6 2 2	7 1 5	7 6 2
要介護2	3 9 8	4 3 9	5 6 5	6 4 2	7 3 8	8 5 0	9 0 3
要介護3	4 2 9	4 9 8	6 4 3	7 3 0	8 5 2	9 8 1	1 0 4 6
要介護4	4 5 8	5 5 5	7 4 3	8 4 4	9 8 7	1 1 3 7	1 2 1 5
要介護5	4 9 1	6 1 2	8 4 2	9 5 7	1 1 2 0	1 2 9 0	1 3 7 9

(3) 個別サービス費

リハビリテーション提供体制加算				
3－4時間	4－5時間	5－6時間	6－7時間	7－8時間
1 2 単位／回	1 6 単位／回	2 0 単位／回	2 4 単位／回	2 8 単位／回
通所リハビリ入浴介助加算（I）			4 0 単位／回	
通所リハマネジメント加算（ロ）（6ヶ月以内）			5 9 3 単位／月	
通所リハマネジメント加算（ロ）（6ヶ月超）			2 7 3 単位／月	
退院時共同指導加算			6 0 0 単位／回	
サービス提供体制強化加算 I			2 2 単位／回	
科学的介護推進体制加算			4 0 単位／月	
通所リハ短期集中個別リハ加算			1 1 0 単位／日	
通所リハ送迎減算			△ 4 7 単位／片道	
介護職員等処遇改善加算（I）			8.6％に相当する単位数を加算	

※介護（予防）サービスを受ける時に支払う金額は、介護（予防）サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です。

(4) 介護保険サービス外

- ①昼食代（おやつを含む） 7 2 0 円／食
- ②おむつ代
- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| パンツ | 1 5 0 円／枚 | テープ M サイズ | 1 0 0 円／枚 |
| パッド S サイズ | 1 5 0 円／枚 | パッド L サイズ | 2 0 0 円／枚 |
- ③個人用の日用品費
- | | | | |
|---------|-------------|-----------|-----------|
| 保湿クリーム | 1,0 0 0 円／本 | ティッシュペーパー | 1 0 0 円／箱 |
| マスク | 1 0 円／枚 | 希望による電話代 | 1 0 円／分 |
| メッシュケース | 1 1 0 円／個 | | |
- ④趣味・クラブ等活動材料費 実費 ⑤散髪代 1,5 0 0 円／回
- ⑥キャンセル料 7 2 0 円／回

※当日 8 時半以降の利用中止の連絡は、食事相当を負担して頂きます。

(5) 支払方法

原則、銀行口座引き落としとさせていただきます。

- ご利用代金の締め日 毎月末日

- 請求書発行 翌月 15 日までに請求書を郵送します。
- 引き落とし日 毎月 25 日引き落とし（日・祝日の場合は翌営業日）

4. 実施地域

坂井市、福井市、あわら市

5. 利用の際に留意および禁止いただく事項

- (1) 主治医からの指示事項等がある場合は申し出てください。
- (2) 気分が悪くなったときは速やかに申し出てください。
- (3) 貴重品については、自己の責任のもと管理していただきます。
- (4) 事業所の設備および備品について、本来の用途に反する方法により使用したり、事業所外に持ち出したりしないでください。
- (5) 許可なく危険物を持ち込まないでください。
- (6) ペットを持ち込まないでください。
- (7) 指定した場所以外での火気（タバコ等を含む）を使用しないでください。
- (8) 事業所内で宗教活動、政治活動または営利活動行為等を行わないでください。
- (9) 他人に対し暴力または恐喝その他迷惑を及ぼす行為を行わないでください。
- (10) その他各法令および社会通念等に反する行為を行わないでください。
- (11) 利用者の責めに帰すべき事由によって事業者が被害を被った場合には、利用者および契約者に連帯してその損害の賠償を請求します。

6. 非常災害対策

- (1) 防火設備 自動火災報知器、防火扉、誘導灯、非常通報設備、スプリンクラー、非常避難器具、カーテン布団等は防火性能のあるものを使用しています。
- (2) 避難訓練 年 2 回

7. 個人情報の保護について

- (1) 事業所は、業務上知り得た利用者およびその家族の個人情報については、個人情報の保護に関する法律その他の関係法令等を遵守し、適正に取り扱います。
- (2) 事業所は、その業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を保持するため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。
- (3) 事業所は、他の介護保険サービス事業所等に対して、利用者およびその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ利用者およびその家族の同意を得るものとします。

8. サービス内容に関する相談・苦情

苦情受付担当者 主 任 鰐淵 麻美 TEL 0776-58-0182
受 付 時 間 毎週月～金曜日 9:00～17:00

9. 行政機関その他苦情受付機関

坂井市役所高齢福祉課	電話番号 0776-50-3040
坂井地区広域連合 介護保険課	電話番号 0776-91-3309
坂井市春江地域包括支援センター	電話番号 0776-43-0227
福井市役所介護保険課	電話番号 0776-20-5715
福井県国民健康保険団体連合会	電話番号 0776-57-1614

10. 緊急時・事故等に関する対応

利用者の病状に急変がおきた場合や事故等が発生した場合、必要に応じて応急の手当てを行います。別紙の高齢者リスクについての説明および同意書に記載の緊急連絡先に連絡するとともに、主治医に連絡し適切な処置を行います。ただし、緊急時においては、併設の医院にて受診し、事後報告になる場合があります。

11. 身体拘束について

事業所および従業者は、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。なお、緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、利用者やその家族に拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等について説明し、文書による同意を得ることとします。また、定期的に身体拘束廃止に向けてカンファレンスを実施します。

12. 虐待防止について

利用者の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するため、次の措置を講ずるよう努めます。

- (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等に周知徹底を図る
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待の防止を普及・啓発するための従業者に対する研修の実施
- (4) 虐待防止に関する担当者の設置

従業者は、事業所従業者または擁護者による、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町に通報します。

13. 事業継続計画の策定等について

- (1) 感染症または非常災害の発生時において利用者に対し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の、およ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、当該事業継続計画に従い必要な措置を講ずるものとします。
- (2) 従業者等に対し、事業継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施するものとします。
- (3) 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うものとします。

14. ハラスメントについて

- (1) 事業所は、適切な通所リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ、相当な範囲を超えたものにより従業者等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講ずるものとします。
- (2) 利用者、契約者、またはそのご家族等が、当事業所やサービス従業者、あるいは他の利用者、その他の関係者に対して故意にハラスメントや暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合はサービスのご利用を一時中止および利用停止させていただく場合があります。

15. 送迎について

ご自宅に何う送迎時間の目安は迎え 時 分、送り 時 分となります。ただし、当日の利用者数、ルートにより 15 分前後変動がありますのでご了承ください。また、安全のため、必ず自宅内でお待ちください。

16. 持ち物について

ご利用時、以下の物をご持参ください。

- (1) 内服薬（当日分のみ）
- (2) 口腔ケア用品（歯ブラシ等）
- (3) 着替え、着替えを入れる袋（入浴希望者のみ）
- (4) オムツ、パッド等

持ち物すべてに、黒マジックで名前を記入してください。

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業者 所在地：〒919-0449 福井県坂井市春江町中筋第 100 号 77 番地
事業所名：医療法人松福会 通所リハビリテーション はるさか
代表者名：理事長 佐藤嘉紀

説明者氏名：

私は、契約書および本書面により、事業者から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受けました。

西暦 年 月 日

利用者 氏 名 _____

契約者 氏 名 _____

(続柄：)

個人情報の使用に係る同意書

私、および私の家族は医療法人 松福会に個人情報を必要最低限の範囲内で使用、提供することを下記に記載する内容で同意します。

記

1. 使用する目的

- ・利用者にかかわる介護計画（ケアプラン）を、円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議等が必要となる場合
- ・介護支援専門員と居宅サービス事業者との連絡調整が必要となる場合
- ・利用者に介護サービスを提供している他の介護サービス事業者と連携する場合
- ・利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡の場合
- ・介護保険事務に関する情報提供の場合
- ・その他サービス提供で必要な場合
- ・事業所におけるボランティア受け入れ・学生への実習の場合
- ・上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合

2. 利用期間

サービス提供契約期間に準じます

3. 使用条件

- ・個人情報の提供は、必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には利用しません。また、契約期間外においても第三者に漏らしません。
- ・個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示します。

以上

西暦 年 月 日

利 用 者 氏 名 _____

契 約 者 氏 名 _____

（続柄： ）