

重要事項説明書

指定通所リハビリテーション
指定介護予防通所リハビリテーション

ふれあい介護医療院

重要事項説明書

《指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション》

当事業者が提供する指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーションの施設サービスの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

| | |
|------------|-----------------|
| 事業者の名称 | 医療法人社団睦会 |
| 主たる事務所の所在地 | 岐阜県羽島郡笠松町円城寺971 |
| 電話番号 | 058-388-3300 |
| 法人の種別及び名称 | 医療法人 |
| 代表者職 | 理事長 |
| 代表者氏名 | 服部 夏樹 |

| | |
|-----------|---------------------------------|
| 事業所の名称 | ふれあい介護医療院 |
| 事業所の所在地 | 岐阜県羽島郡笠松町円城寺933 |
| 介護保険事業者番号 | 21B0600024 |
| 指定年月日 | 2023年3月1日 |
| 管理者の氏名 | 林 周平 |
| 交通の便 | 名鉄笠松駅より町民バスで12分中野郵便局前下車、徒歩5分 |
| 電話番号・FAX | TEL058-387-7350 FAX058-387-7350 |

2 事業所の職員の概要

(1) 管理者 1名（常勤兼務、医師と兼務）

管理者は、施設の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。

(2) 従業者

医師 常勤1名（管理者と兼務）・非常勤1名

医師は、通所リハビリテーション計画及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等」という。）に従事者と共同して策定するとともに、サービスの実施に関する従事者への指示を行う。

従事する従業者

| | |
|----------|---------------|
| 理学・作業療法士 | 2名（常勤1・非常勤1） |
| 看護師・准看護師 | 2名（常勤1・兼務1） |
| 介護職員 | 6名（常勤4・非常勤2名） |
| 管理栄養士 | 1名（常勤1） |

3 施設の概要

- (1) 通所定員 44名
- (2) 浴室 一般浴槽3
- (3) その他 機能訓練室(リハビリテーション、レクリエーション)、食堂、談話室、診察室

4 指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーションの運営方針

指定通所リハビリテーションにおいては、要介護状態の利用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生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法・作業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るものとする。

指定介護予防通所リハビリテーションの提供においては、要支援状態の利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法・作業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、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努め、利用者の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の予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行うものとする。また、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、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、総合的なサービス提供に努めるものとする。

5 通常の事業実施区域

羽島郡2町、岐阜市（長良川以南）、各務原市、羽島市、一宮市（北方町及び旧木曾川町）の区域

6 利用料金

- (1) 当施設の指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーションの施設サービスの提供（介護保険適用部分）に際し、あなたが負担する利用料金は、原則として基本料金の1割又は2割又は3割です。

なお、基本料金は、所定の単位に10円を乗じて得た額となります。

(2) 基本料金

介護保険制度では、要介護認定による要介護、要支援状態の程度により利用料が異なります。

① 介護予防通所リハビリテーション利用料

- ・要支援1 2, 268単位（1月につき）
- ・要支援2 4, 228単位（1月につき）

サービス提供体制加算

- ・要支援1 86単位（1月につき）
- ・要支援2 176単位（1月につき）

・科学的介護推進体制加算

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、サービスの提供にあたって提出した情報を適切かつ有効に活用した場合、1月につき40単位加算されます。

・退院時共同指導加算（600単位/回）

医療機関の退院前に当事業所の医師又は理学療法士、作業療法士等がカンファレンスに参加し共同指導を行った場合、退院時1回を限度に加算されます。

・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）としてサービスの総合計の8.6%が加算されます。

・若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえたサービス提供を行った場合1月につき240単位が加算されます。

- ※ 但し、利用者が「介護予防特定施設入居者生活介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」「介護予防認知症対応型共同生活介護」を受けている間は、介護予防通所リハビリテーションは受けられません。
- ※ また、他の指定介護予防通所リハビリテーション事業所にて介護予防通所リハビリテーションを受けている場合は、同一月内は当施設での介護予防通所リハビリテーションを受けることはできません。

② 通所リハビリテーション利用料

通所リハビリテーションでは、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担分です。また、当施設ではサービス提供体制加算122単位と中重度者ケア加算20単位/日が含まれています。

[3時間以上4時間未満]

| | |
|-------|-------|
| ・要介護1 | 528単位 |
| ・要介護2 | 607単位 |
| ・要介護3 | 685単位 |
| ・要介護4 | 785単位 |
| ・要介護5 | 884単位 |

[4時間以上5時間未満]

| | |
|-------|-------|
| ・要介護1 | 595単位 |
| ・要介護2 | 684単位 |
| ・要介護3 | 772単位 |
| ・要介護4 | 886単位 |
| ・要介護5 | 999単位 |

[5時間以上6時間未満]

| | |
|-------|---------|
| ・要介護1 | 664単位 |
| ・要介護2 | 780単位 |
| ・要介護3 | 894単位 |
| ・要介護4 | 1,029単位 |
| ・要介護5 | 1,162単位 |

[6時間以上7時間未満]

| | |
|-------|---------|
| ・要介護1 | 757単位 |
| ・要介護2 | 892単位 |
| ・要介護3 | 1,023単位 |
| ・要介護4 | 1,179単位 |
| ・要介護5 | 1,332単位 |

・リハビリテーション提供体制加算

| | |
|--------|------|
| ・3～4時間 | 12単位 |
| ・4～5時間 | 16単位 |
| ・5～6時間 | 20単位 |
| ・6～7時間 | 24単位 |

が加算されます。

・リハビリテーションマネジメント加算

| | |
|--------------|----------|
| 開始日から6月以内の場合 | 月1回593単位 |
| 開始月から6月月超の場合 | 月1回273単位 |

- ① 当事業所の医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行い記録します。
- ② 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直します。

- ③ リハビリテーション会議を開催し利用者の状況等を構成員と共有し会議内容を記録します。
- ④ 当施設の理学療法士、作業療法士が介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。
- ⑤ 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、当施設の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士が、当該計画に従い通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行います。
- ⑥ 利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたって、提出した情報を適切かつ有効に活用します。

- ・ 短期集中個別リハビリテーション加算

退院・退所後又は認定日から起算して、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、利用者、身元引受人（ご家族）の同意を得て、3月以内期間に個別リハビリテーションを集中的に実施した場合は1日に110単位が加算されます。

- ・ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）

認知症かつリハビリテーションにより生活機能の改善が見込まれると判断された認知症患者に対して、医師又は理学療法士等が退院、退所又は通所開始日から3か月以内の期間に個別リハビリテーションを行った場合は、週2回を限度とし1日に240単位が加算されます。

- ・ 若年性認知症患者受入加算

若年性認知症患者を受け入れ、受け入れた若年性認知症患者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合、1日につき60単位が加算されます。

- ・ 入浴加算（I）

通所リハビリテーション等計画上、入浴介助を行なうこととなっている場合は、40単位が加算されます。

※通所リハビリテーション等利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。

- ・ 退院時共同指導加算（600単位/回）

医療機関の退院前に当事業所の医師又は理学療法士、作業療法士等がカンファレンスに参加し共同指導を行った場合、退院時1回を限度に加算されます。

- ・ 重度療養管理（125単位/日）

要介護4・5の方でストーマの処置を実施している状態、常時頻回に喀痰吸引を実施している状態、中心静脈注射を実施しており、かつ強心薬等の薬剤を投与している状態などの方に、計画的な医学的管理を継続して行い、療養上必要な処置を行った場合。

- ・ 科学的介護推進体制加算

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、サービスの提供にあたって提出した情報を適切かつ有効に活用した場合、1月につき40円加算されます。

- ・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）としてサービスの総合計の8.6%が加算されます。

※但し、利用者が「(介護予防)短期入所生活介護」「(介護予防)短期入所療養介護」「(介護予防)特定施設入所者生活介護」「(介護予防)小規模多機能型居宅介護」「(介護予防)認知症対応型共同生活介護」「地域密着型特定施設入居者生活介護」「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」もしくは複合型サービスを受けている間は、通所リハビリテーションは受けることはできません。

(2) その他の料金

- ① 食費（昼食） 690円
※原則とした食堂でおとりいただきます。なお、通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。
- ② オムツ代 実費
施設で用意するものをお使いいただく場合にお支払いいただきます。
- ③ 日用品費 実費
歯ブラシ、シャンプー等、利用者の希望により選定した日用生活品をご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ④ 入浴用品費 実費
剃刃の費用であり、入浴時施設で用意するものをお使いいただく場合にお支払いいただきます。
※上記①～④のその他の利用料の徴収が必要となった場合には、利用者又は身元引受人に説明を行ない、同意を得ることとします。

(3) お支払い方法

- ・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20日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。又、利用日毎にお支払いいただいても結構です。
- ・お支払い方法は、現金、銀行振込、口座振替の3方法があります。利用申込み時にお選び下さい。

7 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・協力医療機関
 - ・名称 愛生病院
 - ・住所 岐阜県羽島郡笠松町円城寺971
- ・協力歯科医療機関
 - ・名称 三輪歯科医院
 - ・住所 岐阜県羽島郡笠松町円城寺873

8 サービスの利用に当たっての留意事項

| | |
|---------------------|---|
| 設備・器具の利用 | 事業所内の設備や器具は本来の用法に従いご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。 |
| 喫煙 | 当事業所は敷地内禁煙となっております。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮願います。 |
| 財産の管理 (所持品及び現金等) | 所持品等は最小限必要な物とし、持ち込む際は施設担当者の許可を得てください。又、所持品等の破損・紛失及び現金の紛失には当法人は責任を負いかねますのでご注意ください。 |
| 宗教・政治活動 | 事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。 |

| | |
|-----|--------------------------|
| その他 | 事業所内へのペットの持ち込みはお断りいたします。 |
|-----|--------------------------|

9 非常災害対策

| | |
|-----------|---|
| 非常時の対応 | 消防署への非常通報・初期消火・避難誘導 |
| 近隣との協力関係 | 職員寮との連絡設備による連携応援体制 |
| 平常時の防災訓練等 | 年2回内1回は総合訓練 |
| 防災設備 | スプリンクラー、自動火災報知器、消火用散水栓、防火扉、防火加工されたカーテン、布団等消防法に定められたもの |
| 消防計画 | 消防署への届出 2023年3月1日 防火管理者 島塚 裕美子 |

10 緊急やむを得ない場合に身体拘束を行う際の手続

緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由について、利用者またはその家族等の了解に基づいて実施いたします。

11 虐待防止のための措置

当施設は虐待を未然に防止する為、従業者に対し研修等を開催します。

12 苦情を処理するために講ずる措置の概要

- ①苦情または相談等に対しては、利用者及びその家族等のプライバシーの保護に十分に配慮するとともに誠意をもって対応します。
- ②苦情に関する相談があった場合は、担当者は迅速に問題の所在、起因する事項等の事実関係の把握を行い、速やかに対応の具体的方針を相談者に説明します。
- ③苦情または相談については、担当者が責任をもって対応しますが、利用者及びその家族等の納得が得られない場合は、市町村への報告・協議を行い、他の介護医療院等を紹介するとともに、利用者及びその家族等に同意を求め、サービスが継続的かつ効果的に提供されるよう必要な援助を行います。
- ④当介護医療院のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情等がございましたら、下記の相談窓口にお申し出下さい。

○当施設の相談・苦情受付窓口

担 当 島塚 裕美子
 電話番号 058-387-7350
 受付時間 平日 9:00~16:00
 土曜日 9:00~12:00

○公的機関の相談・苦情受付窓口

| | | |
|-------------------|------|---------------------------------------|
| ②各市町村介護保険 相談窓口 | 笠松町 | 058-388-1111 (健康介護課) 平日 8:30~17:15 |
| | 岐南町 | 058-247-1331 (健康推進課) 平日 8:30~17:15 |
| | 岐阜市 | 058-265-4141 (介護保険課) 平日 8:45~17:30 |
| | 羽島市 | 058-392-1111 (高齢福祉課) 平日 8:30~17:15 |
| | 各務原市 | 058-383-1111 (介護保険課) 平日 8:30~17:15 |
| | 一宮市 | 0586-28-8100 (介護保険課) 平日 8:30~17:15 |

③岐阜県国民健康保険団体連合会

058-275-9826 (介護・障害課)

平日 9:00~17:00

13 個人情報の取り扱い

当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者または保護者若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙のとおり定め、適切に取り扱います。また、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします

①サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等

②居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者等との連携

③利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知

④利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等

⑤生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

14 事故発生時の対応

①利用者に対する指定介護医療院介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護の提供により事故が発生した場合、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

②利用者に対する指定介護医療院介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合、速やかに損害賠償を行います。

年 月 日

(事業者)

指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション施設サービスの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 岐阜県羽島郡笠松町円城寺933

名称 ふれあい介護医療院

説明者 印

(利用者)

この説明書により、指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション施設サービスに関する重要事項の説明を受け同意しました。尚、誓約書及び契約書にある連帯保証人には、私または身元引受人より説明内容を伝え、同意を得ます。

住所

氏名 印

(身元引受人兼連帯保証人)

住所

氏名 印 続柄 〈 〉

極度額 10万円

施設事業所 保管用