

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

医療法人十全会
介護老人保健施設レイクビューさめうら

1. 事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設レイクビューさめうら
所在地	高知県土佐郡土佐町田井1372番地
事業者指定番号	第 3952380016号
管理者及び連絡先 連絡先	古賀真紀子 電話番号 0887-82-0117 FAX 0887-82-2898
サービス提供地域	土佐町 本山町 ※その他地域の方は、ご相談ください。
利用定員	46 名

2. 事業所の運営方針

- (1) (介護予防)通所リハビリテーションについては、要介護者及び要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。
- (2) (介護予防)通所リハビリテーション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の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者(ご家族)の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。
- (3) 当事業所では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- (4) 当事業所では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- (5) 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、等事業所が得た利用者の個人情報については、等事業所での通所サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとします。

3. 営業日時及びサービス提供日時

営業日 サービス提供日	月曜日～土曜日までの6日間を営業日とします。(祝・祭日含む) ただし、12月31日～1月3日まではこの通りではありません。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分から午後3時30分

4. 事業所の職員体制

職 種	人員数	職務内容
施設長	1名(常勤兼務)	施設の業務全般を統括する。
医師	入所の医師が兼務	施設利用者の健康管理及び適切な医療措置を講ずる。
看護師(准看護師)	1名(常勤専従)	施設利用者の保健衛生並びに看護業務を行う。
介護職員	5名以上(常勤専従)	施設利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
理学療法士 又は作業療法士	1名以上(常勤兼務)	施設利用者等の理学療法業務・作業療法業務を行う。
事務員	若干名(常勤兼務)	施設長の命を受け、事務の処理を行う。

5. サービスの内容及び利用料金

(1) サービスの内容

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
(介護予防)通所リハビリテーション計画の作成		利用者に係る居宅介護支援事業者または介護予防支援事業者が作成した居宅サービス計画または介護予防サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた(介護予防)通所リハビリテーション計画を作成します。
利用者居宅への送迎		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ないます。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車椅子又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の支援	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのソフト菜食等の提供を行ないます。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪などを行ないます。
	排泄介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車椅子等へ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
リハビリテーション	日常生活動作を通じた訓練	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。
	レクリエーションを通じた訓練	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。

	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、作業療法士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師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。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

(2)通所リハビリテーションのサービス基本利用料金

(1日当たりの自己負担分)

	サ　ー　ビ　ス　提　供　時　間						
要介護度	1 時間から 2 時間未満	2時間から 3時間未満	3時間から 4時間未満	4 時間から 5時間未満	5時間から 6時間未満	6時間から 7時間未満	7時間から 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	1046 円
要介護4	458 円	555 円	743 円	844 円	987 円	1137 円	1215 円
要介護5	491 円	612 円	842 円	957 円	1120 円	1290 円	1379 円
高齢者虐待防止未実施減算						-1/100	月
業務継続計画未策定減算						-1/100	月
通常の事業の実施地域を超えた地域の利用者に行った場合(加算)						5%	1 回
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	1回	
				4 時間以上 5 時間未満	16		
				5 時間以上 6 時間未満	20		
				6 時間以上 7 時間未満	24		
				7 時間以上	28		
入浴介助加算		入浴介助加算(Ⅰ)				40	1 回
科学的介護推進体制加算(1 月につき)						40	1 月
事業所と同一建物に居住する者若しくは同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合又は事業所が送迎を行っていない場合(算定要件の見直し)						-94	1 日
事業所が送迎を行わない場合(片道につき)						-47	1 日
退院時共同指導加算(1回につき)						600	1回
サービス提供体制強化加算		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)				22	1日につき
介護職員等処遇改善加算		介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)			所定単位×83/1000		1月につき

(3) 介護予防通所リハビリテーションのサービス基本料金

介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	2268	1月
	要支援2	4228	1月
高齢者虐待防止未実施減算		-1/100	月
業務継続計画未策定減算		-1/100	月
退院時共同指導加算		600	1回
科学的介護推進体制加算(1月につき)		40	月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ⇒(Ⅰ)	要支援1	88	月
	要支援2	176	月
介護職員等処遇改善加算	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位×83/1000		月

(4) 介護保険給付対象外のサービス

介護保険給付対象外のサービスに係る利用料金については下記料金でいただきます。		
食費	昼食	500 円
	おやつ	100 円
通常の単位時間を超え延長利用をする場合		30 分またはその端数を超えるごとに 200 円
オムツ代		実費

(5) 利用料金の支払い方法

毎月 10 日頃までに、前月分の請求書を発行予定です。その月の末日までにお支払いをお願い致します。

○お支払い方法は、現金払いか振込の2方法からお選び頂けます。

現金払い：6階事務室窓口

振り込み：振込先

・四国銀行 本山支店 普通 口座番号0102431

医療法人十全会 老人保健施設レイクビューさめうら 理事長 古賀真紀子

・高知銀行 嶺北支店 普通 口座番号0197676

医療法人十全会 老人保健施設レイクビューさめうら 理事長 古賀真紀子

・郵便局 記号16450 番号13097551 イ)ジュウゼンカイ

○保険料の滞納等により、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金(10割)を頂き、サービス提供証明書を後日市町村の窓口に提出しますと、全額払戻しを受けることができます。

6. 非常災害時の対策

別途定める「医療法人十全会防災マニュアル」に沿って対応を行います。

防災設備	・自動火災報知器 ・スプリンクラー ・非常通報装置 ・誘導灯 ・屋内消火栓 ・消火器 ・防火扉 ・非常用電源
防災訓練	年 2 回
防火管理者	西岡昌治

7. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の病状に応じて速やかに受診相談・対応をお願いしています。

協力医療機関	・名称 医療法人十全会 早明浦病院 ・住所 高知県土佐郡土佐町田井 1372 番地
協力歯科医療機関	・名称 医療法人十全会 早明浦病院 ・住所 高知県土佐郡土佐町田井 1372 番地

8. 事故発生の防止及び発生時の対応

- (1) 通所サービスの提供中に利用者の体調急変等が生じた場合は、速やかに協力医療機関と連絡を図り、必要な措置を講じます。
- (2) 通所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、不可抗力による場合を除き、速やかに損害賠償を行うものとします。
- (3) 事故が生じた際には、事故の状況及び事故に際して行なった処置を記録すると共に、その原因を解明し、再発防止のための対策を講ずるものとします。
- (4) また、事故防止の改善策を委員会や研修等で職員に周知徹底を図ることとします。

9. 身体拘束等

当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れや緊急やむを得ない場合には、施設長が判断し身体拘束その他利用者の行動制限を行う場合があります。

この場合には、医師がその様態及び時間、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をカルテに記載することとします。

10. 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、下記の窓口で対応いたします。

相談窓口	通所リハビリ主任	濱口真幸
	電 話 番 号	0887-82-0117(内線266)
	携 帯 番 号	080-5661-8202(直通)
	対 応 時 間	8:30～17:30(月曜日～土曜日) 但し、日曜日及び年末年始は除く

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

(但し、祝祭日及び年末年始を除く)

【市町村介護保険相談窓口】

土佐町	所在地	土佐町土居 206
	電話番号	(0887)82-2333
	FAX 番号	(0887)70-1312
	対応時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 但し、祝祭日及び年末年始を除く
本山町	所在地	本山町本山 620
	電話番号	(0887)70-1060
	FAX 番号	(0887)70-1038
	対応時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 但し、祝祭日及び年末年始を除く
大豊町	所在地	大豊町津家 1626
	電話番号	(0887)72-0450
	FAX 番号	(0887)72-0474
	対応時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 但し、祝祭日及び年末年始を除く
大川村	所在地	大川村小松 27-1
	電話番号	(0887)84-2211
	FAX 番号	(0887)84-2328
	対応時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 但し、祝祭日及び年末年始を除く

【その他公的介護保険相談窓口】

高知県国民健康保険団体連 合会(国保連)	所在地	高知市丸の内 2-6-5
	電話番号	(088)820-8410・8411
	FAX 番号	(088)820-8413
	対応時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 但し、祝祭日及び年末年始を除く

11. 個人情報の利用目的

当事業所では、正当な理由なく、業務上知り得た利用者やその家族等に関する個人情報を第三者に漏らしません。ただし、下記の目的で個人情報を利用させていただくことがあります。

○当施設が利用者等に提供する介護サービス

- ・居宅介護支援事業所等との連携及び紹介への回答
- ・利用者の診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める
- ・家族等への心身の状況説明 等

○介護保険請求事務

- ・保険事務の委託
- ・審査支払機関へのレセプトの提出
- ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答 等
- ・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

○当事業者の管理運営業務

- ・会計、経理
- ・医療事故等の報告
- ・利用者の介護、医療サービスの向上

○その他

- ・医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・当事業所内において行われる事例研究、学生実習への協力
- ・外部監査機関への情報提供等

12. 事業所利用にあたっての留意事項

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。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。
禁 煙 ・ 禁 酒	当事業所敷地内、敷地に隣接する道路等での喫煙、飲酒ならびに事業所への煙草、酒類の持ち込みはご遠慮願います。
迷 惑 行 為 等	騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
宗教 ・ 政治活動	事業所内での勧誘・販売等の活動はご遠慮ください。
所持品の持ち込み	金銭や貴重品は原則持ち込まないでください。

	防災防犯上、ライター・マッチ・果物ナイフ・針・はさみ等の持ち込みは禁止です。
--	--

13. 法人の概要

法人種別・名称	医療法人 十全会
代表者氏名	理事長 古賀 真紀子
事務所の所在地	〒781-3521 高知県土佐郡土佐町田井 1372 番地
電話番号	0887-82-0456 (FAX 0887-82-0459)
業務の概要	医療施設の経営・介護保険事業・介護医療院
事業所数・名称	早明浦病院 早明浦病院 介護医療院 介護老人保健施設 レイクビューさめうら 嶺北総合介護サービス

重要事項同意書

私(または私の家族)が(介護予防)通所リハビリテーションを利用するにあたり、説明者より重要事項についての説明を受け、その内容を理解し同意すると共に、下記事項を厳守することを代理人と共に誓約いたします。

万一、違反したときは、利用解除を命じられても異議は申しません。

以上のとおり、同意を結ぶにあたり証明のため、本書 2 部を作成し、利用者または代理人と事業所の双方が記録の上、それぞれ 1 部を保有します。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	高知県土佐郡土佐町田井 1372 番地
	事業者名	医療法人 十全会
		介護老人保健施設 レイクビューさめうら
	代表者名	施設長 古賀真紀子
	事業者番号	第 3952380016号

説明者 氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて、事業者より重要事項について説明を受け同意しました。

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____
氏 名 _____ 続柄() 印

肖像権使用承諾書

等事業所のホームページ・パンフレット・事業所内研修・掲載物・広報誌などにおいて、ご利用者の映像、写真を使用させていただく場合がございます。写真等の使用に際してはプライバシーに十分に配慮いたします。ご同意いただけるか否か以下にご記入をお願い致します。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり肖像権使用承諾書を説明しました。

事業者名：医療法人十全会 介護老人保健施設 レイクビューさめうら
代表者名：施設長 古賀真紀子

説明者 _____ 印

利用者は、本書面に基づいて、事業者より肖像権使用承諾書について説明を受けました。

同意する ・ 同意しない

利用者 _____ 印

代理人 _____ 印

個人情報使用同意書

個人情報の使用項目

- 氏名、生年月日、住所、電話番号、顔写真、健康状態、病歴、個人の身体、財産、職種、肩がき、家族状況など利用者・家族個人に関する情報、介護請求・介護保険証等

個人情報使用の目的

- 事業所が介護保険法に関する法令に従い通所サービスを円滑、適正に実施するため（介護サービス提供）

事業所内使用

- ケアプラン作成時、ケアについて担当者等での情報交換
- 検温表、入浴一覧表、食札、リハビリ計画書、リハビリスケジュール表を作成
- 自席テーブル上に表札設置、持ち物、作品などの展示物に氏名を明記
- カルテ及び背表紙に氏名明記
- 介護サービスや業務の改善、向上のための基礎資料
- 実習生にカルテ開示・ケースカンファレンスを実施

第三者提供

- 訪問看護ステーション、介護サービス事業者、他の医療機関、診療所との連携
- 他の医療機関、居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所等からの照会への回答、検体検査等業務の委託
- 市町村への申請、事故発生時の報告等
- 情報システム運用・保守業務の委託
- 会計経理業務の委託
- 家族等への心身の状態説明
- 各種賠償保険に係わる保険会社等への相談又は届出等
- 審査支払機関へのレセプト提出及び照会への回答
- 外部監査機関への情報提供

その他

- その他特別に必要な場合は利用者又は代理人に口頭で同意を得る
- 状況によって本人の希望に応じて第三者の提供を停止する

令和 年 月 日

事業者は、サービス提供開始にあたり、上記のとおり個人情報使用同意書を説明しました。

事業者名：医療法人十全会 介護老人保健施設 レイクビューさめうら

代表者名：施設長 古賀真紀子

説明者 _____ 印

利用者は、本書面に基づいて、事業者より個人情報使用について説明を受け同意しました。

利用者 _____ 印

代理人 _____ 印