

通所リハビリテーション 重要事項説明書

指定通所リハビリテーション（以下「サービス」という。）の提供開始にあたり、厚生省令第37号に基づき当事業者が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

法人名	医療法人 社団 創健会
法人所在地	島根県松江市上乃木三丁目4番1号
代表者名	理事長 内藤 篤
連絡先	電話 0852-27-8111

2. 利用事業所の概要

名 称	介護医療院 宇賀の里つばさ
種 別	通所リハビリテーション
所在地	島根県松江市上乃木三丁目４番１号
管理者	施設長 舟塚 雅英
連絡先	電話 ０８５２－２９－０１６５
営業日	月曜日～金曜日
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１０時００分から午後 ４時１５分
利用定員	４０名 (介護予防通所リハビリテーションを含む)
休 日	土・日曜日、１２月３１日から１月３日
実施地域	松江市
事業者番号	３２Ｂ０１０００３０
第三者評価の実施状況	なし

3. 事業の目的及び運営の方針

(1) 目的

介護が必要な状態にある者（以下「利用者」という。）が可能な限り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、心身機能の維持回復を図ります。

(2) 運営の方針

事業所の従業者（以下「従業者」という。）は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し計画的に行います。

- 2 従業者は、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービスの提供を行います。利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行います。
- 3 サービスの提供にあたっては、関係市町村をはじめ居宅介護支援事業者及び地域の保健、医療、福祉サービス事業者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- 4 提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

4. 従業員の職種及び員数、勤務体制の確保、職務の内容

(1) 従業員の職種、員数

- ・管理者 1名以上 ・医師 1名以上

・理学療法士	1名以上	・作業療法士	1名以上
・言語聴覚士	1名以上	・看護職員	1名以上
・介護職員	2名以上	・管理栄養士	1名以上
・歯科衛生士	1名以上		

(2) 勤務体制の確保

理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員を利用者10名に対し1名以上確保します。

(3) 職務の内容

管理者は、事業所の管理運営を行います。

- 2 医師は、診療に基づく通所リハ計画の策定、実施指示及び利用者の健康管理を行います。
- 3 看護職員は、通所リハ計画の策定、計画に基づく看護の提供、評価及び利用者の健康管理に係る記録の整備を行います。
- 4 介護職員は、通所リハ計画の策定、計画に基づく日常生活上の介護の提供、評価及び利用者の生活援助に係る記録の整備を行います。
- 5 リハビリ職員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）は、通所リハ計画の策定、実施、評価を行います。
- 6 管理栄養士は、献立の作成、栄養管理及び栄養指導を行い、厨房衛生管理に関することを行います。
- 7 歯科衛生士は、利用者の口腔衛生管理を行います。

5. 営業日及び営業時間

上記「2. 利用事業所の概要」のとおりです。

6. サービスの利用定員

上記「2. 利用事業所の概要」のとおりです。

7. サービスの内容及び利用料その他の費用の額

(1) サービスの内容 6時間以上7時間未満のサービス

- ① 居宅と事業所間の送迎
- ② 食事（栄養アセスメント）
- ③ 入浴介助
- ④ 栄養改善
- ⑤ 口腔機能向上
- ⑥ リハビリテーションマネジメント
- ⑦ 個別リハビリテーション
- ⑧ 短期集中個別リハビリテーション
- ⑨ 生活行為向上リハビリテーション
- ⑩ 重度療養管理
- ⑪ 若年性認知症利用者受入

- 2 サービスは、医学的管理のもとで利用者に対する心身の機能改善を図るため、従業員が共同して作成した通所リハ計画に基づき、下記を目的とし、訓練等を行います。

(目的)

- ① ADLの低下防止
- ② QOLの維持・向上
- ③ 寝たきり防止

- ④ 社会性の維持・向上
- ⑤ 精神状態の改善
- ⑥ 認知症の進行予防
- ⑦ その他、状態の改善

(訓練等)

- ① 理学療法（運動療法・物理療法）
- ② 歩行訓練・基本的動作訓練
- ③ 日常生活に関する訓練
- ④ 自助具適用・使用訓練
- ⑤ 治療用ゲーム、手工芸用具を使用した作業療法
- ⑥ 言語聴覚療法
- ⑦ 記憶力訓練

(2) 利用料その他の費用の額

介護保険給付対象となる厚生労働大臣が定める介護報酬の告示上の額に対し、介護保険負担割合証に示された利用者負担の割合がサービス利用料となります。サービス利用料及び介護保険給付対象外サービスの料金については、別紙「利用者負担一覧表」のとおりです。

- 2 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただきます。
- 3 介護保険給付対象外サービスの料金については、あらかじめ利用者又はその家族に説明し、同意を得て提供します。ただし、利用者の都合により日用品をご提供せざるを得ない場合は、同意のない項目についても実費ご負担いただきます。
- 4 介護保険被保険者証の要介護認定申請中のサービス利用料は、認定後一括してお支払いいただきます。尚、認定結果により自己負担が発生した場合、その料金については実費ご負担いただきます。

(3) 請求方法

サービス利用料明細請求書等（以下、請求書という。）を翌月 15 日までに送付します。ただし、利用者が 10 日までに契約書第 10 条八号により契約を終了した場合は、終了月の請求書も併せて送付します。

(4) 支払方法

次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払方法	要件等
口座引落 (合銀、郵便局)	翌月 27 日（祝休日の場合は翌営業日）に引落します
銀行、J A での振り込み	翌月 27 日（祝休日の場合は翌営業日）までに指定の口座にお振込ください
郵便局での振り込み	翌月 27 日（祝休日の場合は翌営業日）までに指定の振込用紙にてお振込ください

- 2 サービス利用料明細領収書等は次月の請求書を送付する際に同封します。

8. 通常の事業の実施地域

上記「2. 利用事業所の概要」のとおりです。

9. サービス利用に当たっての留意事項

(1) 利用の中止

利用者がサービス利用の中止を希望する場合は、利用日の前日までに、緊急やむを得ない事由がある場合は当日 8 時 30 分までにご連絡ください。

(2) 荒天時のサービス

災害警報が発令され公共交通機関が運休した場合、又は利用者及び従業員の生命の安全が保たれないと当法人が判断した場合は、次のとおり送迎業務休止等の措置を講じます。なお、施設内の通常業務は実施し、家族送迎等でのサービス利用は可能です。

① サービス開始前に上記条件を満たした場合は、送迎業務を休止します。

② サービス提供中に上記条件を満たす恐れがあると判断した場合は、サービス提供時間を短縮し送迎を行うことがあります。

③ サービス提供中に上記条件が解除した場合は、通常の送迎業務を再開します。

(3) 禁止事項

安全にサービスの提供を行うため、貴重品や金銭及び食品類の持ち込みはご遠慮ください。

10. 非常災害対策

非常災害その他緊急の事態に備え、取るべき措置についてあらかじめ対策を立て、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

11. その他運営に関する重要事項

(1) 緊急時等の対応

従業員はサービス提供中に利用者の病状の急変、その他緊急事態等が発生したときは、速やかに主治の医師へ連絡し、指示に従い適切な処置を行います。

(2) 衛生管理等

施設及び設備の衛生管理に努め、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置を講じます。

2 従業員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

3 感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を作成します。また、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努めます。

(3) 秘密保持等

従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。なお、従業員でなくなった後においても同様とします。

2 サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報や、また緊急時・災害時において生命、身体保護のため利用者の安否情報を行政に提供することがあります。

(4) 苦情処理

利用者及びその家族は、事業所の提供するサービス等に対し苦情がある場合は、いつでも専用窓口申し立てることができます。

2 事業所の管理者は、サービス等に関する相談・要望又は苦情について常設の窓口を設け担当者を選任し、担当者は以下の手順に従い対応を行います。

相談・要望担当者 松江記念病院 地域連携課相談員

電話番号：0852-29-0166

苦情担当者 松江記念病院 管理者代行

電話番号：0852-27-8111

(対応手順)

- ① 担当者は、サービス等に関する相談・要望又は苦情内容について状況を調査します。
 - ② 担当者は報告書を作成し、部署管理者へ報告します。
 - ③ 部署管理者は、法人管理会議に報告し、改善を提案します。
 - ④ 法人管理会議において再発防止のための改善策を決定します。
 - ⑤ 法人管理会議による決定が困難な重要案件については、関係行政機関との協議を踏まえ役員会に諮ります。
 - ⑥ 改善内容等について担当者から申出者へ報告し、謝罪の必要な案件については申出者の理解をいただけるよう誠意をもって謝罪します。なお、謝罪を行う者については法人管理会議において決定します。意見箱による匿名の苦情については、改善内容を公表します。
- 3 事業所の管理者は、申し立てのあった苦情について速やかに事実関係を調査し、調査結果及び改善の必要性の有無、改善の方法等を利用者又はその家族へ報告します。
- 4 利用者及びその家族は、介護保険法に基づき市町村及び国民健康保険団体連合会等の苦情申し立て機関に対し、苦情を申し立てることができます。
- 松江市役所 介護保険課 電話番号：０８５２－５５－５６８９
国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口
- 電話番号：０８５２－２１－２８１１
- 5 利用者及びその家族は、前各項の苦情申し立てについて一切の不利益を被ることはありません。

(5) 事故発生時の対応

従業員は、以下のとおり事故の発生及び再発の防止に努め、発生の際は速やかに対処します。

- ① 多職種（医師、薬剤師、看護職員、介護職員、リハビリ職員、管理栄養士等）による医療安全管理対策委員会を月 1 回定期に開催し、事業所の指針に基づく事故の発生及び再発の防止に効果的な対策を講じます。
- ② サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに利用者家族へ連絡するとともに、法人内の事故調査委員会で事故原因の究明を行い、関係機関へ連絡し必要な措置を講じます。賠償すべき事由のものについては、速やかに損害賠償を行います。
- ③ 事故防止対策に関する研修を年 2 回以上継続的に実施し、従業者の専門性の向上に努めます。

(6) 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は利用者の人権の擁護、虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- ① 虐待を防止するため従業者に対する研修の実施
 - ② その他虐待防止のために必要な措置
- 2 事業所は当該事業所の従業者又は擁護者（日常的に世話をしている家族、親族、同居人など利用者を現に擁護する者）により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村へ通報します。
 - 3 他のサービス事業所や行政機関との連携を図ります。
 - 4 利用者又は家族の声を聴取し、身体的・精神的なサインを見逃さないように支援します。
 - 5 教育・協議の場を設けて継続的に取組みます。
- 担当者 身体行動制限廃止・虐待防止委員会委員

(7) ハラスメント対策に関する事項

事業者は適切なサービス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又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員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じます。

(8) 身体的拘束等の適正化に関する事項

事業所は、サービスの提供にあたり利用者又は他の利用者等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、身体拘束及びその他利用者の行動を制限する行為を行いません。

2 前項の身体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。

(9) 事業継続計画（BCP）の策定等に関する事項

事業所は事業継続計画（BCP）の策定等にあたって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続してサービスの提供を受けられるよう、事業継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

(請求書・領収書の送付先) ご希望の送付先にチェックをお願い致します。

☐利用者

☐利用者以外

住 所 :

氏 名 : (続柄)

電 話 番 号 :

携 帯 番 号 :

年 月 日

(事業者) サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明をしました。

所在地 島根県松江市上乃木三丁目4番1号

事業者 医療法人 社団 創健会

事業所 介護医療院 宇賀の里つばさ
指定通所リハビリテーション

代表者 理事長 内 藤 篤 印

説明者 印

本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、その内容に同意しました。
(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

(家族代表)

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

電話番号 _____

携帯電話番号 _____

勤務先 _____

勤務先電話番号 _____

(代理人) ※家族代表と同じ場合は記入不要

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

勤務先 _____

勤務先電話番号 _____