

尾田内科胃腸科

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

重要事項説明書

1、（事業の目的）

医療法人尾田内科胃腸科が開設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（以下「事業所」とする。）の適切な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態又は要支援状態と認定されたご利用者（以下「ご利用者」という。）に対し、適正な利用者の心身の機能の維持回復を図るために居宅サービスを提供することを目的とします。

2、（運営の方針）

1、指定通所リハビリテーション又は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供にあたっては、要介護状態又は要支援状態等の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来る様に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維持・回復を図ります。

2、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービス提供に努めるとともに、地域及び家族との結びつきを重視した運営を行うものとします。

3、（事業所の名称等）

事業を行う事業所の名称及び所在地は、次の通りとします。

- ① 名称 尾田内科胃腸科
- ② 所在地 〒899-5652
鹿児島県始良市平松4730
- ③ 電話 (病院) 0995-65-7511
(直通：営業時間内) 0995-64-5803

4、（職員の職種、員数及び職務内容）

事業所に勤務する職種、員数、及び職務の内容は次の通りとします。

- ① 管理者： 1名
- ・管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。又、職員と共同して計画を作成すると共に利用者の健康状態を把握します。
- ② (介護予防)通所リハビリテーション事業従事者。
- 医師： 1名以上
- 理学療法士 又は 作業療法士 : 1名以上
- 看護職員 及び 介護職員 : 2名以上
- 管理栄養士 : 1名
- ・従事者は、(介護予防)通所リハビリテーション事業の提供にあたります。
- ③ 事務職員 1名以上
- ・事業所の経理の事務等を行います。

5、（営業日及び営業時間）

① 営業日 : 月曜日から土曜日

（但し、風水害等の実施困難な日等を含め、事業所が運営に支障が生ずると判断した日を除きます。又、その際は、ご利用者（家族）並びに各居宅介護支援事業所に報告致します。）

② 営業時間 : 午前8時30分から午後5時30分。

③ サービス提供時間 : 午前9時30分から午後3時30分。

（原則としてケアプランに基づいた提供時間と致します。但し、気象状況の悪化等により道路環境が著しく悪い場合や利用者の心身状態等によりやむを得ず短くなる場合があります。）

④ サービス延長時間 : 午後3時30分から最長、午後7時30分。

6、（利用定員）

当該事業所における指定(介護予防)通所リハビリテーションの利用定員は、1単位25名以内。

7、（通常の事業の実施地域）

1、通常の事業の実施地域は、始良市、鹿児島市の区域とします。

2、送迎については、利用者の自宅と事業所間の送迎を原則としますが、運営上支障がなく利用者の居住実態のある場合に限り、当該場所への送迎を可能(送迎範囲は、事業所の送迎エリア内)とします。

8、（事業の内容及び利用料など）

1、指定(介護予防)通所リハビリテーションの内容は次の通りです。

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
<ul style="list-style-type: none"> ① 通常規模型通所リハビリテーション費 ② リハビリテーションマネジメント加算 （事業所の医師が利用者又は、その家族に説明、同意得た場合の加算） ③ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 ④ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）・（Ⅱ） ⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）、（Ⅱ） ⑥ 入浴介助加算（Ⅰ）・（Ⅱ） ⑦ リハビリテーション提供体制加算 ⑧ サービス提供体制強化加算（Ⅱ） ⑨ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） ⑩ 退院時共同指導加算 ⑪ 送迎を行わない場合は、片道／減算 	<ul style="list-style-type: none"> ① 指定介護予防通所リハビリテーション費 ② 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）、（Ⅱ） ③ サービス提供体制強化加算（Ⅱ） ④ 介護職員処遇等処遇改善加算（Ⅱ） ⑤ 退院時共同指導加算 ⑥ 利用開始から12カ月経過し（※）要件を満たさない場合は減算 （※）要件=事業所は3カ月に1回以上のリハビリ会議及び、見直した計画の内容等を厚生労働省に提出。）

2、サービスを提供した場合の利用料は、厚生大臣が定める基準によるものとし、法定代理受領サービスである時は、介護保険負担割合証の利用者負担の割合とします。

3、次にあげる費用を徴収する場合は、利用者又は、そのご家族に対して事前に文章で説明した上で、支払いに同意の旨の文章に署名を受ける事とします。

- ① 食費（おやつ代金込み）
- ② その他

4、介護報酬改定による利用料の変更、消費税率等社会情勢による保険料自己負担額以外の利用料の変更については、変更後の利用料等を記載した別紙による説明・同意を得ることができるものとします。

・サービス利用料説明書（負担割合が1割の場合：単位／円）

通常規模型通所 リハビリテーション費	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満
要介護1	369	383	486	553	622	715
要介護2	398	439	565	642	738	850
要介護3	429	498	643	730	852	981
要介護4	458	555	743	844	987	1137
要介護5	491	612	842	957	1120	1290
リハビリマネジメント加算	イ 利用者又は、その家族に理学(作業)療法士が説明の上、医師に報告。利用者の同意を得た日の属する月から6ヶ月以内。 560/月 イ 開始から6ヵ月超。 240/月 ロ 通所リハビリテーション計画書の内容等を厚生労働省に提出し、必要な情報を理用する旨を利用者（又はその家族）に説明の同意を得た日の属する月から6ヶ月以内。 593/月 ロ 開始から6ヶ月超。 273/月 ※、事業所の医師が利用者又はその家族に説明し同意を得た場合、上記に加えて 270/月					
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3ヵ月以内 110/日					
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ヵ月以内 240/日 (II)：退院(所)又は通所開始月から3ヵ月以内 1920/月					
口腔・栄養スクリーニング加算	(I)：利用開始時及び利用中6ヶ月毎に、栄養状態と口腔の健康状態を確認しその情報を担当ケアマネに提供する。 20/回 (II)：利用開始時及び利用中6ヵ月毎に、栄養状態又は口腔の健康状態を確認しその情報を担当ケアマネージャーに報告する。 5/回					
入浴介助加算	(I)：研修等を行ったスタッフにより適切な入浴介助を行う。 40/日 (II)：医師等が居宅を訪問し、入浴計画作成の上、居宅に近い環境で入浴介助・指導を行う。 60/日					
送迎を行わない場合	- 47/片道					

サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18/日
リハビリテーション提供体制加算	サービス提供時間を通じリハビリ専門職(理学療法士、作業療法士等)が利用者の数が25又は、その数を増すごとに1以上配置。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 3～4時間：12/回 ・ 4～5時間：16/回 ・ 5～6時間：20/回 ・ 6～7時間：24/回
介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	所定単位数(基本報酬に各種加算・減算を加えた総単位数)に対して8.3%加算。
退院時共同指導加算	事業所の医師、理学(作業)療法士が退院前カンファレスに参加し退院時共同指導を行う。(1回まで) 600/回

	要支援1	要支援2
指定介護予防 通所リハビリテーション費	1ヵ月 2268 利用開始月から12ヵ月超。 (注1) 要件を満たさない場合 : 120減算	1ヵ月 4228 利用開始月から12ヵ月超。 (注1) 要件を満たさない場合 : 240減算
口腔・栄養スクリーニング加算	(Ⅰ)20/回 (Ⅱ)5/回 (開始時、及び6ヶ月毎)	(Ⅰ)20/回 (Ⅱ)5/回 (開始時、及び6ヶ月毎)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	72/月	144/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数(基本報酬に各種加算・減算を加えた総単位数)に対して8.3%加算。	所定単位数(基本報酬に各種加算・減算を加えた総単位数)に対して8.3%加算。
退院時共同指導加算	事業所の医師、理学(作業)療法士が退院前カンファレスに参加し退院時共同指導を行う。(1回まで) 600	

(注1) 要件：3ヵ月毎にリハビリ会議を開催。情報を構成員と共有。見直した計画書の内容等を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用する。

その他の利用料

- ① 食費 1食 560円
- ② その他 実費相当分

9, サービス利用に当たっての留意事項

事業所は、利用者に対して次の点に留意するよう指示を行います。

- (1) サービスの提供を受けようとする利用者は、利用の際に体調の異常や異変があれば、その旨申し出て下さい。
- (2) 事業所内での政治活動、宗教活動は禁止します。
- (3) 事業所内では、禁煙。禁酒。その他、危険物等の持ち込みを禁止します。
- (4) 多額の金銭・貴重品については、持ち込みを禁止します。(事業所内でのお預かりは出来ませんので自己責任とさせていただきます。)
- (5) サービス利用者は、事業所の定める期日までに利用料を納付して下さい。
- (6) 健康管理上、衛生管理上、菓子等の食品の持ち込みを禁止します。

10, 緊急時における対応方法

事業所は、サービスを提供中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態・事故が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずると共に、市町村・当該利用者の家族・当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行い必要な措置を行います。

11, 非常災害対策

事業所は、非常災害時（火災、風水害、地震等）に関する計画を立て、関連機関（地域の消防機関）への通報及び、連絡体制を整備し、従業者に周知すると共に、避難・救出方法等の訓練を毎年2回行い、利用者の安全に対して万全の備えを行います。

又、日頃より消防団や地域住民との連携を図り、緊急時の協力がもらえる体制作りに努めます。

12, 業務継続に向けた取り組みの強化

- 1, 事業所は感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施すると共に非常時の体制で早期に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、「業務継続計画」に従い必要な措置を講じます。
- 2, 事業所は従業者に対し、「業務継続計画」についての周知と共に、研修及び訓練をそれぞれ年1回以上行ないます。
- 3, 事業所は、前項に規定する訓練の実地に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとします。
- 4, 事業所は、必要に応じて「業務継続計画」の変更を行います。

13, ハラスメント対策の強化

- 1, 職場において以下に掲げる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動、業務上必要な範囲を超えたものにより従業者の職業環境が害される事を防止する為の利用者及びその家族、従業者を対象とする対策を講じます。
 - ①、身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為。
 - ②、性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ。
 - ③、個人の尊厳や人格を傷つける行為。
- 2, ハラスメント事案が発生した場合は、マニュアルを基に再発防止策を行った上で、就業規定に定める処分を行います。
- 3, 従業者に対してハラスメントに対する基本的な研修を行います。又、介護現場におけるハラスメントの発生状況の把握に努めます。

14、身体拘束その他の行動制限

- 1, サービス提供にあたり、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に緊急を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しません。
- 2, 利用者の行動を制限する場合は、速やかにご家族に利用者の心身の状況、緊急性を要した理由等を報告し、その旨診療録に記載します。

15、虐待防止

- 1, 事業所は利用者の人権擁護・虐待の発生、又はその再発防止に努め次の措置を講じます。

- ① 虐待を防止する為の委員会を設置し定期的(1回/年)に開催の上、従業員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止の為の指針を整備します。
- ③ 従業員に対し、虐待防止の為の研修を定期的実施します。
- ④ 虐待防止措置を適切に実施する為の担当者を置き、利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備します。

- 2, 当該事業所従業員又は、擁護者等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村に報告します。

16、苦情処理

- (1) 事業所は、提供した(介護予防)通所リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応する為に苦情を受け付ける為の窓口を設置する等の必要な措置を講ずると共に苦情内容を記録した上で改善に努めます。

尾田内科苦情処理窓口…センター長 中村晴美 TEL 65-7511

始良市役所 長寿・障害福祉課 介護保険係 TEL 66-3111

国保連合会 介護保険課 介護保険係 TEL 099-206-1084

鹿児島県高齢者生き生き推進課 介護保険室 THL 099-286-2674

鹿児島市役所 すこやか長寿部介護保険課 THL 099-224-1111

- (2) 事業所は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録します。

- (3) 事業所は、提供した(介護予防)通所リハビリテーション事業に関し、介護保険法第 23 条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、それに従って必要な改善を行います。

- (4) 事業所は市町村からの求めがあった場合には、前項の改善内容を市町村に報告を行います。

- (5) 事業所は提供した(介護予防)通所リハビリテーションに係わる利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う介護保険法第 176 条第 1 項第 2 号の調査に協力するとともに国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。

(6) 事業所は国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告を行います。

17、その他運営事項についての留意事項

1、 職員研修及び報告会の開催

事業所における職員の資質向上の為、研修の機会を確保し報告会を行います。尚、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させる為に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者については「認知症基礎研修」を受講する為に必要な措置を講じます。(採用後1年以内に受講。)

2、 秘密保持

従業者は、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。尚、従業者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に従業者との雇用契約の内容とします。

3、 個人情報の保護

事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。

また、事業者が得た利用者の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその家族の了解を得るものとします。

4, 感染症対策の強化

事業者は、事業所内の衛生管理に努め、衛生上必要な措置を講じ、事業所内に感染症の発生及び、食中毒の予防及び、びまん延等を防止する為に必要な措置を講じます。

- ①、職員の清潔保持及び健康状態において必要な管理を行います。
- ②、事業所の設備及び備品において衛生的な管理に努めます。
- ③、感染対策委員会の開催と従業者への周知を行います。
- ④、感染症対策の指針を整備します。
- ⑤、研修は年1回以上、定期的を実施し、新規採用時にも実施。又、
実際発生時を想定した訓練を行います。

18, 指定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計画の作成

1, 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提

供に当たる(介護予防)通所リハビリテーション事業従業者(以下「医師等の従業者」という。)は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した(介護予防)通所リハビリテーション事業計画を作成します。

- 2, (介護予防)通所リハビリテーション事業計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。
- 3, 医師等の従業者は、(介護予防)通所リハビリテーション事業計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得る事とします。
- 4, 医師等の従業者は、(介護予防)通所リハビリテーション計画事業を作成した際には、当該(介護予防)通所リハビリテーション計画を利用者に交付します。
- 5, 医師等の従業者は、それぞれの利用者について、(介護予防)通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。

記録の整備

- 1, 事業所は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備します。
- 2, 事業所は、利用者に対する(介護予防)通所リハビリテーション事業の提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
 - ①、(介護予防)通所リハビリテーション事業計画提供した具体的なサービスの内容等の記録
 - ②、市町村への通知に係る記録
 - ③、苦情の内容の記録
 - ④、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
- 3, 事業所は、利用者の求めに応じてサービス提供記録の開示を行います。

医療法人 尾田内科胃腸科

理事長 尾田 悠

尾田内科胃腸科の指定(介護予防)通所リハビリテーションを利用するにあたり、「重要事項説明書」及び「サービス利用料説明書」について受領し、当該文書の通り説明を受け、これらの内容を十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

TEL _____

氏名 _____

家族代表 氏名 _____

令和 年 月 日

説明者 _____