

重 要 事 項 説 明 書

(指定通所リハビリテーション)

指定通所リハビリテーションのサービスの提供開始にあたり、厚生省令第 37 号 119 条に基づいて、当事業所が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	和同会
法人種別	医療法人
所在地	山口県宇部市大字西岐波 229 番地の 3
代表者職名	理事長 高橋 幹治

2. ご利用の事業所

事業所の名称	医療法人和同会 宇部リハビリテーション病院
所在地	山口県宇部市大字西岐波 229 番地の 3
管理者の氏名	松永 信
電話番号・FAX 番号	電話：0836-51-3111（代表） FAX：0836-51-4441
事業所番号	3510211935

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者に対して適正なりハビリテーションの提供を行うことにより、心身機能の維持回復を図ることを目的とします。
運営の方針	① 要介護者が自立した日常生活を営むことができるよう、その心身の特性を踏まえ、理学療法及び作業療法その他の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ます。 ② 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス提供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. 秘密保持

秘密保持	① 正当な理由がない限り、サービスの提供に当たって知り得た利用者及び家族の事由については他者には漏らしません。 ② サービス担当者会議などにおいて、サービス計画の作成などのために限り、利用者及び利用者の家族の個人情報を用いる場合、あらかじめ利用者及び利用者の家族の同意を得ます。
------	--

5. 職員の職種、人数及び職務体制

職種	員数	内訳				勤務時間	保有資格
		常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務		
管理者	1		1			8：30～17：30 ※非常勤兼務医師 月・水・木 8：30～17：30 火・金 13：30～17：30	医師
医師	3		2		1		医師
理学療法士	8	8					理学療法士
作業療法士	2						作業療法士
言語聴覚士	1		1				言語聴覚士
看護職	3	3					看護師・准看護師
介護職	13	12		1			介護福祉士
管理栄養士	1		1				管理栄養士

6. 職務内容

管理者	① 事業所従事者の管理及び業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行う。 ② 事業所従事者に運営規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。
医師	① 利用者に対する医学的な管理指導等を行う。 ② 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を行う。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	① 利用者の心身機能・動作能力の評価を行い、目標達成に必要な訓練を行う。また、必要に応じて、個別訓練を行う。 ② 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目標達成状況の把握を行う。 ③ 利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて通所リハビリテーション事業の目標及び目標を達成させるための具体的な内容、サービス提供機関などを記載したリハビリテーション計画を作成する。
看護職	① 利用者の心身の状況の把握し、健康管理のための必要な措置を行う。 ② 利用者の病状急変や体調不良時に、医師等の指示を受け必要な看護を行う。
介護職	① リハビリテーション計画に基づき、必要な日常生活上の援助及び運動指導を行う。
管理栄養士	① 栄養改善サービス及び食事内容の調整を行う。

7. 営業日（利用者の実情に応じ、下記の営業日及び営業時間を変更することがあります。）

営業日	1～3単位	毎週月曜日から金曜日（祝祭日・盆・年末年始を除く）
営業時間	1～3単位	8：30～17：30
サービス提供時間	1単位	9：50～16：10
	2単位	9：40～11：10
	3単位	14：10～15：40

8. 通常の事業の実施地域

実施地域	宇部市全域、山口市阿知須、佐山、嘉川地区
------	----------------------

9. 事業の定員

利用定員	1単位	60名
	2単位	18名
	3単位	18名

10. 利用料（利用が法定代理受領サービスの場合、ご負担の額は標記利用料の1割になります。ただし、一定の所得がある方は2割若しくは3割の負担となります。）

（1）基本利用料

	1～2時間	6～7時間
要介護1	3,690円	7,150円
要介護2	3,980円	8,500円
要介護3	4,290円	9,810円
要介護4	4,580円	11,370円
要介護5	4,910円	12,900円

（2）加算利用料

入浴加算（Ⅰ）	1回	400円
入浴加算（Ⅱ）	1回	600円
栄養改善加算	1回	2,000円（月2回を限度）

栄養アセスメント加算	1 月	500 円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1 回	200 円（6 ヶ月に 1 回）
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1 回	50 円（6 ヶ月に 1 回）
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1 回	1,500 円（月 2 回を限度）
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	1 回	1,550 円（月 2 回を限度）
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	1 回	1,600 円（月 2 回を限度）
科学的介護推進体制加算	1 月	400 円
リハビリテーションマネジメント加算イ	1 月	5,600 円（開始月から 6 月以内）
	1 月	2,400 円（開始月から 6 月超）
		※医師が説明を行った場合、上記に 2,700 円を加える。
リハビリテーションマネジメント加算ロ	1 月	5,930 円（開始月から 6 月以内）
	1 月	2,730 円（開始月から 6 月超）
		※医師が説明を行った場合、上記に 2,700 円を加える。
短期集中個別リハビリテーション実施加算	1 回	1,100 円（退院・退所日又は認定日から 3 月以内）
生活行為向上リハビリテーション	1 月	12,500 円（開始から 6 月以内）
若年性認知症利用者受入加算	1 回	600 円
移行支援加算	1 回	120 円
重度療養管理加算	1 回	1,000 円
中重度者ケア体制加算	1 回	200 円
理学療法士等体制強化加算	1 回	300 円（1～2 時間のみ）
リハビリテーション提供体制加算	1 回	240 円（6～7 時間のみ）
同一建物（送迎）に関する減算	1 回	940 円
送迎未実施減算	片道	470 円
退院時共同指導加算	1 回	6,000 円（初回利用時のみ）
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1 回	220 円
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	1 回	介護報酬総単位数に 5.3%を乗じた額

食事代	1 回	638 円
オムツ代 (税込)	紙パット・・・40 円/枚	紙パット(大)・・・60 円/枚 紙オムツ(M)・・・170 円/枚 紙オムツ(L)・・・200 円/枚 紙パンツ(M)・・・175 円/枚 紙パンツ(LL)・・・195 円/枚
その他	理髪代 …… 1,500 円/回	延長利用 …… 要介護 1・2 500 円/30 分 要介護 3～5 700 円/30 分

留意事項	① サービス利用時は貴重品を所持しないで下さい。 ② 正当な理由がない限り、サービス利用に関する指示に従ってください。 ③ 他利用者の迷惑となる行為はご遠慮ください。 ④ その他、管理者が定める事項。
------	--

対応	指定通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者家族へ連絡すると共に必要な措置を講じます。
損害賠償	指定通所リハビリテーションの提供により、事業者が賠償すべき事故が発生した場合、そ

	の賠償の責を負うものいたします。また、医療安全管理マニュアルにより、必要に応じて原因解明及び再発防止対策を講じます。
--	--

13. 非常災害対策

防災設備	非常灯、スプリンクラー、消火器、消火栓、防火扉、非常災害マニュアル (火災発生時は職員の指示に従って下さい)
防災訓練	併設病院と合同で、年2回実施

14. 虐待防止に関する事項

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の従業者に対する研修の実施
- 2 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- 3 その他虐待防止のために必要な措置

事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町村に通報します。

15. 苦情などの申立先

当事業所ご利用に際して、ご不明な点や疑問点、苦情等は、下記の相談窓口まで、お気軽にご相談ください。

相談窓口	通所リハビリテーション	☎ 0836-51-3111（代表） 0836-38-8691（直通） 0836-38-8648（短時間リハ） 担当 小濱・田尻
	宇部市	宇部市健康福祉部介護保険課 ☎ 0836-34-8396
	山口市	山口市健康福祉部介護保険課 ☎ 083-934-2795
	山口県	山口県国民健康保険団体連合会 苦情相談室 ☎083-995-1010（平日 9：00～17：00）

16. 緊急時の対応

対応方法	指定通所リハビリテーション提供中に、利用者に病状の急変等が生じた場合、指定通所リハビリテーション担当医へ連絡、或いは利用者の主治医へ連絡し医師の指示に従います。 送迎途中において緊急事態が発生した場合は、最寄りの医療機関への対応依頼又は救急通報を行います。
------	---

17. 事業所名及び重要事項説明者

指定通所リハビリテーション事業者 医療法人和同会 宇部リハビリテーション病院 管理者 松 永 信 ㊞	重要事項説明者 氏 名 ㊞
--	----------------------------

ご家族の連絡先

①	氏名	☎ () -
	住所 (〒 -)	
②	氏名	☎ () -
	住所 (〒 -)	

重要事項説明書・個人情報共有の同意書

令和 年 月 日

私は、宇部リハビリテーション病院指定通所リハビリテーションのサービスの利用にあたり別紙重要事項説明書を受領し、その書面に基づいて重要事項を、事業者（説明者：_____）から説明を受けたことを確認し、指定通所リハビリテーションのサービスの提供開始に同意します。

又、私及び私の家族などの個人情報について、介護サービス計画の作成などのために限り、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者又は介護保険施設の関係者が、情報を用いることに同意（ します・しません ）。

利 用 者 住 所

氏 名 _____ (印)

利用者の 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(続 柄)