

通所リハビリテーション重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

- ・事業所名 介護老人保健施設つくばリハビリテーションセンター
- ・開設年月日 平成8年9月1日
- ・所在地 茨城県つくば市大曾根3681
- ・電話番号 029-864-0568
- ・FAX 029-864-0568
- ・施設長 野口 悦子
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(0852080035号)
- ・定員 1日 40名

(2) 施設の職員定数

	定数	
・医師	1人	介護老人保健施設と兼務
・看護職員	1人以上	
・介護職員	5人以上	
・理学・作業療法士 言語聴覚士	1人以上	
・管理栄養士	1人	介護老人保健施設と兼務

(3) 事業所の目的

当事業所は、要支援状態または要介護状態にある皆様に対し、可能な限り居宅においてその能力に応じた日常生活を営むことが出来るように、必要なリハビリテーションを行い心身の機能維持と回復を図ることを目的とします。

(4) 運営の方針

- ① 当事業所は、利用者の要介護状態の軽減、悪化の防止のため、目標を設定し計画的に実施します。
- ② リハビリテーションの提供にあたっては、医師の指示及び環境を踏まえて、リハビリテーションの目標と目標達成のための具体的なサービスの内容を記載した計画書を作成します。

- ③ リハビリテーションの提供にあたっては、常に利用者の病状、心身の状況及び環境の的確な把握に努め、利用者に対して適切なサービスを提供します。
認知症のある要介護者等の利用者に対しては、必要に応じてその特性に対応したサービスが提供出来る体制を整えます。
- ④ 職員は、リハビリテーション等の提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし利用者とそのご家族に対してリハビリテーションの観点から療養上必要な事項について、理解しやすいように指導、説明を行います。

2. サービスの内容

(1) サービス計画の策定

通所リハビリテーションのケアサービスは在宅の介護支援専門員が作成するケアプランに沿って通所リハビリテーションの介護支援専門員がサービス計画を作成する通所リハビリテーションサービス計画に則して提供されます。

通所リハビリテーションサービス計画は利用者の希望、身体状況、ご家族の意向等に基づいて作成されます。

作成された計画は利用者又はご家族に交付し同意を得て実施されます。

サービス計画は定期的に評価を行い、必要に応じてサービス計画を変更します。

(2) 医学的管理・看護

医師、看護職員が常勤していますので、血圧・体温・脈拍などのチェックを行います。

(3) 介 護

通所リハビリテーションサービス計画に基づいて実施します。

(4) 食事の提供

昼食 12:00 ～ 12:30

(5) 療養食の提供

糖尿病、腎臓病等、特別な食事管理が必要な方に療養食を提供します。

(6) 入 浴

一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応いたします。

(7) 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）

当事業所はリハビリテーションマネジメントを行い、個別リハビリテーションを実施しております。集団リハビリだけではなく、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が付き添いリハビリを行います。

(8) 相談援助サービス

介護保険制度や日常生活上の事など利用者やご家族の相談をお受けします。

3. 利用料金

(1) 基本料金

① 施設利用料

要介護度別に基本単位が定められております。

当事業所は、通常規模型通所リハビリテーション費の所要時間6時間以上7時間未満が基本です。

1時間以上2時間未満の利用や時間延長にも対応しています。

②-1 入浴介助加算Ⅰ

自宅で入浴が困難な方や、安全に入浴するための訓練などの為に、リハビリスタッフによる入浴動作評価や介護スタッフの介助による入浴を提供します。

②-2 入浴介助加算Ⅱ

加算Ⅰに加え、リハビリスタッフが自宅を訪問し医師との連携のもと、身体状況の評価し居宅の浴室環境に合わせた個別の入浴計画を作成。計画に基づいて入浴を行います。自宅での入浴が困難な場合には、介護支援専門員などと連携し、福祉用具などの助言を行います。

③-1 リハビリテーションマネジメント加算（イ）

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がリハビリテーション計画を利用者又はそのご家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6か月間は月に1回、6ヵ月超えた期間は3か月に1回、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じリハビリテーション計画を見直します。

③-2 リハビリテーションマネジメント加算（ロ）

（イ）の要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書などの内容の情報を、厚生労働省に提出。リハビリの提供に当たって、当該情報その他リハビリの適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用します。

③-3 リハビリテーション会議において、医師が利用者やそのご家族に対して説明を行ない同意を得た場合、国で定められた単位の料金をいただきます。

④ リハビリテーション提供体制加算

当事業所は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計人数が利用者25人に対し1名配置されています。

⑤ 短期集中個別リハビリテーション実施加算

退院（所）後、または新規で要介護認定を新たに受けた場合等3か月以内に限定して個別リハビリテーションを行います。（1週につき概ね2日以上、1日40分）

- ⑥ー1 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）
退院（所）日または、通所開始から3月以内に限定して、認知症と診断された方に対して、生活向上機能に資するリハビリテーションを個別に行います。
(1週間に2日を限度とし1日20分以上)
- ⑥ー2 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）
リハビリテーションマネジメント加算を算定している利用者で、退院（所）日または、通所開始から3月以内に限定して、認知症と診断された方に対して、生活向上機能に資するリハビリテーションを個別に行います。(1か月に4回以上)
- ⑦ 口腔機能向上加算Ⅱーロ
口腔機能に障害がある方に対し、リハビリテーションを行います。
厚生労働省に情報の提出を行うことで、より適切かつ有効なリハビリテーション内容の更新を行います。
- ⑧ 重度療養管理加算
要介護3・4又は5の利用者に対し、医療管理（胃ろう、吸引、人工呼吸器、ストマ、褥創処置）などが必要な場合。
- ⑨ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ
利用開始時及び6か月ごとに、口腔の健康状態及び栄養状態を確認し、介護支援専門員へ情報を提供します。
- ⑩ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)
当事業所は、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されています。
- ⑪ 中重度者ケア体制加算
当事業所は介護職員、看護職員の配置基準を満たしており、利用者総数のうち要介護状態区分が要介護3～5である者の占める割合が30%以上です。
- ⑫ 科学的介護推進体制加算
利用者毎のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況などの基本的な情報を厚生労働省への提出し、必要な情報を活用し適切かつ有効なリハビリテーションを行います。
- ⑬ 退院時共同指導加算
退院後早期に連続して質の高いリハビリテーションを実施する為に、医師又は理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士が医療機関の退院前カンファレンスに参加・情報を共有し、在宅でのリハビリテーション計画に反映させます。

⑭ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 8.6%

⑮ 送迎減算

利用者の居宅と事業所の送迎を行わない場合、1回につき47単位減算いたします。

(2) その他の料金

① 食事代

昼食代とおやつを含む費用になります

② おむつ代

尿取りパット・おむつカバー・リハビリパンツを使用した枚数を請求させていただきます

③ 入浴時消耗品費

入浴の際に使用する、シャンプーやボディソープ、ベビーオイルにかかる費用

④ 衛生管理用タオル代

食事前等に使用する、おしぼり代

⑤ 喫茶代

利用中に提供するお茶、コーヒー等お好みに合わせて提供します

⑥ レクリエーション材料費

4. 他機関・施設との連携

併設・協力医療機関への受診

当事業所では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

利用者の状態が急変した場合には、速やかな対応をお願いしています。

【 併設医療機関 】

医療法人健佑会いちほら病院

茨城県つくば市大曾根3681

【 協力歯科医療機関 】

医療法人健佑会いちほら病院歯科診察室

茨城県つくば市大曾根3681

緊急時の連絡先

緊急の場合には、契約書にご記入いただいた連絡先に連絡します。

5. 利用に当たっての留意事項

(1) 介護保険証等の提示

通所リハビリテーションサービス利用開始時に介護保険証と健康手帳（お持ちの方）をご呈示下さい。介護保険証の認定有効期間がきれ、新たな有効期間の介護保険証が届いた場合、管理者にご呈示ください。

(2) 飲酒・喫煙

当施設内では禁酒、禁煙となっております。ご了承ください。

(3) 火気の取り扱い

火災等の防止のため施設内は火気厳禁です。

(4) 持ち物

着替え・バスタオル・タオル（入浴される方）、昼食前後に服用するお薬、連絡帳（通所リハビリテーション開始日にお渡しします）歯ブラシをお持ちください。持ち物に関しては管理上制限がある物もございますのでご相談ください。尚、持ち物にはお名前をご記入ください。

(5) 金銭・貴重品の持ち込み

貴重品や多額の金銭は、紛失等のトラブルの原因となりますので持ち込まないようお願いいたします。当施設内での金銭のトラブルについては当施設では責任を負いかねます。また、当施設では金銭の管理の代行は行いません。

(6) 宗教活動・営利活動

他の利用者の迷惑になりますので布教活動や物品の販売などの営利活動はおやめください。

(7) ペットの持ち込み

ペットの持ち込みはご遠慮ください。

6. 個人情報の取り扱いについて

(1) 守秘義務

当事業所の職員は、職員である期間及び職員でなくなった後においても、業務上知り得た利用者及びその家族の個人情報を漏らしません。

また、当法人は個人情報を漏らすことのないよう指導教育をしております。

(2) 診療情報の提供

利用者の健康状態、または病状については本人、または代理人の方以外にはご説明いたしません。但し、本人、または代理人の方の同意が確認された場合はその限りではありません。

(3) 介護サービスに係る内容等の記録

利用者ご自身のケアプランに関する内容は、ご本人または代理人の方に交付しています。原則としてご本人、代理人の方以外の方には交付致しません。

(4) 個人情報の利用目的

個人情報は以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて利用致しません。

「介護・リハビリに必要な利用目的」

- ① 介護保険事務
- ② 安全確保・介護事故あるいは未然防止などの分析
- ③ 利用者の介護 サービスの向上のための各専門職の意見・助言を求める場合
- ④ 利用者の処遇に関する検討会、サービス担当者会議

「他の事業所等への情報提供」

- ① 他の医療機関・施設・事業所への情報提供
- ② 他の医療機関・施設・事業所からの照会への回答
- ③ 介護報酬支払い機関または保険者への介護報酬請求
- ④ 介護報酬支払い機関または保険者からの照会の回答

「その他」

- ① 医師・看護師・介護福祉士・ヘルパー養成等、学生の実習への協力
- ② 業務改善のアンケート調査
- ③ 学会・研修会への発表は氏名・年齢・住所等消去することにより匿名化する。
- ④ 外部監査機関への情報提供

7. 通所リハビリ中に利用者の具合が悪くなった場合の対応について

体調不良等により通所リハビリの継続が困難な場合、ご家族に連絡をいたします。この場合ご家族にご来所いただき、帰宅、もしくは外来受診をお願いすることとなります。緊急時（意識障害や外傷等）の場合は通所リハビリの看護師の判断でいちばら病院の外来で診ていただくことがあります。ご家族への連絡が外来受診後または病院入院後になる場合もありますのでご了承ください。体調不良の場合、その日の通所リハビリの継続は出来ません。また、原則ご家族にお迎えをお願いすることとなりますのでご了承ください。

急な外来受診等により途中で通所リハビリを中止した場合は利用した時間分の利用料と食材費をいただくこととなります。

8. 緊急時の対応

利用者の心身の状態が急変した場合には、協力医療機関への紹介等の対応と同時利用者及びその家族に速やかに連絡をいたします。

9. 事故発生時の対応

サービス提供等により事故が発生した場合には、利用者に対して必要な措置をいたします。

利用者及びその家族の皆様にご連絡説明をいたします。

事故の内容によっては行政機関に報告いたします。

10. 通所リハビリをお休みされる場合

ご本人の体調不良等の都合により通所リハビリをお休みされる場合は、前日17時までにご連絡ください。

029-864-0568（7時45分から17時まで）

利用日の前日までにお休みの連絡がいただけなかった場合は、キャンセル料金（食材費代500円）をご負担していただきます。

11. ご利用の中止

通所リハビリの契約を中止したい場合は担当のケアマネージャーと当事業所の管理者までご連絡ください。

12. 身体の拘束等

当施設は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び期間、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診療録に記載することとします。

13. 賠償責任について

当施設をご利用中に事業所側の責任で利用者様の身体、持ち物を傷つけたり壊してしまった場合は、原則として事業所側が、利用者様側の責任で施設や他の利用者様の身体、持ち物を傷つけたり壊してしまった場合は利用者様側が損害を賠償することになります。

14. 苦情処理について

要望や苦情などは支援相談員又は1Fエレベーター横のカウンターに設置してありますご意見箱をご利用下さい。寄せられた要望、苦情は各部署の責任者の協議会、苦情対応委員会に議題として提出し、速やかに対応いたします。

苦情窓口は（ ）です。

TEL 029-864-0568

FAX 029-864-0568

附 則

平成17年 4月1日作成
平成17年10月1日一部改定
平成18年 4月1日一部改定
平成21年 4月1日一部改定
平成21年 6月1日一部改定
平成24年 4月1日一部改定
平成25年 8月1日一部改定
平成26年 4月1日一部改定
平成27年 4月1日一部改定
平成29年 4月1日一部改定
平成29年 5月1日一部改定
平成29年 6月1日一部改定
平成29年 8月1日一部改定
平成30年 4月1日一部改定
平成30年 7月1日一部改定
平成30年11月1日一部改定
令和1年 8月 1日一部改定
令和1年10月 1日一部改定
令和1年12月 1日一部改定
令和2年 5月 1日一部改定
令和3年 4月 1日一部改定
令和3年 4月30日一部改定
令和4年10月 1日一部改定
令和6年 6月 1日一部改定

【 重要事項説明同意書 】

令和 年 月 日

通所リハビリテーションサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所 所在地 茨城県つくば市大曾根 3 6 8 1
名 称 介護老人保健施設
つくばリハビリテーションセンター
通所リハビリテーション

説明者 _____ 印

管理者 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、通所リハビリテーションのサービス提供開始に同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

