

重要事項説明書

(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)

社会医療法人孝仁会
知床らうす通所リハビリセンター

通所リハビリテーション及び介護予防リハビリテーション重要事項説明書

1. 事業者の概要

| | |
|---------|--------------------|
| 名称・法人種別 | 社会医療法人 孝仁会 |
| 主たる所在地 | 目梨郡羅臼町栄町 100 番地 83 |
| 法人種別 | 医療法人 孝仁会 |
| 代表者名 | 理事長 齋藤 孝次 |
| 電話番号 | 0153-87-2116 |

2. 事業所の概要

(1) ご利用事業所

| | |
|-----------|--------------------|
| 事業所の名称 | 知床らうす通所リハビリセンター |
| 指定番号 | 0114210933 |
| 所在地 | 目梨郡羅臼町栄町 100 番地 83 |
| 電話/FAX 番号 | 0153-87-3147 |

(2) 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 通所リハビリは介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）居宅においてその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的としてサービスを提供します。 |
| 運営方針 | 知床らうす通所リハビリセンターは利用者の皆様が安心して通所でき、またご家族が安心して預けられる事業所を目指していきます。 |

(3) 職員体制（主たる職員）

| 従業者の職種 | 人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 常勤換算後の人数 | 保有資格 |
|---------|----|----|----|-----|----|----------|---------------------|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 管理者(医師) | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1.0 | 医師免許 1 名 |
| 介護福祉士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 介護職員 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1.0 | 居宅介護従事者養成研修 2 級課程修了 |
| 作業療法士 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2.0 | 作業療法士 2 名 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

(4) 事業の実施地域

| | |
|---------|-----|
| 事業の実施地域 | 羅臼町 |
|---------|-----|

(5) 営業日

| | |
|------|--|
| 営業日 | ・月曜日～金曜日 (ただし、知床らうす国民健康保険診療所の休診日、国民の休日及び 8 月 13 日、8 月 14 日、8 月 15 日、12 月 4 日、12 月 30 日から 1 月 3 日までを除く。) |
| 営業時間 | 8 : 00～17 : 00 |

3. サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付サービス

(ア) サービス内容

| 種 類 | 内 容 |
|-----------|---|
| 利用者宅への送迎 | 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います。 |
| 排せつの介助 | 利用者の状況に応じて、適切な排せつ介助を行います。 |
| リハビリテーション | 利用者の能力に応じて、食事・入浴・排せつ・更衣などの日常生活動作を通じたトレーニングや、器械・器具等を使用したトレーニング、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からの相談に応じ、適切に支援します。 |

(イ) 費用

介護保険の適用のある場合は、原則として各利用者の負担割合に応じた額が自己負担となります。

【 介護予防通所リハビリテーション 】

[基本報酬(1月あたり)]

| 区分 | 利用料 | 自己負担分(2割負担の場合) |
|------|---------|----------------|
| 要支援1 | 22,680円 | 2,268円(4,536円) |
| 要支援2 | 42,280円 | 4,228円(8,456円) |

[介護予防通所リハビリテーション加算(1月につき)]

| 種 類 | 利用料 | 自己負担分(2割の場合) |
|-------------------------|-----------------------------|--------------|
| 若年性認知症利用者受入加算 | 2,400円 | 240円(480円) |
| 栄養改善加算 | 2,000円 | 200円(400円) |
| 栄養アセスメント加算 | 500円 | 50円(100円) |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 1,500円 | 150円(300円) |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 1,600円 | 160円(320円) |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 200円 | 20円(40円) |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 50円 | 5円(10円) |
| 一体的サービス提供加算 | 4,800円 | 480円(960円) |
| 退院時共同指導加算 | 6,000円 | 600円(1,200円) |
| 科学的介護推進体制加算 | 400円 | 40円(80円) |
| 生活行為向上 リハビリテーション実施加算 | 開始月から起算して 6月以内 5,620円 | 562円(1,124円) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 要支援1 | 88円(176円) |
| | 要支援2 | 176円(352円) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 要支援1 | 72円(144円) |
| | 要支援2 | 144円(288円) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 要支援1 | 24円(48円) |
| | 要支援2 | 48円(96円) |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 上記までを算定した額の86/1000円/月 | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 上記までを算定した額の83/1000円/月 | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 上記までを算定した額の66/1000円/月 | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | 上記までを算定した額の53/1000円/月 | |

[減算]

| 減算の種類 | 減算額 |
|---|------------------------|
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 (上記実施後にリハビリテーションを継続した場合) | 所定単位数の15%減算 |
| 利用開始日の属する月から12月超の利用 <(※1)要件を満たした場合は減算なし> | 要支援1:120円 要支援2:240円 |
| (※2)高齢者虐待防止措置未実施加算 | 所定単位数の1/100に相当する単位数を減算 |
| (※3)業務継続計画未策定実施加算 | 所定単位数の1/100に相当する単位数を減算 |

(※1)3ヶ月に1回リハビリテーション会議の開催及びに情報の共有、会議録の記録、計画の見直し。利用者毎のリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省へ提出、及びに当該情報、その他適切かつ有効な情報を活用していること

(※2)虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられている場合は減算はなしとする

(※3)感染や災害が発生した場合でも必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築する為、業務継続計画を策定している場合は減算はなしとする

【 通所リハビリテーション 】

[基本報酬]

所定時間 3 時間以上 4 時間未満 (9 : 00~12 : 00、13 : 30~16 : 30) 1 日あたり

| 区分 | 利用料 | 自己負担分(2割負担の場合) |
|-------|---------|----------------|
| 要介護 1 | 4,860 円 | 486 円(972 円) |
| 要介護 2 | 5,650 円 | 565 円(1,130 円) |
| 要介護 3 | 6,430 円 | 643 円(1,286 円) |
| 要介護 4 | 7,430 円 | 743 円(1,486 円) |
| 要介護 5 | 8,420 円 | 842 円(1,684 円) |

[通所リハビリテーション加算(1回又は1月につき)]

| 種 類 | 利用料 | 自己負担分(2割の場合) | |
|--|-----------------------------|--------------|------------------|
| (※4)リハビリテーション マネジメント加算(イ) | 同意日の属する月から 6 月以内 | 5,600 円 | 560 円(1,120 円) |
| | 6 月以降 | 2,400 円 | 240 円(480 円) |
| (※5)リハビリテーション マネジメント加算(ロ) | 同意日の属する月から 6 月以内 | 5,930 円 | 593 円(1,186 円) |
| | 6 月以降 | 2,730 円 | 273 円(546 円) |
| (※6)リハビリテーション マネジメント加算(ハ) | 同意日の属する月から 6 月以内 | 7,930 円 | 793 円(1,586 円) |
| | 6 月以降 | 4,730 円 | 473 円(946 円) |
| 医師が利用者またはその家族に説明した場合 (※4~6 の加算に加えて右記の金額を請求) | 2,700 円 | 270 円(540 円) | |
| 短期集中個別 リハビリテーション加算 | 退院(所)日又は認定日から 起算して 3 月以内 | 1,100 円 | 110 円(220 円) |
| 認知症短期集中 リハビリテーション実施加算(Ⅰ) | 退院(所)日又は認定日から 起算して 3 月以内 | 2,400 円 | 240 円(480 円) |
| 認知症短期集中 リハビリテーション実施加算(Ⅱ) | 退院(所)日又は認定日から 起算して 3 月以内 | 19,200 円 | 1,920 円(3,840 円) |
| 生活行為向上 リハビリテーション実施加算 | 開始月から起算して 6 月以内 | 12,500 円 | 1,250 円(2,500 円) |
| リハビリテーション提供体制加算(1回につき) | | 120 円 | 12 円(24 円) |
| 栄養アセスメント加算 | | 50 円 | 5 円(10 円) |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | 600 円 | 60 円(120 円) |
| 栄養改善加算 | | 2,000 円 | 200 円(400 円) |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | | 1,500 円 | 150 円(300 円) |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | | 1,600 円 | 160 円(320 円) |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | | 200 円 | 20 円(40 円) |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | | 50 円 | 5 円(10 円) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | | 220 円 | 22 円(44 円) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | | 180 円 | 18 円(36 円) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | | 60 円 | 6 円(12 円) |
| 重度療養管理加算 | | 1,000 円 | 100 円(200 円) |
| 移行支援加算 | | 120 円 | 12 円(24 円) |
| 科学的介護推進体制加算 | | 400 円 | 40 円(80 円) |
| 退院時共同指導加算 | | 6,000 円 | 600 円(1,200 円) |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 上記までを算定した額の 86/1000 円/月 | | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 上記までを算定した額の 83/1000 円/月 | | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 上記までを算定した額の 66/1000 円/月 | | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | 上記までを算定した額の 53/1000 円/月 | | |

[減算]

| 減算の種類 | 減算額 |
|---|--------------------------|
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 (上記実施後にリハビリテーションを継続した場合) | 所定単位数の 15%減算 |
| 高齢者虐待防止措置未実施加算 | 所定単位数の 1/100 に相当する単位数を減算 |
| 業務継続計画未策定実施加算 | 所定単位数の 1/100 に相当する単位数を減算 |
| 送迎を行わない場合(片道につき) | 47 円 |

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

(2) 介護保険給付外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

① 養娯楽費 (1回あたり)

| 項目 | 金額 | 内 訳 | 備 考 |
|-------|-------|---------|------------------|
| 教養娯楽費 | 100 円 | (実費材料費) | 参加した場合に使用する材料です。 |

② おむつ代

おむつを使用された方は、おむつ代の実費が必要となります。

③ その他の費用

通所リハサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活において通常必要とするものに係る費用であって、ご利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者様の負担となります。

(3) 利用料等のお支払い方法

毎月1回、10日までに前月分の請求をいたしますので、直接当事業所へお支払い下さい。

(4) お支払い後、領収書を発行します。

5. サービス内容に関する苦情等に関するお問い合わせ

当事業所担当窓口 苦情受付責任者: 佐藤 功基

※(緊急、夜間等の場合はこの限りではありません。)

電話番号 0153-87-3147

中標津保健所

担当窓口 地域保健室企画総務課

電話番号 0153-72-2168

① 苦情等の申し立て方法

苦情等の申し立ては、書面、来設されての口頭申し立て、電話いずれでも受付いたします。診療所の1階受付近くにご意見箱を設置しております。

② 受付時間

8:00~17:00 (平日) ※(緊急、夜間等の場合はこの限りではありません。)

③ 苦情等への対応の流れ

○苦情等受付担当者が受付(他の職員が受けた場合、所属長及び受付担当者に報告)

○受付担当者は解決責任者に内容を報告、関係部署職員と共に直接申し立て者に会うか又は電話等により内容の詳細を伺い、事実確認をします。

○事実確認後すみやかに内容を検討し、翌日もしくは近日中には具体的な対応策を講じ

申し立て者に直接回答します。又匿名によるご質問等には掲示板による回答を示します。

(内容の検討については必要に応じ苦情処理委員会を開催し、又は緊急性のあるものについては直接管理者との協議により処理します。)

※相談担当者は苦情等に関する対応後、改善状況を点検、確認すると共に一連の経過を記載し、関係部署職員に顛末を周知し今後の再発防止のために記録として保管します。

④ 苦情等の秘密厳守

お寄せいただいた苦情等に関する事は他にもらす事はありません。又、掲示板等で回答させていただく場合には内容、固有名詞等には十分に配慮するものとします。

⑤ 委員会の設置

当事業所では定期的に委員会(教育委員会)を開催し、改善案等を検討しより良い事業所作りに努めます。

5. 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

| | |
|-------------|------------------|
| 虐待防止に関する担当者 | 責任者 佐藤 功基(作業療法士) |
|-------------|------------------|

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者へ周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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通報します。

6. ハラスメントの防止対策について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

(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) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

(3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求など、性的ないやがらせ更衣

上記は、当該法人職員・取引先事業者の方・利用者及びその家族等が対象となります。

② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しないための再発防止策を検討します。

③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡・相談・環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

7. 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

※「業務継続計画の策定等について」は、令和6年3月31日までに実施します。

(当該事項は、令和6年3月31日までの間は努力義務とされています。)

8. 非常災害時の対策

| | | | | |
|----------|---|--------|-----------|-------|
| 非常時の対応 | 別途定める「知床らうす国保診療所消防計画」に則り対応します。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 町内会と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。 | | | |
| 平常時の訓練等 | 別途定める「知床らうす国保診療所消防計画」に則り 2 回/年、昼間を想定した避難訓練を実施します。 | | | |
| 防災設備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 209 個所 | 防火扉・シャッター | 個所 |
| | 避難階段 | 個所 | 補助散水栓 | 個所 |
| | 自動火災報知器 | あり | 非常通報装置 | あり |
| | 誘導灯 | 個所 | 消火器 | 14 個所 |
| | ガス漏れ報知器 | あり | 非常用電源 | あり |
| | カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。 | | | |
| 消防計画等 | 消防署への届出日：令和 4 年 4 月 20 日 防火管理者：村松 俊介（診療所 事務長） | | | |

9. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により、事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 前項の事故状況及び事故に際して採った処置について記録するものとします。
- (3) 利用者に対する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、損害賠償を速やかに行うものとします。

10. 乙が加入している損害賠償責任保険

| |
|-------------------------------|
| 総合補償制度加入 保険会社 東京海上火災保険株式会社 |
|-------------------------------|

11. サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 事業所内の設備や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、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 報道機関からの取材対応として、当施設が実施する各種行事、事業等について新聞・テレビ等の取材を受けることがあります。当施設の取り組みについて広く地域の皆様にご理解いただくために、取材に応じてまいりたいと考えております。利用者様への取材や写真撮影をご依頼することがありますのでご承諾のお願い申し上げます。尚、写真撮影等取材をご辞退される方はお申し出下さい。

この重要事項説明書は、説明と同意の確認のために 2 通作成し利用者と事業者が各々署名押印して 1 通ずつ保有します。利用期間中はいつでも確認できる場所での保管をお願い致します。尚、署名押印は契約書に一括して行います。