

南部徳洲会病院通所リハビリテーション事業所重要事項説明書

事業者名	医療法人 徳洲会
所在地	大阪市北区梅田 一丁目 3 番 1-1200 号
代表者名（理事長）	東上 震一
電話番号	06-6346-2888
FAX番号	06-6346-2889

事業所の概要

事業所名	医療法人 徳洲会 南部徳洲会病院通所リハビリテーション事業所
開設年月日	平成 12 年 2 月 23 日
管理者名（総長）	赤崎 満
所在地	沖縄県島尻郡八重瀬町外間 80 番地
電話番号	098-998-0306
FAX番号	098-998-0763
介護保険指定番号	4712311846 号

事業所の目的と運営方針

1.

（１）事業の目的

利用者が要介護状態となった場合において、可能な限りその居宅において、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できるよう、理学療法、作業療法等により、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ることを目的とする。

（２）事業の運営方針

利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供を行うとともに、運営に当たっては、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めることを基本方針とする。

2. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（元旦～3日）・日曜日休
営業時間	8：30～17：00
サービス提供時間	9：30～15：45

3. 実施地域

糸満市・八重瀬町・豊見城市・那覇市・南風原町・南城市

4. 職員体制

職種	常勤	
医師	1 名以上	問診・状態観察等
看護師	1 名以上	バイタルチェック・内服薬管理・状態観察等・導入等
理学療法士	1 名以上	個別リハビリ・下肢中心に運動機能訓練
作業療法士		個別リハビリ・上肢中心に日常生活動作訓練
言語聴覚士	1 名	個別リハビリ・嚥下・口腔リハビリ

介護福祉士	6名以上	身体介護・入浴・排泄介助・個別訓練・転倒予防体操等
柔道整復師	1名	リハビリテーション
介護補助員	1名	介護業務補佐
相談員	1名	契約書・担当者会議等
事務員	1名	請求業務

5. 利用定員数 1日 60名

6. 設備の概要

・食堂兼機能訓練室・静養室・浴室・パワーリハビリ室・リハビリ室・相談室等

7. 通所リハビリテーションについての概要

利用者に関わる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あたる従事者の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、御利用者・御家族の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

8. サービス内容

- ① サービス計画の立案・作成
- ② 食事 (誤嚥予防口腔体操)・昼食 12時00分～ おやつ 15時30分～
- ③ 健康チェック (検温・血圧・SPO2測定・体調確認)
- ④ 入浴 (身体状態観察)
- ⑤ 身体介護 (基本動作・日常生活動作訓練・指導・家族への介助方法助言・指導)
- ⑥ 機能訓練 (PT・OT・STによる個別リハビリテーション・脳リハ・レクリエーション等)
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ その他 (送迎等)

9. 利用料金

通所リハビリテーション

	1日あたりの利用料金		1日あたりの自己負担額	
通所リハビリテーション基本料金	要介護1	6,750円	要介護1	675円
	要介護2	8,020円	要介護2	802円
	要介護3	9,260円	要介護3	926円
	要介護4	10,770円	要介護4	1,077円
	要介護5	12,900円	要介護5	1,290円
科学的介護推進体制加算	1月につき	400円	1月につき	40円
入浴介助加算Ⅰ	介助浴1回あたり	400円	介助浴1回あたり	40円
入浴介助加算Ⅱ	対象者のみ	600円	対象者のみ	60円
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	1ヶ月～6ヶ月	5,930円	1ヶ月から6ヶ月	593円
	6ヶ月超	2,730円	6ヶ月以降	273円
リハビリテーションマネジメント加算4	医師の説明あり	2,700円	1月につき	270円
短期集中リハビリ	1回につき3ヶ月迄	1,100円	1回につき	110円
サービス提供加算	1回につき	220円	1回につき	22円
リハ提供体制加算	1回につき	240円	1回につき	24円
生活行為向上リハビリテーション実施加算	対象者のみ	12,500円	1月につき	1,250円
退院時共同指導加算	退院時1回	6,000円	退院時1回	600円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ			所定単位数の8.6%	8.6%/月

* ご家族様の送迎時は送迎減算が生じます。送迎を行なわない場合 ▲47 単位/片道
 * 利用者様の所得により 1 割負担、2 割負担、3 割負担 と利用料金に違いがありますので
 ケアマネジャーと確認お願い致します。

※開始日から 6 ケ月間は毎月家族様、医師、リハビリ職員で会議を行います。

※サービス提供加算は、介護職員の総数のうち介護福祉士が 70%以上、又は介護福祉士が
 勤続年数 10 年以上勤務の割合が 25%以上

※介護処遇改善加算（特定）所定参加数値につき算定

保険外給付サービスの利用料金

項目	昼食代金
食 事	1 食 600 円

※介護保険外のサービスは食事代金のみです。

10. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) サービス利用にあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項及び当日の健康状態を職員に連絡し、リハビリ出来ない状態での参加は出来ません。
- (2) 送迎の際に、明らかな体調不良がある場合、お休みして頂く事があります。
- (3) 共有の施設等の迷惑にならないようお願いします。
- (4) 通常の活動に金銭は必要ありません。金銭、貴重品はお持ちにならない様にお願いします。
- (5) 飲酒は出来ません。施設内は全面禁煙です。
- (6) サービス利用中、個人での外出は出来ません。またやむを得ず退出する場合は家族様の同意と管理者の許可が必要です。
- (7) サービス提供時間帯（9：30～15：45）における医療機関の受診は、緊急やむを得ない場合を除いて認められません。
- (8) お菓子・飴玉等持参の禁止 （他利用者への配布・病気の配慮・喉詰まり等）

11. 送迎について

- (1) 送迎車の巡回時間、定員、道路事情等によりご希望にそえない場合がありますので、ご了承下さい。
- (2) 運転手と添乗員 2 名体制で送迎を行なっています。
- (3) 送迎職員到着後、体調不良を除き、準備ができていない場合は長時間待つことは出来ませんので御了承下さい。
- (4) 原則として、玄関でのお迎え、玄関までのお送りいたします。
 身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族様との話し合いを行い、当事業所で提供できる範囲内の送迎を提供させていただきます。その場合は、同意書へ記載いたします。

12. 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認致します。
 介護負担割合証の確認も同様をお願い致します。

13. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、ご家族、主治医、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

14. 支払い方法お支払い

原則として口座自動引落になります。毎月**22**日までに前月分の請求書を発行し**27**日に口座より引き落としされます。現金支払いの場合は、毎月**27**日迄にお支払いください。

***お支払いが滞る場合には、利用ができないこともあります**

15. サービス内容に関する苦情等の相談窓口

事業所 通所リハビリ 大城 一哲	所在地 沖縄県島尻郡八重瀬町字外間 80 番地 ☎番号 098-998-0306 (日曜日・年末年始を除く) 月～土 8:30～17:00
沖縄県国民健康保険 団体連合会	所在地 沖縄県那覇市西 3-14-18 (国保会館) ☎番号 098-911-7501 (代表) 月～金 (祝日・年末年始を除く) 9:00～17:00
沖縄県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 沖縄県那覇市首里石嶺 4-373-1 ☎番号 098-882-5704 (代表) 月～金 (祝日～年末年始を除く)
沖縄県介護保険 運営適正化委員会	所在地 沖縄県中頭郡北谷町北谷 2-6-2 ☎番号 098-921-7800 (代表) 月～金 (祝日・年末年始を除く)
那覇市 ちゃーがんじゅう課	所在地 沖縄県那覇市泉崎 1-1 ☎番号 098-862-9010 (代表) 月～金 (祝日・年末年始を除く)
糸満市 介護長寿課	所在地 沖縄県糸満市潮崎町 1-1 ☎番号 098-840-8133 月～金 (祝日・年末年始を除く)
八重瀬町役場 社会福祉課	所在地 沖縄県八重瀬町東風平 1188 ☎番号 098-998-9598 月～金 (祝日・年末年始を除く)
南城市社協 介護保険事業課	所在地 沖縄県南城市大里字仲間 918 ☎番号 098-882-8861 月～金 (祝日・年末年始を除く)
南風原町役場 保健福祉課	所在地 沖縄県島尻郡南風原町字兼城 686 番地 ☎番号 098-889-7381 月～金 (祝日・年末年始を除く)
豊見城市役所 障害・長寿課	所在地 沖縄県豊見城市字翁長 854-1 番地 ☎番号 098-856-4292 月～金 (祝日・年末年始を除く)

* 要望や苦情などは、相談担当者にお寄せいただければ対応致します。

【ご意見箱】をご利用頂く事もできます。

16. 高齢者虐待防止

【高齢者虐待の防止高齢者の養護者に対する支援等に関する法律】の規程により、高齢者虐待を発見した場合は必要な措置を講じます。

17 .個人情報保護の取り込みについて

- (1) 個人情報の取得にあたっては、その利用目的を明示し、利用目的を達成する為に必要な限度を超えない範囲で行います。
- (2) 保有個人情報の紛失、漏えい、改ざん及び不正アクセス等のリスクに対して、必要な安全対策、予防措置を講じて適切な管理を行ないます。
- (3) 保有個人情報の開示、訂正、利用停止、不要となった際、削除等の申出がある場合には速やかにシュレッターにて廃棄対応します。
- (4) 個人情報に関する取り組みは継続に見直し、改善、向上に努めます。

18 身体拘束の排除

私たちはご利用者の尊厳を守るために身体拘束ゼロ運動を実施しています。

身体的拘束は原則実施しません。

ご本人の身体安全面、他のご利用者の心身安全面の確保などの際において、緊急を要するに代替えの方法がなく、ごく短時間の場合においてやむを得ず、実施する場合においてはご家族の同意の上実施致します。

方針についてご不明な点がございましたら、遠慮なく職員までお問い合わせ下さい。

19 (損害賠償)

事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して損害を賠償します。

(損害賠償保険加入)

但し、事業者に故意・過失がない場合はこの限りではありません。

20 (非常災害・火災対策)

事業所は、非常災害・火災に関する具体的計画を立て、非常災害・火災時の関係機

関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に利用者に周知すると共に、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行なうものとする。

21 その他 施設についての詳細は、パンフレットを用意していますのでご請求下さい。

南部徳洲会病院通所リハビリテーションの同意書

南部徳洲会病院通所リハビリテーションを利用するにあたり、通所リハビリテーション重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

ご利用者	住所			
	氏名	⑩		

署名代行者	住所			
	氏名	⑩	続柄	

(署名代行理由)

- 1・疾病等により書字出来ない為
- 2・内容が理解しにくい為
- 3・その他（高齢・視力）

【緊急時の連絡先】

氏名		続柄	
住所			
電話番号			
氏名		続柄	
住所			
電話番号			

同 意 書

送迎について

原則として、玄関でのお迎え、玄関までのお送りをいたします。
それ以外に対応して欲しい項目へチェック又は記入をお願いします。

(1) お迎え時

1	返答がない場合安否確認の為、室内やトイレの確認を希望する。
2	不在の場合家族へ連絡を希望する。
3	その他 (玄関)

(2) お送り時

1	ベットまたは、指定の場所まで希望する。()
2	家族不在の場合は連絡を希望する。
3	家族不在の場合は連絡を希望しない。
4	その他 (玄関)

同意者名	
------	--

個人情報について

＊当事業所は、個人情報の保護に関する法令を厳守し、個人情報保護方針を定め、個人情報の保護に万全を尽くします。

下記の事業所次に記載するところより必要最低限で使用する事とします。

使用する目的

- ① 医療機関・居宅サービス事業所・居宅介護支援事業所・介護保険施設等との連絡・調整において必要な場合
- ② 介護保険事務（介護保険請求及び支払いに関する提供）
- ③ 行政（外部監査機関サービス）からの提出書類への対応（報告書含む）
- ④ 損害賠償保険等に係る届出等が必要な場合
- ⑤ 介護の質を目的とした症例研修（スタッフ間の提供）
- ⑥ 介護実習等への提供が必要な場合
- ⑦ 介護の「情報の公表」において提供する場合
- ⑧ パンフレット・広報誌に掲載する場合

利用者名	
署名代行者名	

通所リハビリテーションの開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項説明書の説明を致しました。

記入日 2025 年 月 日（ ）

様自宅にてサービス担当者会議実施
契約書・重要事項説明書に記名・押印頂く

説明者

印

医療法人 徳洲会
南部徳洲会病院通所リハビリテーション事業所
作成日 2024 年 6 月 1 日