

シーサイド通所リハビリテーションセンター 重要事項説明書

<令和6年6月1日現在>

1. 事業者

- ・名称 医療法人 永寿会
- ・代表者 理事長 齋藤 秀樹
- ・主たる事務所の所在地 〒819-0165 福岡市西区今津 3810 番地

2. 事業所

- ・名称 シーサイド通所リハビリテーションセンター
- ・管理者 品川 裕治
- ・実施事業 (介護予防)通所リハビリテーション事業
- ・介護保険事業所番号 4071200051
- ・利用定員 35 名
- ・所在地 〒819-0165 福岡市西区今津 3810 番地
- ・電話・FAX番号 092-806-7273

3. 事業の目的

事業所の療法士その他の従業者が、要介護又は要支援状態にある利用者に対し、適正な（介護予防）通所リハビリテーションを提供することを目的としています。

4. 運営の方針

- ①要介護者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活活動の維持・回復を図る。
- ②生活の質の維持を重視した在宅療養が継続できるように支援する。
- ③事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

5. 事業実施地域及び営業時間

◎事業実施地域

福岡市西区、糸島市

※往復1時間以内で送迎可能な地域（それ以外の方はご相談ください。）

◎営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（12月30日～1月3日の5日間は休業します） ※8月13日～15日の3日間はサービスの提供はありません
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間帯	月曜日～土曜日 9時45分～16時15分

6. 職員の職種、員数及び職務内容等

当事業所職員の職種・員数・職務内容は次のとおりです。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	員数	職務内容
管理者(医師)	1名 (常勤兼務)	職員の管理及び業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。
理学療法士	1名以上 (常勤兼務)	運動・各種体操を手段として、立つ・歩くなどの基本的動作の能力の向上を図ります。(また、温熱療法等により痛みの軽減も図ります。)
作業療法士		作業や活動を手段として、排泄・入浴など基本的な日常生活動作の能力の向上を図ります。
言語聴覚士		口腔機能及び摂食・コミュニケーション能力の向上を図ります。
管理栄養士	1名以上 (常勤兼務)	低栄養状態にある方に栄養改善サービスの計画策定を行います。
看護職員 (看護師・准看護師)	1名以上 (非常勤専従)	心身の状態の把握や主治医との連携及び調整を図ります。
介護職員	4名以上 (常勤専従)	利用者の介護及びレクリエーション等の実施を行います。

7. 勤務体制

当事業所では、次の勤務体制をとっています。

職種	勤務時間
管理者、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士	9時～17時
看護職員(看護師・准看護師)	9時45分～15時15分 10時45分～16時15分
介護職員	8時30分～17時30分

8. サービスの内容

種類	内容
送迎	移動・移乗介助
健康チェック	血圧・体温・脈拍の測定
機能回復訓練	起立・歩行・階段昇降・マッサージ等
物理療法	赤外線・マイクロ・ホットリズミー等
日常生活動作訓練	食事動作・入浴動作・排泄動作
栄養改善	低栄養状態にある方の栄養ケア計画の作成及び実施
口腔機能の向上	口腔機能が低下している方の口腔機能改善計画の作成・実施
リハビリテーション マネジメント	個別リハビリテーション計画の策定・実施、介護支援専門員を通して他の事業所への日常生活上の留意点・介護の工夫等の情報の伝達
短期集中(個別) リハビリテーション	早期に、在宅における日常生活活動の自立性を向上させるための短期集中的なリハビリテーションの実施
レクリエーション	カラオケ・ゲーム・手工芸等
入浴	一般ラドン浴・リフトラドン浴、着脱・洗髪・洗身介助
食事・おやつ	常食・治療食準備・後始末介助・食事摂取介助

9. 個人情報の利用

事業者は、利用者及びご家族の個人情報を、次に記載の目的で利用します。利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、ご家族の個人情報を用いる場合はご家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。記載以外の目的で利用する必要がある場合には、その都度利用者等に同意の有無を確認します。

- ・医療・介護サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料
- ・介護の質の向上を目的とした当事業所内での症例研究
- ・パンフレット及び小冊子・デイケア通信等の写真の掲載
- ・当事業所において行われる介護体験実習への協力
- ・外部監査機関への情報提供
- ・医師賠償責任保険等に関わる医療に関する専門団体、保険会社等への相談又は届出等

10. 秘密保持

- ・職員は、業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を、正当な理由がなく第三者に漏らすことはありません。この守秘義務は、契約終了後においても同様です。
- ・当事業所は、職員又は職員であった者が、業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を、正当な理由がなく第三者に漏らすことがないように、必要な措置を講じます。

11. 業務継続計画の策定等

- ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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い必要な措置を講じます。
- ・職員に対し、業務継続計画を周知するとともに、必要な研修・訓練を定期的実施します。
- ・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。

12. 非常災害対策

非常災害発生時は、法人の災害対策マニュアルに沿って利用者の安全に対して万全を期すよう努めます。また、避難・救出訓練については、法人の計画に沿って行います。

13. 衛生管理等

利用者の使用する施設、食器その他の設備、飲用に供する水について衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。また、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の措置を講じます。

- ・感染対策委員会を定期的開催、その結果の職員に対する周知徹底
- ・感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備
- ・感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施

14. 事故発生時の対応

- ・利用者に対するサービスの提供にあたって事故が発生した場合には、速やかに利用者の身元引受人、市町村等に連絡するとともに必要な措置を講じます。
- ・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。ただし、事業者が故意・過失がない場合は、この限りではありません。

15. 緊急時等の対応

緊急事態の発生時は、緊急時対応マニュアルに沿って速やかに対応し、万全を期すよう努めます。また、必要に応じ主治医及び関係医療機関へ連絡を行います。

16. 第三者評価(外部評価)の実施状況

実施の有無 無

17. 苦情への対応

サービスに対する相談や苦情については、次の窓口で対応します。いつでもお気軽にお申し出ください。

◎苦情の受付について

苦情相談窓口	担当者	責任者
	連絡先	〒819-0165 福岡市西区今津 3810 番地 電話・FAX 番号：092-806-7273
	受付時間	月曜日～土曜日（年末年始を除きます） 8 時 30 分～17 時 30 分
苦情解決責任者		責任者

事業所に対する苦情や相談は、次の窓口でも受け付けています。

▽併設医療機関の苦情相談窓口

- ・医療法人永寿会シーサイド病院 地域連携室
〒819-0165 福岡市西区今津 3810 番地
電話番号：092-806-7171 FAX 番号：092-806-5021
受付時間：月曜日～土曜日(祝日、年末年始を除きます) 9 時～17 時
- ・医療法人永寿会シーサイド病院 併設事業所運営部
〒819-0165 福岡市西区今津 3810 番地
電話番号：092-806-7171 FAX 番号：092-806-5021
受付時間：月曜日～金曜日(年末年始を除きます) 9 時～17 時
- ・ご意見箱：同法人併設事業所内の 3 か所に設置（受付・本館・3 号館）

▽公的機関の苦情相談窓口

- ・福岡市西区保健福祉センター 福祉・介護保険課 電話番号 092-895-7066
- ・糸島市役所 介護保険課 電話番号 092-332-2070
- ・福岡県国民健康保険団体連合会事業部 介護保険課 電話番号 092-642-7859
- ・福岡県社会福祉協議会(福岡県運営適正化委員会) 電話番号 092-915-3511

18. サービスの利用にあたっての留意事項

送迎	基本は自宅から事業所までの送迎です（途中下車はお断りしております）。送迎時、鍵を預けられる場合は誓約書をご記入いただきます。乗車中は安全な走行を心がけておりますが、危険回避等によりやむを得ず急ブレーキをかける可能性がありますので、必ずシートベルトの着用をお願いします。
喫煙・飲酒	事業所内では喫煙・飲酒はできません。
外出	サービス利用時間中の自由な外出はできません。

現金の管理	利用者同士の金銭の貸借はトラブルの原因となりますのでご遠慮ください。また、サービス利用時には大金をお持ちにならないようにお願いします。やむを得ずご持参された場合は、金庫に保管させていただきますのでお申し出ください。
-------	---

19. サービス変更時の対応

サービスの変更を希望される場合は、通所リハビリ職員及び担当ケアマネジャーにご連絡ください。日程の変更は、出来る限り対応をさせていただきます。

(例) 来所予定日の変更、来所回数の変更、サービス内容の変更

電話でのご相談は、電話番号 092-806-7273 (直通) までご連絡ください。

20. 利用単位

【要介護認定を受けられている方】※数字は単位

区分	1～2 時間	2～3 時間	3～4 時間	4～5 時間	5～6 時間	6～7 時間
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

表 1 加算等

通所リハ感染症災害 3 %加算	所定単位数の 3%
通所リハ理学療法士等体制強化加算	30 単位 (1 日につき)
通所リハ提供体制加算 1	12 単位 (1 回につき)
通所リハ提供体制加算 2	16 単位 (1 回につき)
通所リハ提供体制加算 3	20 単位 (1 回につき)
通所リハ提供体制加算 4	24 単位 (1 回につき)
通所リハ入浴介助加算 I	40 単位 (1 日につき)
通所リハ入浴介助加算 II	60 単位 (1 日につき)
リハビリテーションマネジメント加算イ 開始月から 6 か月以内 / 開始月から 6 か月超	560 単位 / 240 単位 (1 月につき)
リハビリテーションマネジメント加算ロ 開始月から 6 か月以内 / 開始月から 6 か月超	593 単位 / 273 単位 (1 月につき)
リハビリテーションマネジメント加算ハ 開始月から 6 か月以内 / 開始月から 6 か月超	793 単位 / 473 単位 (1 月につき)
リハビリテーションマネジメント加算 4 医師が利用者等に説明し、同意を得た場合	270 単位 (1 月につき)
通所リハサービス提供体制加算 I ※介護福祉士割合 7 割以上または勤続 10 年以上 介護福祉士 2 割 5 分以上	22 単位 (1 日あたり)
通所リハサービス提供体制加算 II	18 単位 (1 日につき)
通所リハサービス提供体制強化加算 III	6 単位 (1 日につき)
通所リハ短期集中個別リハ加算 ※退所・退院日又は認定日から起算して 3 月以内	110 単位 (1 日につき)

通所リハ移行支援加算	12 単位（1 日につき）
通所リハ生活行為向上リハ加算 ※開始月から 6 月以内の期間に行われた場合	1250 単位（1 月につき）
通所リハ栄養アセスメント加算	50 単位（1 月につき）
通所リハ栄養改善加算	200 単位（1 回につき） ※原則 3 か月以内月 2 回を限度
通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位（1 回につき） ※6 月に 1 回を限度
通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位（1 回につき） ※6 月に 1 回を限度
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 単位（1 回につき） ※月 2 回を限度
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155 単位（1 回につき） ※月 2 回を限度
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160 単位（1 回につき） ※月 2 回を限度
通所リハ重度療養管理加算	100 単位（1 日につき）
通所リハ中重度者ケア体制加算	20 単位（1 日につき）
通所リハ送迎減算	47 単位減算（片道につき）
通所リハ退院時共同指導加算	600 単位（1 回につき） ※退院時 1 回を限度
通所リハ科学的介護推進体制加算	40 単位（1 月につき）
処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の 53/1000 加算

【要支援認定を受けられている方】

区分	単位数	備考
要支援 1	2268 単位（月額）	・当事業所においては週 1 回まで利用可能 ・利用開始の月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合 120 単位減算
要支援 2	4228 単位（月額）	・当事業所においては週 2 回まで利用可能 ・利用開始の月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合 240 単位減算

表 2 加算等

予防通所リハ退院時共同指導加算	600 単位（1 回につき）
予防通所リハ栄養アセスメント加算	50 単位（1 月につき）
予防通所リハ栄養改善加算	200 単位（1 月につき）
予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位（1 回につき） ※6 月に 1 回を限度
予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位（1 回につき） ※6 月に 1 回を限度
予防通所リハ口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位（1 月につき）

予防通所リハ口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位（1 月につき）
予防通所リハ一体的サービス提供加算	480 単位（1 月につき）
予防通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 1	要支援 1 88 単位（1 月につき）
予防通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2	要支援 2 176 単位（1 月につき）
予防通所リハサービス提供体制加算Ⅱ 1	要支援 1 72 単位（1 月につき）
予防通所リハサービス提供体制加算Ⅱ 2	要支援 2 144 単位（1 月につき）
予防通所リハサービス提供体制加算Ⅲ 1	要支援 1 24 単位（1 月につき）
予防通所リハサービス提供体制加算Ⅲ 2	要支援 2 48 単位（1 月につき）
予防通所リハ科学的介護推進体制加算	40 単位（1 月につき）
生活行為向上リハビリテーション実施加算 ※開始月から 6 月以内の期間に行われた場合	562 単位（1 月につき）
予防通所リハ処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の 53/1000 加算

※所定単位数に 10.55 円を乗じて得た額を算定します。

21. 保険外費用

食費 1 食 550 円

送迎サービスは基本料金に含みます。

22. 利用料のお支払方法等

- ・利用者負担金は、1 か月ごとにお支払いいただきます。
- ①サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則として厚生労働大臣が定める自己負担割合に応じた金額をお支払いいただきます。
- ②サービスが介護保険の適用を受けない部分については、サービス費全額（10 割）をお支払いいただきます。
- ③保険料の滞納などにより厚生労働大臣が定める自己負担割合に応じた金額で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続が必要になります。

◎利用料のお支払方法

利用料は毎月 15 日頃、月単位で請求いたしますので、次のいずれかの方法により毎月末日までにお支払いください。

- ・現金
- ・預貯金口座振替（別途申込みが必要です。振替手数料は事業者が負担します）
- ・銀行振込（振込手数料は利用者の負担となります）

◎領収書の発行

利用者から利用料の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

23. その他

サービス提供に関する記録等については、この契約の終了の日から 5 年間保存します。
この説明書に記載のあるもののほか、必要事項は別に定めます。
ご不明の点があれば、職員までお気軽にお尋ねください。

以上

