

重要事項説明書

2026 年 6 月 1 日 改訂

1. 通所リハビリテーションちばなの概要

法人名 / 代表者名	社会医療法人 敬愛会 / 理事長 宮里善次
法人所在地 / 電話番号	沖縄市字登川 610 番地 電話 098-939-1300
事業所名 / 管理者	敬和医院 通所リハビリテーション ちばな / 兼島 洋
事業所所在地 (電話番号・FAX 番号)	沖縄市字登川 566 番地 電話 098-939-2307 FAX 098-939-2437
指定年月日	令和4年2月1日
介護保険指定事業者番号	4710412943
サービスを提供する 通常の実施地域	沖縄市・嘉手納町 うるま市(旧具志川市・旧石川市)
利用者定員	70名

2. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	指定居宅サービス事業所は適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従事者はケアプランに基づき要介護者または要支援者に対し、適切なリハビリテーションを提供する事を目的とします。
運営の方針	事業所の従事者は要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るように通所リハビリテーションの提供を行います。実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り良質な通所リハビリテーションの提供に努めます。

3. 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日・営業時間	月～土曜日 8時～17 時
休業日	日曜・年始(1 月 1 日～1 月 2 日)
サービス提供時間	9時45分～16時

4. 事業所の職員体制

職	人員数	職務内容
管理者(又は 管理者代行)	1 名	従業者に法令等の規則を遵守させるため必要な指揮命令を行います。
専任医師	1 名以上	利用者に対する医学的な管理指導を行います。
理学療法士・ 作業療法士	3 名以上	①医師及び理学療法士その他の従業者は、診療又は運動機能検査等を基に協同して利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、具体的なサービスの内容などを記載した通所リハビリテーション計画書を作成するとともに利用者などへの説明を行い、同意を得ます。 ②通所リハビリテーション計画書に基づき必要なリハビリテーション及び介護ならびに日常生活上の世話をを行います。 ③指定通所リハビリテーションの実施状況の把握及び通所リハビリテーション計画の変更を行います。
看護師	1 名以上	
介護福祉士 介護助手	8 名以上 1 名以上	

5.-(1) 提供するサービスの内容について

サービスと種類	サービス内容
通所リハビリテーション 計画の作成	利用者に係る居宅介護支援事業所が作成した居宅サービス計画に基づき、利用者の意向や心身の状況などのアセスメントを行い、援助の目的に応じて具体的なサービス内容を定めた通所リハビリテーション計画を作成します。
利用者宅への送迎	事業所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。
食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して介助を行います。また嚥下困難者のためのキザミ食、流動食などの提供を行います。
入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴(全身浴、部分浴)の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪を行います。
排泄介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車椅子への移乗の介助を行います。
服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い服薬の確認を行います。
日常生活動作の訓練	利用者の能力に応じて食事、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
レクリエーションを 通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、理学療法士・作業療法士若しくは言語聴覚士(以下「理学療法士等」という)又は看護師若しくは准看護師が、専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
リハビリテーション マネジメント	医師・理学療法士等・その他の職種が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成します。実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が指定通所リハビリテーションを行い、利用者の状態を定期的に記録します。又定期的に評価し、必要に応じて計画を見直します。 指定居宅介護支援事業所を通じて、指定訪問介護事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。 医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、通所開始日から起算して 1 月以内に利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行います。
短期集中個別 リハビリテーション	集中的にリハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に行います。退院(退所)日または認定日から起算して3月以内の期間に1週間につき概ね2回以上、1回あたり40分以上の個別リハビリを行います。
重度療養管理	頻回な喀痰吸引、人工呼吸器、人工腎臓、ストマ、経管栄養、皮下組織まで及ぶ褥瘡、気管切開など医療的処置が必要とされる方の計画的な医学的管理を継続的に行います。

【介護予防】

運動器機能向上	利用者の心身の状態の維持又は向上を目的として、医師・理学療法士等・看護職員・介護職員が共同して、運動機能向上計画を作成します。利用者ごとの運動機能向上計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等若しくは看護職員が運動機能向上サービスを行い、利用者の運動器の機能を定期的に記録します。又定期的に評価し、必要に応じて計画を見直します。
---------	--

5.-(2)従業員の禁止行為

- ① 医療行為(但し、医師が行なう場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行なう診療の補助行為を除く)
- ② 利用者又は家族の金銭、預金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
- ⑥ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
(利用者または第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除く)

6. 利用料金

利用料については、法定代理受領サービスである指定通所リハビリテーションに係わる利用料(介護報酬の負担割合による)を徴収します。なお、利用者が正当な理由なく利用料を3ヶ月以上滞納した場合は、事業所は3ヶ月以内の期限を定め督促し、なお支払わないときは契約を解除することが出来るものとします。

7. サービスの提供に当たっての留意事項

- (1) 主治医からの指示事項等がある場合には申し出てください。
- (2) 気分が悪くなった時には速やかに申し出てください。
- (3) 共有の施設・設備は他の迷惑にならないように利用してください。
- (4) 利用予定日に利用をキャンセルする場合、午前9時00分までに連絡して頂きますようお願い致します。(食事の注文が午前9時までのため)
- (5) 当施設では昼食・おやつ以外の飲食(持参したお菓子を食べる等)は禁止しております。
利用者個々により飲食に制限のある方もおりますので、ご協力お願い致します。
- (6) 自宅への送迎も含めたサービス提供となっているため、自宅以外への送迎はできません。

8. 守秘義務

- (1) 事業者及びその従業員は、通所リハビリテーションを提供する上で知り得た利用者またはその家族の個人情報の秘密を守ることを義務とします。この守秘義務は本契約が終了した後も継続します。
- (2) 前項にかかわらず利用者に係わるサービス担当者会議等において連携を取るなどの正当な理由がある場合に限り、必要最低限の利用者またはその家族の個人情報をを用いることができるものとします。
- (3) 通所リハビリテーション実施計画書を作成するにあたり、必要な最低限度の個人情報についても他機関から得ることができるものとします。その場合も正当な理由なく第三者に漏洩することがないよう細心の注意を払うものとします。

9. 虐待防止について

当事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止などのために、次に掲げるとおり必要な処置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	田場 辰典 (通所リハビリ管理代行)
-------------	--------------------

- (2) 苦情解決体制の整備

- (3) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

10. 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医へ連絡を行うなどの必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

11. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、万一の事故に備え下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、下記の保険会社と協議の上損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

損害保険会社名 (株)損害保険ジャパン

12. 非常災害対策

当事業所は、非常災害に際して次に掲げるとおり必要な処置を講じます。

- (1) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備します。
- (2) 非常災害計画に関し、定期的に従業員に周知し、訓練を実施します。
- (3) その他「自然災害発生時の業務継続ガイドライン」「介護施設・事業所における業務継続ガイドライン」等に沿って対応を行います。

13. 感染症の予防及びまん延防止対策

当事業所は、感染症の予防及びまん延防止のために次に掲げるとおり必要な処置を講じます。

- (1) 利用者・従業員の体調管理：検温・体調チェックを毎日行い、発熱時はお休みいただきます。
- (2) 消毒・換気：事業所内の定期的な拭き掃除・換気を行い、対応前後の手指消毒を行っています。
- (3) 従業員に対する感染症の予防及びまん延防止に関する研修を実施しています。
- (4) その他「介護現場における感染対策の手引き」「介護職員のための感染対策マニュアル」等に沿って対応を行います。

14. サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

提供した指定通所リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

(2) 苦情申立の窓口

	相談窓口	連絡先	受付時間
通所リハビリテーションちばな	管理代行	098-939-2307(直通) FAX:098-939-2437	月曜日～土曜日 8:00～17:00
社会医療法人 敬愛会	医療安全推進部	098-939-1300(中頭病院) 098-923-1260(敬和医院) 098-939-1301(ちばなクリニック)	月曜日～土曜日 (土曜日は12:30まで) 8:30～17:30
市町村	沖縄市介護保険課	098-939-1212 FAX:098-939-7739	月曜日～金曜日 8:30～17:15
	うるま市介護長寿課	098-973-3208 FAX:098-982-6041	
	嘉手納町福祉課	098-956-1111 FAX:098-956-0843	
沖縄県国民健康保険団体連合会	介護処理相談窓口	098-860-9026	月曜日～金曜日 8:30～17:00

15.福祉サービスの第三者評価

有・☒無

直近の実施日	
評価機関	
評価結果の開示	

通所リハビリテーションの利用料について

【 要介護の方 】 要介護1～5

※基本料金は一回分の金額となります。

サービス提供時間		6時間以上7時間未満		
基本単位		1割負担	2割負担	3割負担
大規模型	要介護1	675円	1,350円	2,025円
	要介護2	802円	1,604円	2,406円
	要介護3	926円	1,852円	2,778円
	要介護4	1,077円	2,154円	3,231円
	要介護5	1,224円	2,448円	3,672円

加 算	1割負担	2割負担	3割負担	対象者	算定回数など
リハビリテーション マネジメント加算(ロ)	593円	1,186円	1,779円	対象者のみ	1ヵ月に1回
リハビリテーション提供体制 加算	12～24円	24～48円	36～72円	3時間以上 利用時のみ	サービス提供回数
短期集中個別リハビリテー ション実施加算	110円	220円	330円	対象者のみ	実施した回数
口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)	(Ⅰ)150円 (Ⅱ)160円	(Ⅰ)300円 (Ⅱ)320円	(Ⅰ)450円 (Ⅱ)480円	対象者のみ	1ヵ月に1回
重度療養管理加算	100円	200円	300円	対象者のみ	サービス提供回数
中重度者ケア体制加算	20円	40円	60円	要介護の方 全員	サービス提供回数
入浴介助加算Ⅰ	40円	80円	120円	対象者のみ	入浴介助を実施した回 数
科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円	全員	1ヵ月に1回
サービス提供体制強化加 算(Ⅰ)	22円	44円	66円	全員	サービス提供回数
栄養アセスメント加算	50円	100円	150円	全員	1ヵ月に1回
介護職員処遇改善加算Ⅰ	合計単位数×0.111%			全員	1ヵ月に1回
食事代(おやつ込み)	500円			対象者のみ	食事を提供した回数

【 要支援の方 】 要支援1・2

※基本料金は一月分まとめた金額になります。

サービス提供時間	6時間以上7時間未満		
基本単位	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,268円	4,536円	6,804円
要支援2	4,228円	8,456円	12,684円

加 算		1割負担	2割負担	3割負担	対象者	算定回数など
一体的サービス提供加算		480円	960円	1,440円	対象者のみ	1ヶ月に1回
栄養アセスメント加算		50円	100円	150円	全員	1ヵ月に1回
口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)		(Ⅰ)150円 (Ⅱ)160円	(Ⅰ)300円 (Ⅱ)320円	(Ⅰ)450円 (Ⅱ)480円	対象者のみ	1ヶ月に1回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	支援1	88円	176円	264円	全員	1ヶ月に1回
	支援2	176円	352円	528円		
科学的介護推進体制加算		40円	80円	120円	全員	1ヶ月に1回
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数×0.111%			全員	1ヶ月に1回
利用12月超過減算	支援1	△120円	△240円	△360円	対象者	1ヶ月に1回
	支援2	△240円	△480円	△720円		
食事代(おやつ込み)		500円			対象者のみ	食事を提供した回数

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-----------------

通所リハビリテーションを開始するにあたり、重要事項説明書の内容について利用者に説明を行いました。

通所リハビリテーション ちばな 説明者	
------------------------	--

重要事項説明書の説明を事業者から確かに受け、サービス提供開始に同意します。

利用者	住所	
	氏名 (自署)	

代理人	住所	
	氏名	(続柄:)

* 本人が自署できない場合に記入