

介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

< 2024年12月1日現在 >

1. 事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	一般財団法人杏仁会
代 表 者 名	伊津野 良治
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 熊本市中央区渡鹿5丁目1-37 (電話) 363-0101 (FAX) 363-3363

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	介護老人保健施設 フォレスト熊本
所在地・連絡先	(住所) 熊本市中央区渡鹿5丁目1-37 (電話) 363-0101 (FAX) 363-3363
事 業 所 番 号	4350180172
管理者の氏名	上妻 和夫
利 用 定 員	100名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数
管 理 者	1人
医 師	1人
理学療法士等	6人以上
看護・介護職員等	20人以上
支援相談員	1人
事 務 職 員 等	2人

(3) 職員の勤務体制

従 業 者 の 職 種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務
医師	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務
介 護 職 員	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務
看 護 職 員	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務

(4) 事業の実施地域(校区)

事業の実施地域	大江、白川、碩台、黒髪、託麻原、西原、帯山西
---------	------------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営 業 日	営 業 時 間
平 日	８：３０～１７：３０
祝 日	８：３０～１７：３０
土 曜 日	８：３０～１７：３０

営業しない日	日曜日・１２月３１日～１月３日（原則として）
--------	------------------------

3. サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

① 共通サービス

種 類	内 容
排 泄	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

相談及び援助	ご利用者とそこご家族からの相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎サービスの利用は任意です。ご自宅以外での乗降はできません。

②選択サービス

運動機能向上	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種が協同してリハビリテーション実施計画書を作成します。それを基に利用者の状況に適したリハビリテーションを行い、身体認知機能及び日常生活活動能力の維持回復に努めます。 ＜当施設の保有するリハビリ器具・環境＞ 各種測定機具、血圧計、心理機能検査、各種歩行補助具、各種歩行器、各種日常生活活動訓練用器具、家事用設備、和室、一般浴槽、パワーリハビリテーション、自転車エルゴメーター、ニューステップ、屋外歩行ルート 運動療法器具(足関節矯正起立訓練板、壁面用肋木、プーリー各種マット訓練台、平行棒、姿勢矯正用鏡、歩行訓練用階段重錘バンド、バランスマット等) 物理療法機器（低周波、ホットパック、マイクロウェーブ、メドマー）
栄養改善	低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対して管理栄養士が看護職員・介護職員と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービス（栄養相談・調理実習他）を行います。
口腔機能向上	歯科衛生士・看護師・言語聴覚士などが口腔機能改善の為の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施（口腔衛生の管理・摂食・嚥下機能訓練他）を行います。

③費用

介護保険の適用がある場合は、原則として介護保険の負担割合に応じた額が利用者負担となります。

【料金表】

○ 共通サービス（1ヵ月につき） ※介護保険1割負担の場合

介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	要支援2
	2, 268円	4, 228円

○選択サービス加算（１ヵ月につき）

種 類		介護保険１割負担額
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始から６月以内	５６２円
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位× －１／１００
業務継続計画未策定減算		所定単位× －１／１００
若年性認知症利用者受入加算		２４０円
利用を開始した日の属する月から 起算して１２月を超えた期間に利 用した場合	要支援１	－１２０円
	要支援２	－２４０円
栄養アセスメント加算		５０円
栄養改善加算		２００円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	６月に１回限度	２０円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	６月に１回限度	５円
口腔機能向上加算（Ⅰ）		１５０円
口腔機能向上加算（Ⅱ）		１６０円
一体的サービス提供加算		４８０円
科学的介護推進体制加算		４０円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援１	８８円
	要支援２	１７６円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		合計金額 × ８．６％

※退院時共同指導加算 ６００円／回

- ・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、ご利用者の介護予防支援サービス計画書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。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、ご利用者は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。

（２）介護保険給付対象外サービス

①サービス内容

種 類	内 容
食 事	（食事時間）１２：００～１３：００ 栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。食事サービスの利用は任意です

②費用

○通常要する時間を超えるサービス

ご利用者の希望により、通常提供する介護予防通所リハビリテーションサービスの所要時間を超えて、サービスを提供する場合は、別途負担が必要となります。

介護度	料 金
要支援	１，０００円／時間

○食費

食事サービスを受ける方は、食材料費及び調理に係る費用として８００円（飲み物・おやつ代含む）が必要となります。

○おむつ代

おむつを使用された場合は、使用した枚数をご返却下さい。

○その他の費用

介護予防通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、ご利用者に負担していただくことが適当と認められる費用は、ご利用者の負担となります。

（３）利用料等のお支払方法

毎月１５日以降に前月分の請求明細書を発行いたします。支払い方法は、原則として銀行自動振替となっております。それ以外の方法をご希望される場合には１階受付までご相談下さい。尚、領収書は再発行いたしませんので、大切に保管してください。また、再発行の際には、手数料を頂きます。

４．事業所の特色等

（１）事業の目的

一般財団法人杏仁会が開設する、介護予防通所リハビリテーションフォレスト熊本が行う介護予防通所リハビリテーションの事業の適切な運営を確保する為に、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が要支援者に対して介護予防通所リハビリテーションを行います。

(2) 運営方針

要支援者に対して、そのご利用者が居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持回復を図ります。また、認知症の進行防止、予防の為にアクティビティケアを中心に1ヵ月のサークル活動を計画し個々にあったケアを提供します。

(3) その他

事 項	内 容
介護予防通所リハビリテーション計画の作成及び事後評価	地域包括支援センター又は委託を受けた介護予防支援事業者、医師等の従業者が、ご利用者の直面している課題等を評価し、ご利用者の希望を踏まえて、介護予防通所リハビリテーション計画を作成致します。
従業員研修	施設内、施設外での研修会を行っています

5. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 石田 一成 利用時間 8：30～17：30 利用方法 電話（363-0101） 面接（当事業所1階相談室） 苦情箱（フォレスト熊本1階・4階）
円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理手順	① 苦情処理台帳を作成いたします。 ② 苦情についての事実確認を行ないます。 ③ 苦情処理方法を記載し、管理者によって決議します。 ④ 処遇処理について関係者と連携、調整を行ないます。 ⑤ 苦情処理方法及び改善内容について利用者にご説明・確認を行ないます。 ⑥ 苦情処理は原則として1日以内に行ないます。 ⑦ 苦情処理についての成果等を台帳に記録し保管致します。

その他	① 当事業所に対する利用者等からの苦情について、市町村または国民健康保険団体連合会が行う調査等に協力し、改善等の指示を受けた場合は速やかに改善します。 ② 当事業所が行なうサービスの提供により、利用者に賠償すべき事故が発生した時には、速やかに賠償します。 ③ 利用者苦情相談窓口 熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 〒862-0911 熊本市東区健軍1丁目18番7号 TEL ; 096-214-1101 FAX ; 096-214-1105
-----	--

6. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変があった場合は、速やかにご利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、介護予防支援サービス計画書を作成した介護予防支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病 院 名 及 び 所 在 地	
	氏 名	
	電 話 番 号	
緊急時連絡先（家族等） ①	氏名（続柄）	()
	電 話 番 号 ①	
	電 話 番 号 ②	
緊急時連絡先（家族等） ②	氏名（続柄）	()
	電 話 番 号 ①	
	電 話 番 号 ②	

7. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	7個所
	避難階段	2個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導等	あり	自動通報装置	あり
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	熊本市中央消防署への届出日：平成10年2月25日 防火管理者：柳澤 明洋			

※災害、感染症等の発生に備え、利用者へのサービスの提供の継続、早期に再開する為の計画（BCP：業務継続計画）を策定し、必要な措置を講じます。建物の被災、職員の勤務状況により、サービスを休止または縮小することがあります

8. 個人情報保護

当施設は、当施設が保有している当施設の利用者、その他関係者の個人情報について、個人情報保護に関する法令およびその他の規範を遵守します。また、当施設が取得する個人情報の利用目的を定め、特定された利用目的達成に必要な範囲を越えた個人情報の取扱いを行いません

9. 身体拘束適正化に向けた取り組み

利用者の尊厳と主体性を尊重し、拘束廃止に向けた強い意志を持ち、拘束を安易に正当化することなく、拘束・虐待を行わないケアの実践に努めています。身体拘束適正化委員会の設置・開催、職員研修の開催、ガイドラインの作成を行い、必要時には適正な取り扱いを行います。

10. 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地域包括支援センター又は委託を受けた介護予防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。
- 施設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。
- 当施設は全館禁煙となっています。
- 他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。また職員への著しい迷惑行為、ハラスメント等は固くお断りします。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他のご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。
- 体調がすぐれない時には、無理をせずにかかりつけの病院を受診して下さい。また病院への入院や他の施設をご利用される場合に必ずご一報下さい。
- 介護予防通所リハビリテーション利用日には病院の外来受診はできません。（緊急の場合は除きます）
- 欠席される場合は、朝8時30分までにご連絡下さい。
- 施設職員へのお心付けは固くお断りしています。

個人情報の使用について

フォレスト熊本でサービスを利用するにあたり、以下の内容で個人情報を使用することに同意します。

【個人情報の使用目的】

- ◆ 居室や食札等での名前の表示
- ◆ サービス利用に関する会議やケアプランでの情報提供
- ◆ 退所や緊急時に伴う情報提供

フォレスト熊本での行事・サークル活動時の写真使用について

私の肖像などを撮影した写真を使用することを

☐ 同意しません

☐ 以下の内容で同意します。

この同意により、本人または第三者からの異議申し立てはしません。

【肖像権の使用目的】

利用者本人	ご家族
☐ 施設内ホームページ・SNS ☐ 広報誌 ☐ 苑内の掲示	☐ 施設内ホームページ・SNS ☐ 広報誌 ☐ 苑内の掲示 ☐ 同意しません

※当施設で撮影したものは、提供致しません。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

年 月 日

事 業 者 住所 熊本市中央区渡鹿5丁目1-37
事業者（法人）名 一般財団法人 杏仁会
施設名 介護老人保健施設フォレスト熊本
（事業所番号） 4350180172
代表者名 施設長 上妻 和夫

説 明 者 職 名
氏 名

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

年 月 日

利用者 住所
氏名

代理人（選任した場合） 住所
氏名

署名代行者

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住所
氏名
続柄
署名を代行した理由