

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
入 浴	入浴又は清拭を行います。 座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 入浴サービスの利用は任意です。
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。
アクティビティケア	ご利用者に嗜好調査等を行い、月間スケジュールのもと趣味活動を通して生きがい、役割づくりを図る目的で行います。

リハビリ テーション	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）
相談及び援助	ご利用者とその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費用

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】 ※1割負担の場合

○所要時間1時間以上2時間未満の場合

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
369円	398円	429円	458円	491円

○所要時間2時間以上3時間未満の場合

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
383円	439円	498円	555円	612円

○所要時間3時間以上4時間未満の場合

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
486円	565円	643円	743円	842円

○所要時間4時間以上5時間未満の場合

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
553円	642円	730円	844円	957円

○所要時間5時間以上6時間未満の場合

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
622円	738円	852円	987円	1,120円

○所要時間6時間以上7時間未満の場合

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
715円	850円	981円	1,137円	1,290円

○所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
7 6 2 円	9 0 3 円	1, 0 4 6 円	1, 2 1 5 円	1, 3 7 9 円

○加算

種 類		介護保険 1 割負担額の場合
高齢者虐待防止措置未実施減算		合計金額 ×－1／1 0 0
業務継続計画未策定減算		合計金額 ×－1／1 0 0
理学療法士等体制強化加算		3 0 円／日
リハビリテーション提供体制加算	3 時間以上 4 時間未満	1 2 円／日
	4 時間以上 5 時間未満	1 6 円／日
	5 時間以上 6 時間未満	2 0 円／日
	6 時間以上 7 時間未満	2 4 円／日
	7 時間以上 8 時間未満	2 8 円／日
入浴介助加算（Ⅰ）		4 0 円／日
入浴介助加算（Ⅱ）		6 0 円／日
リハビリテーションマネジメント加算 イ	開始から 6 月以内	5 6 0 円／月
	開始から 6 月超	2 4 0 円／月
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	開始から 6 月以内	5 9 3 円／月
	開始から 6 月超	2 7 3 円／月
リハビリテーションマネジメント加算 ハ	開始から 6 月以内	7 9 3 円／月
	開始から 6 月超	4 7 3 円／月
リハビリテーションマネジメント加算	医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	2 7 0 円／月
短期集中個別リハビリテーション実施加算		1 1 0 円／日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）週 2 日を限度		2 4 0 円／日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）		1, 9 2 0 円／月
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日から 6 月以内	1, 2 5 0 円／月
若年性認知症利用者受入加算		6 0 円／日
栄養アセスメント加算		5 0 円／月
栄養改善加算（月 2 回を限度）		2 0 0 円／日
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6 月に 1 回限度）		2 0 円／月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6 月に 1 回限度）		5 円／月
口腔機能向上加算（Ⅰ）（月 2 回を限度）		1 5 0 円／日
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ（月 2 回を限度）		1 5 5 円／日
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ（月 2 回を限度）		1 6 0 円／日
重度療養管理加算		1 0 0 円／日

中重度者ケア体制加算	20円／日
科学的介護推進体制加算（1月につき）	40円／月
事業所が送迎を行わない場合（片道につき）	－47円
退院時共同指導加算	600円／回
移行支援加算	12円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円／日
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	合計金額 × 8.6%

- ・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。領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

（２）介護保険給付対象外サービス

○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
要介護 1～2	1, 200円／時間
要介護 3～5	1, 500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

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、指定通所リハビリテーションフォレスト熊本が行う指定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、事業所の職員が要介護状態になった利用者に対し、適切な通所リハビリテーションを提供する事を目的とします。

(2) 運営方針

要介護状態等となった場合においても、その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ヶ月のサークル活動を計画し希望の方に対して個々にあったケアを提供します。

(3) その他

事 項	内 容
通所リハビリテーション計画の作成及び事後評価	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、通所リハビリテーション計画を作成致します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果をリハビリテーション会議で説明し、課題解決を図ります。
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）、居宅サービス計画を作成した居宅介護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			

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ご利用者、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ないません。

9. 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。
- 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利用される場合には必ずご一報下さい。
- 通所リハビリ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、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、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