

# 通所リハビリテーション重要事項説明書

医療法人 牧山医院 通所リハビリテーション グリーンケア  
(通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション)

## 1 通所リハビリテーション事業者の概要

名称・法人種別	医療法人 牧山医院
代表者名	理事長 牧山 隆雄
所在地・連絡先	(住所) 大村市宮小路2丁目1408番地 (電話) 0957-55-7831 (FAX) 0957-55-9266

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	医療法人牧山医院 通所リハビリテーショングリーンケア
所在地・連絡先	(住所) 大村市宮小路2丁目1408 (電話) 0957-55-7831 (FAX) 0957-55-9266
事業所番号	4270500426
管理者の氏名	牧山 隆雄
利用定員	1日40名

### (2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後の 人数(人)	職務内容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管理 者	1	1		0.1	統括管理
医 師	1	1		0.1	統括管理
理学療法士	5	5		4.1	理学療法
作業療法士	0	0		0	作業療法
管理栄養士	1	1		0.1	栄養のケア
看護職員	3	3		3	・同上補佐 ・健康チェック
介護職員	8	8		8	介助及び送迎

※理学療法士 1名 令和6年4月26日から産休

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休 暇
管理者	正規の勤務時間帯（8:30～18:00） 常勤で勤務	日曜、祝日
医 師	正規の勤務時間帯（8:30～18:00） 常勤で勤務	日曜、祝日
理学療法士	正規の勤務時間帯（8:30～18:00） 常勤で勤務	日曜、祝日 交代制
作業療法士	正規の勤務時間帯（8:30～18:00） 常勤で勤務	日曜、祝日
管理栄養士	正規の勤務時間帯（8:30～18:00） 常勤で勤務	日曜、祝日
介護職員	正規の勤務時間帯（8:30～18:00） 常勤、非常勤で勤務	日曜、祝日 交代制
看護職員	正規の勤務時間帯（8:30～18:00） 常勤で勤務	日曜、祝日 交代制

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	大村市全域および東彼杵町
---------	--------------

(5) 営業日及び営業時間

営業日	営業時間
平 日	8:45～18:00
土 曜 日	8:45～18:00
営業しない日	日曜日・祝日・12月30～1月3日・ 8月14日～16日

※ 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

### 3 サービスの内容および費用

#### (1) 介護保険給付及び介護予防給付対象サービス

##### ア サービス内容

種類	内容
機能訓練 (リハビリ)	<p>理学療法、作業療法による集団・個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、心身機能の維持回復に努めます。</p> <p>〈当施設の保有するリハビリ器具〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歩行訓練用階段 1台 ・ ホットパック</li> <li>・ 交互滑車運動器 6台 ・ チルトテーブル(傾斜台)</li> <li>・ S S P・低周波治療器 1台 ・ エルゴメーター</li> <li>・ マイクロウェーブ 2台 ・ レッグプレス</li> <li>・ トーソー</li> <li>・ 平行棒 2台 ・ 訓練用マット 3台</li> <li>・ プロテクノ EMS</li> <li>・ エアークッション 4個</li> <li>・ ストレッチポール 下肢用 3つ 体幹用 2つ</li> <li>・ 牽引</li> </ul>
食事	<p>(食事時間) 12:00～13:00</p> <p>栄養士のたてる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。</p> <p>食事サービスの利用は任意です。</p>
入浴	<p>入浴または清拭を行います。</p> <p>寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴サービスも可能です。</p> <p>入浴サービスの利用は任意です。</p>
送迎	<p>ご自宅から施設までの送迎を行います。</p> <p>送迎サービスの利用は任意です。</p>
レクリエーション	<p>利用者の生活面での指導・援助を行います。</p> <p>各種レクリエーションを実施します。</p>
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。
相談および援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
排泄	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。
その他	日常生活介助全般

## 通所リハビリテーション加算項目の内容

リハビリテーションマネジメント加算	ケアマネジメントの一環で理学療法士、作業療法士、看護職員、介護職員がリハビリテーションに関する解決すべき課題を把握し、それに基づく評価を行います。その後多職種協働によりカンファレンスを行い、リハビリテーション実施計画を作成します。
リハビリテーション提供加算	理学療法士・作業療法士・言語療法士の合計数が利用者の数が 25 又はその端数を増すごと 1 以上である
短期集中個別リハビリテーション加算	状態に応じて、基本的動作能力・応用的能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを行う。
理学療法士強化加算	理学療法士・作業療法士・言語療法士専従かつ常勤で 2 名配置している。
リハビリテーションマネジメント加算 (医師の説明)	医師がリハビリテーション実施計画書をご利用様・御家族様へ説明を行う。
退所時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、理学療法士、作業療法士若しくは言語療法士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に利用となった場合。
入浴介助体制加算	入浴介助を行います。寝たきりで座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
サービス提供体制強化加算	サービスの質の確保を図りつつ、人員配置基準等の要件を満たし、効率的かつ適切なサービス提供に向けた体制。(介護福祉士全員取得)

### イ 費用（通所リハビリテーションの利用料）

- ・ 料金表は別表を参照
- ・ 通所リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該リハビリテーションが法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合に応じた額とする。
- ・ 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、お客様の居住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。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に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、お客様は料金表の利用料金全額をお支払ください。

- ・ 利用料のお支払と引き換えに領収書を発行します。

#### (2) 介護保険給付対象外サービス

- 食材料費

食事サービスを受ける方は、材料費の実費が必要となります。

**利用者様全額自己負担分 ①と②いずれも**

食事を提供する費用（1日につき）	550円
------------------	------

- おむつ代（リハビリパンツ代、尿とりパット代等も含む）

おむつ等を使用される方は、実費相当が必要となります。

- 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わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

#### (3) 利用料等のお支払い方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、月末までに現金にてお支払い  
くか当月27日に前月分を口座から引落しのお支払になります。

### 4 事業所の特色等

#### (1) 事業の目的

医療法人牧山医院が開設する通所リハビリテーション事業所の適正な運営を図るため、人員および管理運営に関する事項を定め、事業所に所属する医師および理学療法士、作業療法士並びに経験看護師、介護職員、その他の職員が介護保険要介護認定者および要支援認定者に対し、適正なリハビリテーションと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する。

#### (2) 運営方針

- ・ 認定者等に対し、その利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを方針とする。

- ・ 事業所は、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、大村市、東彼杵町および関係市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他の介護保健施設等との密接な連携に務め事業の円滑化を期する。

(3) その他

事 項	内 容
通所リハビリテーション計画の作成および事後評価	医師等の従業者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況を評価しその結果を診療記録に記載してお客様に説明の上交付します。
従業員研修	採用時研修 採用後1ヶ月以内 持続研修 年2回 の研修を行っています。
秘密保持	従業者は、又は従業者であったものに業務上知り得た、利用者またはその家族に関する秘密を厳守する。

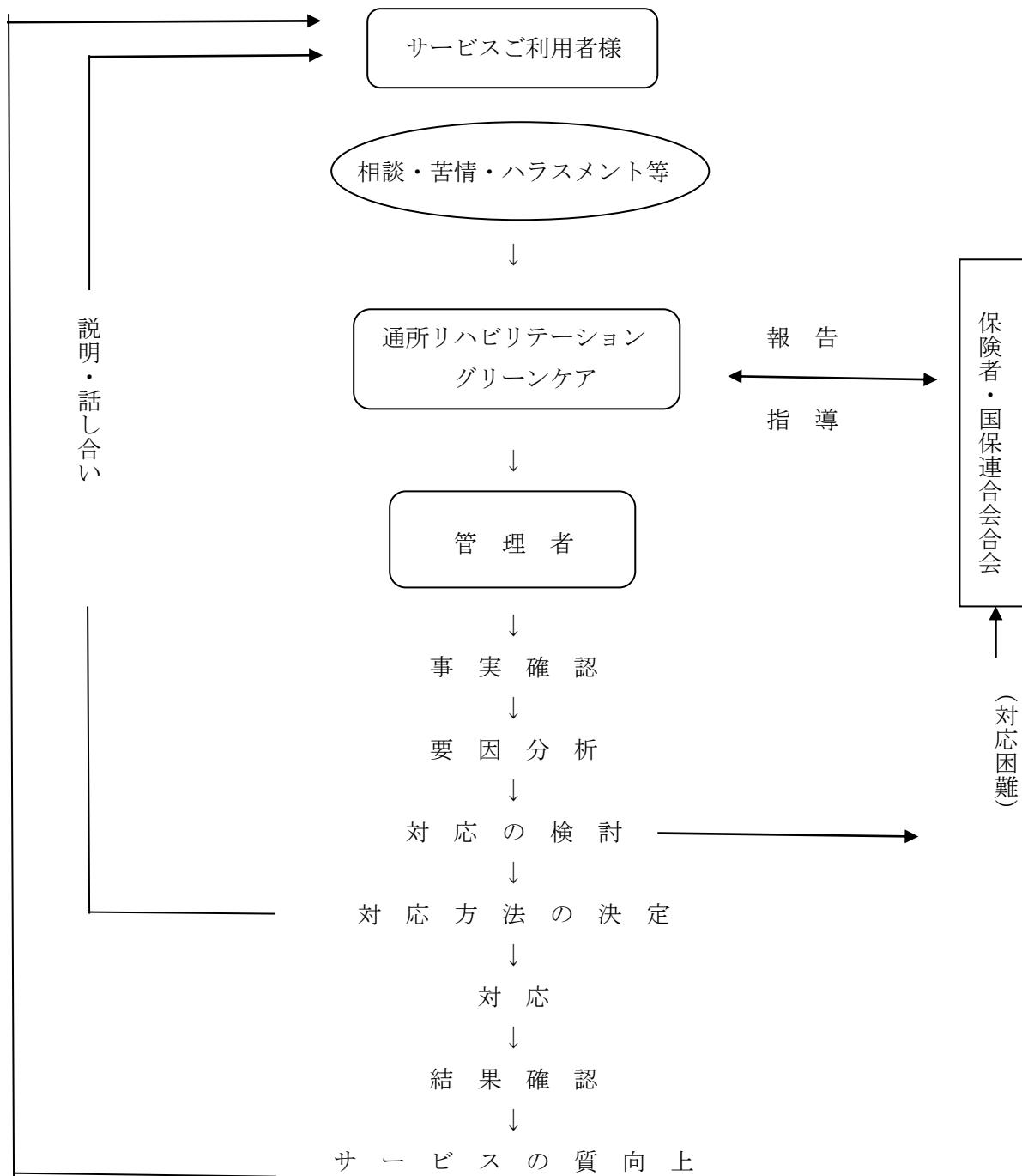
5 サービス内容に関する相談・苦情・ハラスメント等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	解決責任者 川上 奈津美 8:30~18:00 ご利用方法 電話 55-8573 面接 当事業所 4階会議室
大村市長寿介護課	電話 0957-20-7301
長崎県国民健康保険団体連合会	電話 095-826-1599

【相談・苦情・ハラスメント等相談時の対応について】

ご利用者様、ご家族様からの相談・苦情・ハラスメント等を受け付けた場合は充分に内容を聴き内容の明確化に努め、迅速かつ誠実に解決する。

<相談・苦情・ハラスメント等対応>



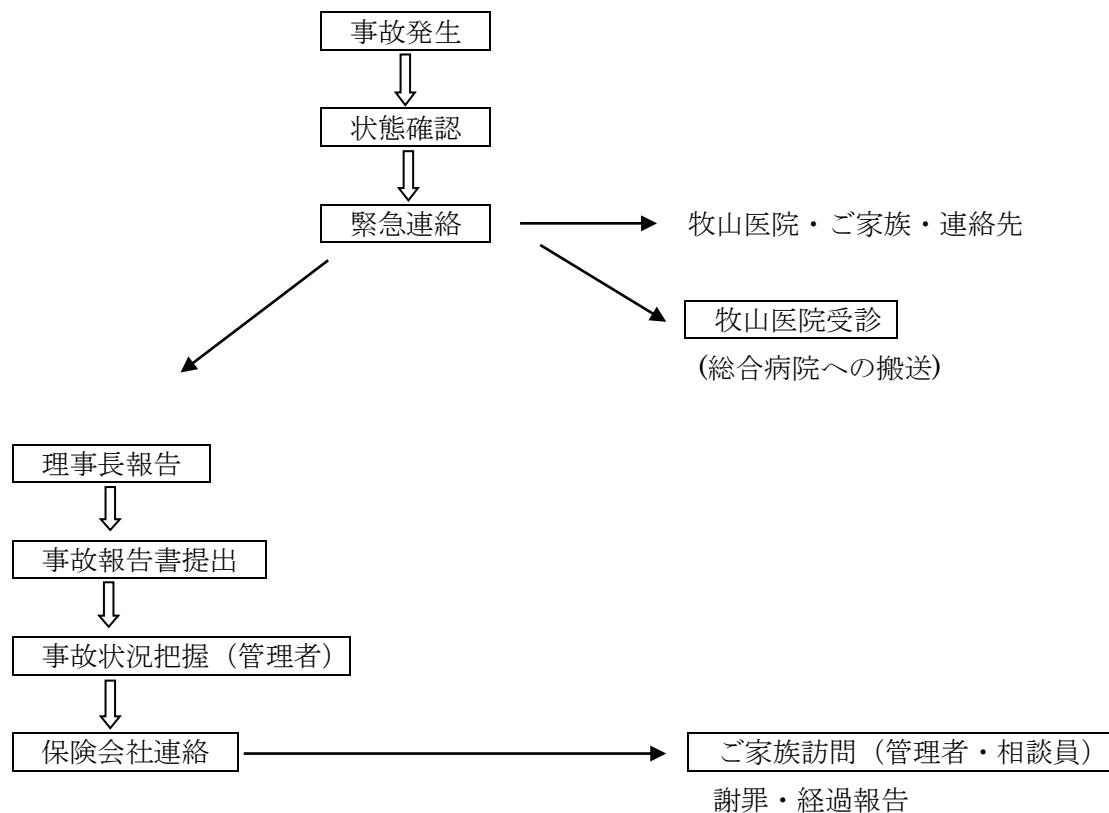
## 6 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急連絡先(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します。

### 【事故報告発生時の対応について】

事故が発生した場合、速やかに併設診療所（牧山医院）に受診し、必要に応じ救急体制の整った病院に搬送するなどの適切な治療が受けられるように手配すると共に、ご家族（緊急連絡先）に連絡するなど迅速に対応します。また、状況に応じ大村市（長寿介護課）へ報告する。

<事故対応>



事業者は賠償すべき事故については市町村、利用者の家族等に連絡を取りながら速やかに保険の適応範囲で賠償を行う事とする。

## 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。			
避難訓練および防災設備				
設備名称	個数等	設備名称	個数等	
スプリンクラー	なし	防火扉・シャッター	1箇所	
避難階段	1箇所	屋内消火栓	なし	
自動火災報知器	あり	ガス漏れ探知機	あり	
誘導灯	2箇所			
カーテンは防炎性能のあるものを使用しています。				
消防計画等	大村消防署への届け出日：令和7年6月22日 防火管理者：金子泰之			

## 8 身体的拘束廃止について

利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体拘束、制限はおこないません。

身体拘束は利用者の生活の自由を制限することであり、利用者の尊厳ある生活を阻むものです。当施設は利用者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を安易に正当化することなく職員一人一人が身体的・精神的弊害を理解し身体拘束をしないケアの実施に努めます。

## 9 権利擁護・虐待防止について

利用者の権利擁護、虐待の発生を防止する措置を講じる。

## 10 感染症対策について

事業所内で発症が予測される感染症に対し安全確保、感染拡大防止に努め、利用者・職員の生命を守り、サービス提供を継続する。

## 11 事業継続計画の策定について

大規模な地震・風水害等、自然災害、感染症蔓延、またはそれに類する事態が発生した場合でも早期に復旧し全職員が協力して初動、急性期から復興期に至るまで切れ間なく、災害医療活動を継続することにより、人命を救助し地域社会の早期復興に貢献するため事業継続計画(B C P)を策定する。

## 12 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を提示してください。

- リハビリテーション実施中は、医師および従事者の指示に従ってください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従って利用し、大切に取り扱ってください。
- 施設内での飲酒、賭け事の類は一切禁止いたします。
- 施設内では、お互いに助け合い、迷惑にならないようご協力ください。
- 火災、盗難予防には、特にご注意ください。万一の場合には従事者の指示に従ってください。
- 施設内でお困りのことがありましたら、遠慮なく従事者にご相談ください。
- ご利用者様及びそのご家族様の個人情報は業務遂行、緊急時医療機関等に対しての提供、介護サービス担当者会議以外のいかなる目的にも用いず、第三者に漏らしません。又、業務上知り得た秘密は保持、厳守いたします。

当事業所は、サービス契約書および重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）の内容および重要事項の説明をしました。

令和　　年　　月　　日

事業者 住 所 大村市宮小路2丁目1408  
事業者名 医療法人 牧山医院  
施設名 医療法人 牧山医院 通所リハビリテーション グリーンケア  
代表者名 理事長 牧山 隆雄 印

説明者 職 名  
氏 名 印

私は、サービス契約書および重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーション（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、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

令和　　年　　月　　日

利用者 住 所  
氏 名 印

代理人 住 所  
氏 名 印  
続柄（ ）