

介護予防通所リハビリテーション
重要事項説明書

重要事項説明書

あなたに対する通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令37号第87条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

・ 事業者概要

事業者名称	医療法人康仁会 西岡病院
主たる事務所の所在地	四国中央市三島金子2丁目7番22号
法人種別	医療法人
代表者名	西岡康弘
電話番号	0896-24-5511

・ 事業所概要

介護保険法令に基づき愛媛県知事から指定を受けた事業所名称	医療法人 康仁会 西岡病院
指定事業所番号	3810928105
指定居宅介護サービスの種類	通所リハビリテーション
所在地	四国中央市三島金子2丁目7番22号
電話番号	0896-24-5511
利用定員	1日デイケア 60人 半日デイケア 午前 20人 午後 20人
サービス提供地域	四国中央市（新宮地区・富郷地区を除く）

・ 事業の目的と運営方針

事業の目的：通所リハビリテーションの職員及び業務管理に関する事項を定めることにより、円滑な運営管理を図ると共に、利用者に対する適切なサービスの提供を確保することを目的とする。

運営方針：通所リハビリテーションを提供することにより、心身の機能の維持・改善を図り、日常生活の自立・要介護の重度化予防を図ることを第一の目的とし理学療法・作業療法その他必要なりハビリテーションを行うこととする。

・ 職員体制（1日デイケア）

医 師	専従	人		
	兼務	2人		
従 業 者			常勤	非常勤
	看護職員	看護師	1人	1人
		准看護師		
	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	当該単位につき 毎日従事する者	4人	
		週1日以上従事 する上記以外の者		1人
介護職員		12人	6人	
備 考	従事者は、提供時間帯に他の単位または、当該事業所以外の業務との兼務を行っていない。			

尚、必要があれば増員することができる。

・ 営業日及び営業時間

営業日	通常 月・水・木・金・土・日曜日
営業時間	午前8時から午後5時迄とする
休日	火曜日、国民の祝祭日、年末年始

・ 職員体制（半日デイケア）

医 師	専 従		人			
	兼 務		2 人			
従事者			午前		午後	
			常勤	非常勤	常勤	非常勤
	看 護 職 員	看護師	1 人		1 人	
		准看護師				
	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	毎日従事する者	1 人		1 人	
		週 1 日以上従事する 上記以外の者				
介 護 職 員		2 人		2 人		
備考	従事者は、提供時間帯に他の単位又は当該事業所以外の業務との兼務を行っていない。					

尚、必要があれば増員することができる。

・ 営業日及び営業時間

営 業 日	通常 月・水・金・土曜日
営 業 時 間	午前 9時00分から12時10分迄とする 午後13時10分から16時20分迄とする
休 日	火・木・日曜日、国民の祝祭日、年末年始

自分らしい自立した生活を目標として、サービスが利用できます。
心身の状態維持・改善をめざし、適切なサービスが利用できます。

利用できる方

介護保険・要支援1・2、要介護1～5の方に対しての介護サービスとしての通所
リハビリテーション

- ・ 提供するサービス
 - ・ あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービス提供をします。
 - ・ サービスの提供は、親切丁寧に行い、わかりやすいように説明致します。
 - ・ サービスの提供にあたっては、常にあなたの病状、心身の状況および生活状況を把握し、おひとりおひとりの必要に応じた運動・栄養・閉じこもり・うつ・認知症予防・介護に対しての悩み等に対し支援・相談できる体制を整えます。

- ・ 通所リハビリテーション計画
 - ・ 利用者ごとにニーズ（希望）を実現するための計画を作成します。
 - ・ この通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画・支援サービス計画に沿って作成致します。
 - ・ ご不明な点は、何なりとご質問ください。

- ・ サービス内容（1日デイケア）
 - ① 食事 管理栄養士が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。腎臓食等の治療食も対応できます。
 - ② 入浴 入浴、シャワーなどの介助を行います。入浴サービスの利用は任意です。
 - ③ 運動機能訓練 理学療法士・作業療法士の配置がありリハビリ訓練により利用者の状況に適したストレッチ・筋力トレーニング等の機能訓練を行い、身体機能生活機能の維持回復に努めます。
 - ④ レクリエーション 利用者の生活面での援助・支援を行います。各種レクリエーションを実施致します。
 - ⑤ 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。
 - ・ 送迎 ご自宅から当事業所まで送迎を行います。

・ サービス内容 (半日デイケア)

- ①相談対応：利用者本人やその家族の生活相談等の対応
- ②健康チェック：医師、看護師による健康管理
バイタルチェック (体温・血圧・脈拍の測定等)
- ③日常動作訓練：歩行訓練、体操等
- ④リハビリテーションマネジメント：日常生活向上の為のリハビリ
- ⑤短期集中リハビリテーション：リハビリの専門職員による理学療法・作業療法・言語聴覚療法
- ⑥個別リハビリテーション：リハビリの専門職員による理学療法・作業療法・言語聴覚療法

10. 利用料

通所リハビリテーション費 (1日、半日デイケア共通)

要支援1 2268単位

要支援2 4228単位

※利用開始した日の属する月から算定して12か月を超えた利用を行った場合

支援1 - 120単位 支援2 - 240単位 減算します。

ただし、条件を満たす場合は減算なしとなる。

【加算】

サービス提供体制強化加算(I) 要支援1：88単位/月 要支援2：176単位/月

栄養アセスメント加算 50単位/月

栄養改善加算 1回につき200単位/ (3月以内・月2回まで)

口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 1回につき20単位/ (6月に1回まで)

口腔機能向上加算 (II) 1回につき160単位/ (3月以内・月2回まで)

一体的サービス提供加算 1月につき480単位

介護職員等処遇改善加算(I) 所定単位数の8.6%を加算

退院時共同指導加算 1回につき600単位

科学的介護推進体制加算 1月につき40単位

概 要

- ・ 日常生活上の支援に関する「共通的服务」と、運動機能向上、栄養改善、「選択的サービス」があり、月単位です。
- ・ 各種加算について(選択的サービス等)
 - ・ 運動機能向上加算
理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が共同して利用者の運動機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施致します。
 - ・ あなたのご利用になるサービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割をお支払いいただきます。
 - ・ 提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
 - ・ おむつ代：実費（金額は別に表示）
- ・ 前各号に掲げるものの他、介護予防通所リハビリテーションの提供において通常必要な費用であって利用者に負担させることが適当と認められる費用：実費
- ・ 前項の費用の額に関わるサービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ます。
- ・ 毎月の利用料は、翌日10日以降に当月の利用料等の内訳を記載して、請求書兼領収書として送付します。
- ・ 毎月の利用料は、翌月27日に銀行引き落としの方法でお支払いください。
(利用申込時に手続きしてください)

1 1. 苦情・相談について

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当事業所	電話番号	0 8 9 6 - 2 4 - 5 5 1 1
	担当	責任者 篠原徳智 窪田敦也
	対応時間	営業日の午前8時～午後5時

その他相談・苦情申立窓口

- ・市町村の相談・苦情申立窓口
- ・国民健康保険団体連合会の苦情申立窓口

※当事業所にて、提供時間中に現金が必要となる場面は基本的にはありません。
貴重品や必要以上の現金等は極力持参されないよう宜しくお願い致します。

1 2. 事故発生時の対応

サービス提供時に事故が発生した場合、事故に対応した適切な処置をとるとともに、利用者の家族、市町村、居宅介護支援事業所等に連絡を行います。

緊急時の対応方法

利用者の主治医に連絡を行い、医師の指示に従います。	
利用者の主治医	氏名
	所在地
	電話番号

- (乙) 当事業所は、甲 1 に対する居宅介護サービスの提供に当たり、 甲 1
 甲 2

に対して重要事項説明書に基づいて、重要事項及びサービス内容を説明しました。

令和 年 月 日

(乙) 事業所

所在地 四国中央市三島金子 2 丁目 7 番 2 2 号

名称 医療法人 康仁会 西岡病院 印

説明者 印

前期、重要事項及びサービス内容の説明を受けました。

甲 1) 利用者

住所

氏名 印

甲 2) 利用者の家族

住所

氏名 印