

介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

1 施設の概要

(1) 指定通所リハビリテーション事業者(法人)の概要

事業者名称	医療法人 秋芳会
代表者名	秋吉 貴文
所在地・連絡先	大分県日田市豆田町5番20号 TEL 0973-23-0808 FAX0973-24-2501

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名	介護予防通所リハビリテーションあきよし
所在地・連絡先	大分県日田市豆田町5番40号 TEL 0973-26-0982 FAX0973-26-0983
事業所番号	4470401169
管理者の氏名	秋吉 貴文
利用定員	35名

(2) 職員の体制

通所リハビリテーション

従業者の職種	区分		人数
	常勤(人)	非常勤(人)	
管理者		1名	1名
理学療法士	2名		2名
作業療法士			
言語聴覚士			
看護師	2名		2名
介護職員	4名	3名	7名
歯科衛生士			
管理栄養士		1名	1名
事務職員等		2名	2名

(3) 事業所の設備等

定員	35名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室 181.72m ²	相談室	1室
浴室	一般浴槽	送迎車	6台

(4) 営業時間

月～金曜日	午前 8 : 00～午後 5 : 00
休 日	土・日・お盆・年末年始

※ケアプランに準じてサービス提供時間を決定いたします

(5) 事業の実施地域

事業の実施地域	日田市
---------	-----

(6) 提供するサービス内容及び費用について

サービス区分と種類	内 容	
介護予防通所リハビリテーション計画の作成	利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標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。	
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
	入浴の提供及び介助 (更衣、移動、移乗)	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)、洗髪などを行います。
	排泄介助	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。
リハビリテーション		利用者の能力に応じて、食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
		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。
		利用者の能力に応じて、理学療法士等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。
クラブ活動	各種クラブ活動を実施します。	
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	利用者とその家族からのご相談に応じます。 利用者の生活面での指導・援助を行います。	
送 迎	事業者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。 ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。 台風襲来時・降雪時、道路状況によっては送迎が出来ないこともあるためお休みさせて頂くことがあります。	

※ 短時間リハビリテーション利用者は、入浴、食事、レクリエーションサービスはございません。

- (7) 介護予防通所リハビリテーション従業者の禁止行為
 通所リハビリテーション従業者はサービス提供に当たって、次の行為は行いません。
- ① 医療行為（但し医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除く）
 - ② 利用者又は家族の金銭預貯金通帳、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 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
 - ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

- (8) 提供するサービスの利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)について
- (ア) 介護予防通所リハビリテーション利用料（通常規模）
 (イ) 利用料は個人の介護保険負担割合により異なります。
 (ウ) 短時間リハビリについても下記の利用料となります。

介護予防	1ヶ月あたりの利用料（1単位10円）
要支援1	2,268 単位（2,148）
要支援2	4,228 単位（3,988）

※ サービス利用開始日より12月を超え、かつ算定要件を満たさない場合は（ ）内の単位となります。

- (9) 選択的サービス利用料

選択的サービス	利用料（1月につき）
入浴費	利用料に含む
生活行為向上リハビリテーション実施加算 （利用開始日から6月以内）	562 単位/月
栄養アセスメント加算	50 単位/月
栄養改善加算	200 単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算	(I) 20 単位（6月に1回） (II) 5 単位（6月に1回）
口腔機能向上加算	(I) 150 単位/月 (II) 160 単位/月
一体的サービス提供加算	480 単位/月
退院時共同指導加算	600 単位/回
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
サービス提供体制強化加算（I～III）	(I)要支援1：88 単位 要支援2：176 単位（月1回） (II)要支援1：72 単位 要支援2：144 単位（月1回） (III)要支援1：24 単位 要支援2：48 単位（月1回）

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ～Ⅴ)	(Ⅰ)所定単位数×8.6%(月1回) (Ⅱ)所定単位数×8.3%(月1回) (Ⅲ)所定単位数×6.6%(月1回) (Ⅳ)所定単位数×5.3%(月1回) (Ⅴ)現行の3加算の取得状況に基づく加算率
------------------	---

※ 1単位10円

(10) その他の費用(税込み)

① 食事代	650円	⑥ 下着代	男性用 300円
② 連絡帳	50円		女性用 300円
③ 連絡袋	110円(初回のみ)	⑦ 歯ブラシ	100円
④ リハビリパンツ・おむつ代	100円	⑧ クラブ活動費	実費負担
⑤ 尿取りパット	50円	⑨ 栄養補助食品	実費負担

尚、当日9時以降にキャンセルされた方の食事代は準備の都合上徴収させていただきます。

④～⑨に関しては希望者のみの提供となります。

(11) 通所リハビリテーションご利用中に医療機関への受診は緊急時を除いて出来ません。

(12) 利用料

お支払いいただく各サービス利用料の単価は、「サービス料金表」のとおりです。ただし、介護保険料の滞納や認定調査未完了の状態での緊急利用等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、一旦介護保険適用外の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行致します。このサービス提供証明書を後日、当該地域の市町村の窓口へ提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

(13) 支払方法

利用料金等は、翌月15日までに請求をいたします。お支払は原則として、郵便局又は銀行より引落としさせていただきます。銀行、信用金庫、農協より引落としの場合は引落とし手数料として110円頂きます。ただし、お申し出によりお支払方法を変更することができます。

(14) 解約等

1. 利用者が正当な理由なく利用料を3ヶ月以上滞納し延滞料金の支払がない時は、契約を解約する旨の催告をすることができます。この場合事業者は、「居宅サービス計画」を作成した居宅介護支援事業者と協議し、契約解約後も利用者の日常生活に支障のないよう、「居宅サービス計画」の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行い、利用者が期間内に滞納料金の支払いをしなかった場合は、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

- 2, 利用者が、介護保険施設や医療施設に入所又は長期入院（3か月以上）した場合、また要介護認定区分が自立と認定された場合、及び死亡した場合は、担当介護支援専門員に連絡後この契約は終了します。
- 3, 事業所にやむを得ない事情が発生した場合には、利用者に対してこの契約を解約する場合があります。その際、その理由を説明した文書を提示したのち、1ヶ月後に契約の解約が成立いたします。
- 4, 再三の注意にも関わらず、禁止事項が確認された場合。

(15) ご利用の際に留意及び禁止いただく事項

留意事項

- ① 金銭、貴重品の持参
- ② 当事業所の備品の利用に際しては清潔保持、整理整頓に心がけ大切に使用すること

③

禁止事項

- ① 外出
- ② 指定した場所以外での火気の使用
- ③ 事業所の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること
- ④ 営利目的の行為
- ⑤ 宗教の勧誘
- ⑥ 特定の政治活動
- ⑦ 事業所内での喫煙
- ⑧ 食べ物、飲み物の持ち込み

(16) 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、医師、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡し、必要な処置を講じます。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

(17) 非常災害対策

防災計画	消防法に基づき、消防署へ消防計画書を提出済み
防災設備	自動火災報知設備・消火器・誘導灯
防災訓練	消防法に基づき、年2回以上実施
防火管理者	栗野 操

(18) サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情担当

施設名	担当者名	連絡先
通所リハビリテーションあきよし	栗野 操	0973-26-0982

(2) その他の相談・苦情窓口

当事業所以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

県市町村名	担当課・係	連絡先
日田市	介護保険係	0973-23-3111 (代)
大分県福祉保健部高齢者福祉課	介護サービス事業班	097-506-2686 (代)

(19) その他

その他、介護保険制度、サービス利用、利用料金などで不明な点がございましたら、説明担当者にご遠慮なくお申し出下さい。

本重要事項説明書に基づく説明を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業所が署名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

個人情報に関する同意書

私は、通所リハビリテーションあきよしが下記の第三者に対して、下記の個人情報を必要な範囲で尋ねること、提供すること及び当該第三者が提供の趣旨に従った下記の目的で当該個人情報を利用することに同意します。又提供することを拒否した場合に、その機関からのサービスを受けられない状況が生じても異議はありません。

記

提供する第三者

サービスを受けている又受けようとする介護保険事業所、(管轄)市、包括支援センター、(主治医)医療機関、(管轄)保健所、関係機関、(その他サービス担当者会議出席者：個人により異なる)

利用する者の利用目的

介護サービス計画作成、サービス担当者会議、介護支援専門員や事業所間での連絡調整、医師等の意見・助言を求めるため、その他本人の状況に応じた適切な介護・福祉サービス提供のため

提供する個人情報

- ① 氏名・住所・生年月日・電話番号・家族構成・住居環境
- ② 介護保険被保険者証に記載されている情報その他身体に関する情報
- ③ 当事業所広報誌への個人写真の掲載 (同意する ・ 同意しない)

※ 情報の開示

利用者からサービス提供記録等の開示を求められた場合は利用者に対し提供記録等の開示を行う

又、代理人からの開示請求に関しては本人の同意(同意書)を必要とする。

送迎に関する同意書

- ① 送迎車輛への乗降及び送迎車輛内での安全確保のために、介助のための人員配置を行い、原則として、玄関の中までのお迎え、お送りをいたします。
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族様と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
- ② 送迎時間につきましては、交通事情等で、10分以上到着が遅れる場合がございます。その際は、事業所より電話連絡いたします。
- ③ 利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので長時間待機することはできません。ご本人、ご家族のご協力をお願いいたします。
- ④ 大切なペットを守るため、また職員が安全に送迎を行うためにも、送迎時間帯はリードをつけていただくか、ゲージや動線以外へ保護するなどの配慮をお願いします。職員がペットにかまれた場合、治療費等のご相談をさせていただく場合がございます。
- ⑤ 乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。