

ケアセンターきすき
介護予防通所リハビリテーション
重要事項説明書

医療法人 同 仁 会

介護老人保健施設 ケアセンターきすき

T E L 0854-42-3660

F A X 0854-42-3670

ケアセンターきすき 介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

1 事業の概要

(1) 事業所の名称

事業所名	ケアセンターきすき 通所リハビリテーション
事業所所在地	〒699-1312 島根県雲南市木次町山方1111
連絡先	TEL 0854-42-3660 FAX 0854-42-3670
営業日	月～金曜日 ※祝日営業いたします
休業日	土・日曜日及び年末年始（12月30日～1月3日）
営業時間 サービス提供時間	8:50～17:00 9:30～16:00
利用定員	25名
サービス提供地域	雲南市(但し、木次町・大東町・加茂町・三刀屋町に限る)

(2) 事業の目的及び運営方針

- ・介護予防通所リハビリテーションは、要支援状態と認定された利用者（以下「利用者」という。）に対し、介護保険法令の主旨に従って、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行うこと、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うこと、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うことを目的とします。
- ・当事業所では、介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて、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い、利用者の心身機能の回復を図り、利用者が一日でも長く居宅での生活を維持できるように在宅ケアの支援に努めます。
- ・サービス提供の開始に当たっては、利用者の心身状況を把握し、個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた個別計画を作成します。
- ・個別計画作成後は、個別計画の実施状況の把握をし、結果を指定介護予防支援事業者に報告します。

2 サービスの内容

- (1) 事業者は次の日程により介護予防通所リハビリテーションサービスを提供します。
- (2) サービスは「介護予防通所リハビリテーション計画書」に沿って提供します。

ご利用曜日	提供時間
曜日	～

- (3) サービス提供時間及び送迎時間は当日の天候・交通状況によって変更になる場合があります。
- (4) 送迎は利用者宅と事業所までに限られています。
※その他移動をご希望の場合は「旅客を運送する目的で運転できる」二種免許を取得されている事業者（タクシー）等へご相談下さい。

3 サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定められた「通所リハビリテーション連絡手帳」に必要事項を記入してサービス提供終了後に利用者の確認を受けます。
- (2) 事業者は一定期間ごとに「介護予防通所リハビリテーション計画書」の内容に沿ってサービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「介護予防通所リハビリテーションサービス記録書」等の書面を作成して利用者に説明するとともに介護支援事業者に説明します。
- (3) 事業者は前記「介護予防通所リハビリテーション記録」等の記録を作成完了2年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は、実費負担によりその写しを交付します。

4 サービス提供責任者等

- (1) サービス提供の責任者は次の通りです。
- (2) サービスについてのご相談やご不満のある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名：堀江利光	連絡先（電話番号）0854 - 42 - 3660
---------	---------------------------

5 職員体制

- | | | | |
|-----------|--------|-----------|--------|
| (1) 医師 | 1名 | (2) 看護職員 | 2名 |
| (3) 介護職員 | 9名 | (4) 作業療法士 | 5名《兼務》 |
| (5) 理学療法士 | 1名《兼務》 | (6) 言語聴覚士 | 1名《兼務》 |
| (7) 支援相談員 | 1名《兼務》 | (8) 管理栄養士 | 1名《兼務》 |
| (9) 事務職員 | 2名《兼務》 | | |

6 利用料金 ※契約日現在

- ・介護保険法に変更があった場合はそれに準じます
- ・介護保険負担割合証に基づき、1割負担又は2割負担・3割負担になります。
- ・自己負担割合が変更になった場合はそれに準じます。

(1) 利用者の方に負担して頂く金額は下記のとおりです。
金額は介護保険の法定利用料に基づくものです。

●基本サービス費

要介護度	基本料金(10割)	利用者様自己負担金(1割)
要支援1	22,680円/月	2,268円/月
要支援2	42,280円/月	4,228円/月

●加算

生活行為向上リハビリ テーション実施加算 開始から6ヶ月以内/月	5,620円/月	562円/月
栄養改善加算	2,000円/月	200円/月
栄養アセスメント加算	500円/月	50円/月
口腔機能向上加算(I)(月2回を限度)	1,500円/月	150円/月
口腔機能向上加算(II)(月2回を限度)	1,600円/月	160円/月
科学的介護推進体制加算	400円/月	40円/月
運動機能向上及び栄養改善	4,800円/月	480円/月
運動機能向上及び口腔機能向上	4,800円/月	480円/月
栄養改善及び口腔機能向上	4,800円/月	480円/月
サービス提供体制 強化加算(I)	要支援1 880円/月 要支援2 1,760円/月	88円/月 176円/月
一体的サービス提供加算 (栄養改善及び口腔機能向上)	4,800円/月	480円/月
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	200円/回	20円/回
口腔・栄養スクリーニング加算(II)	50円/回	5円/回
(I)(II)共に6月に1回限定		
退院時共同指導加算	6,000円/回	600円/回
利用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 (※算定要件を満たしていれば減算なし)	要支援1 -1,200円/月 要支援2 -2,400円/月	-120円/月 -240円/月
介護職員等处遇改善加算(I)	所定単位数×8.6%	

※上記加算が全て掛かるわけではありません。必要により各種加算が掛かります。

(2) その他

- ①「昼食おやつ」を提供する場合、一食当たり **680円** をご負担いただきます。
※「昼食おやつ」は保険外となります。請求書には【食費】と記載されます。
- ②「おやつ」のみ提供する場合、一食当たり **60円** をご負担いただきます。
※「おやつ」は保険外となります。請求書には【食材料費】と記載されます。
- ③ご利用中に個人的に使用される趣味活動等で必要な材料費について自己負担となる場合があります。

(3) お支払い方法

- ・毎月10日頃に、前月分の請求書を発行致します。お支払いいただきますと領収書を発行致します。
- ・お支払い方法は現金、銀行振込、口座引き落とし（山陰合同銀行・島根県農業共同組合）のいずれかをお願いします。
- ・引き落とし日、毎月20日（休日の場合は翌日となります。）

(請求書・明細書及び領収書の送付先)

ふりがな	
氏名	
住所	
電話番号	

7 キャンセルの場合

連絡先：ケアセンターきすき	(電話) 0854 - 42 - 3660
---------------	-----------------------

※担当者以外で応答する場合がございます。
通所リハビリご利用者様氏名をお伝えください。

- (1) 利用当日の場合、午前8時から8時半までにご連絡ください。緊急な場合はケアマネジャー・かかりつけ医院等にご相談ください。
- (2) 事前にキャンセルが決まっている場合などはご相談下さい。
- (3) 発熱・体調不良等が見られた際には無理に利用されず、速やかにかかりつけ医・総合病院等へ受診してください。

8 緊急時の連絡先

緊急の場合にはご記入頂いた先にご連絡します。

ご連絡してもつながらない場合などは医師・救急隊等の判断に沿い対応いたします。

【緊急時の連絡先】

ふりがな	
氏名	
住所	
電話番号 (携帯番号)	

9 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用時間内の途中での受診・往診は出来ません。(緊急の場合を除く。)
- (2) 施設内及び敷地内は禁煙となっています。
- (3) 火気の取り扱いは火気取り扱い責任者が、責任を持って管理します。
- (4) 設備・備品等の利用は副施設長に依頼し、指示に従ってください。
- (5) 金銭・貴重品の持ち込みは極力避けてください、お持ちの場合は自己管理を原則とします。尚、紛失された場合当施設は一切責任を負いません。
- (6) 他利用者への迷惑行為(政治・宗教活動等)は禁止します。
- (7) おやつ等の持込みは禁止となっています。

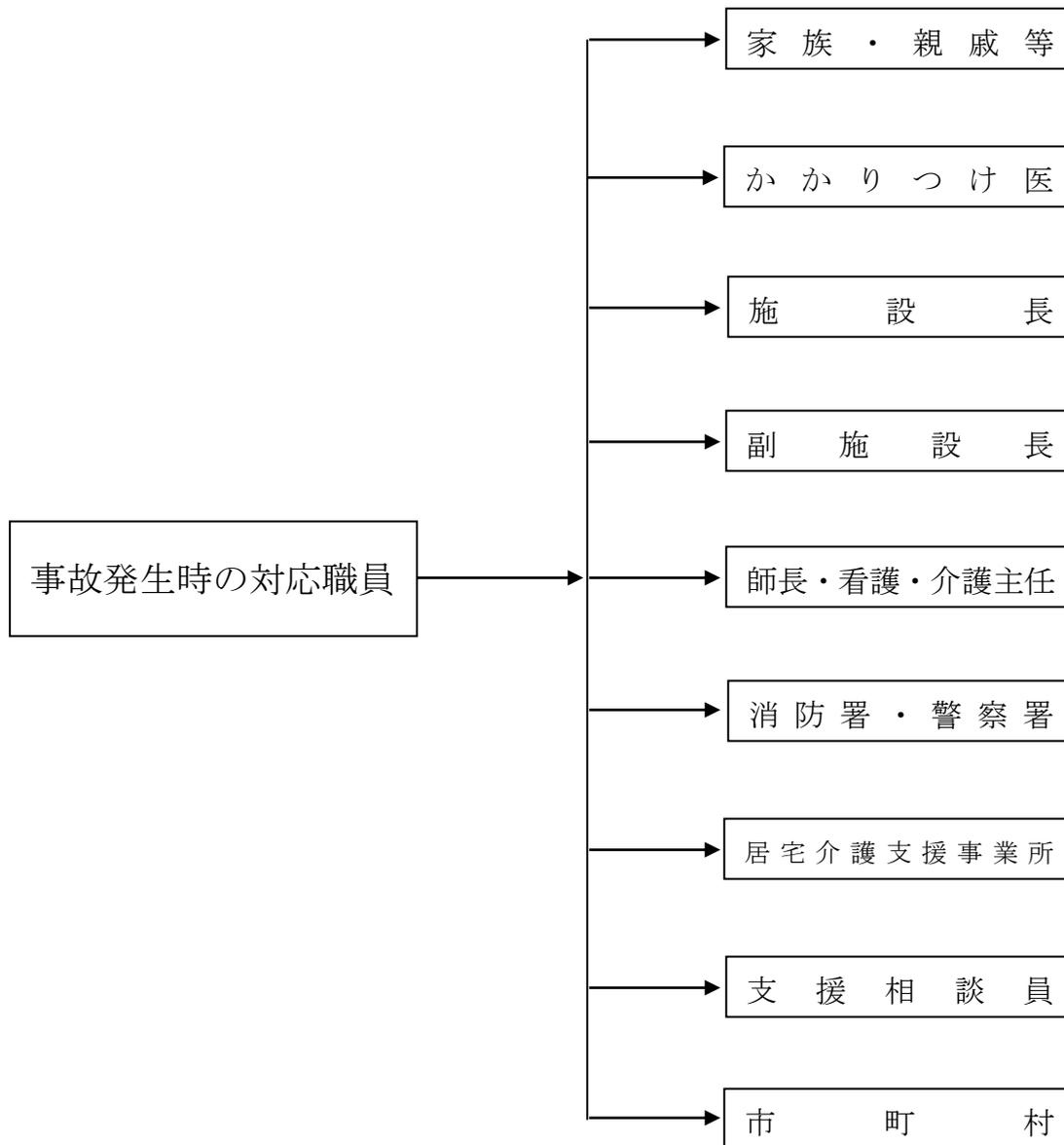
10 非常災害対策

- (1) 防火設備 ～ スプリンクラー、消火器、消火栓。
- (2) 防災訓練 ～ 年2回。

- 1 1 事故対応発生時の対応について、以下に沿い対応いたします。
施設マニュアルが更新された際はそれに準じます。

事 故 発 生 時 の 対 応

契約書 第9条 に基づきサービス事業者として、通報体制の確立を図ります。



○事故発生時の対応職員は、上記の通報体制に従い速やかに関係箇所に連絡し、指示を受け行動します。

○連絡・通報体制を迅速にして、事故の様態、事故後の経緯、事故の原因等を整理分析し原因究明・再発防止等、リスクマネジメント委員会において協議を重ね、事故防止・再発防止に努めます。

- 12 苦情処理の体制について、以下に沿って対応いたします。
施設マニュアルが更新された際はそれに準じます。

苦 情 処 理 の 体 制

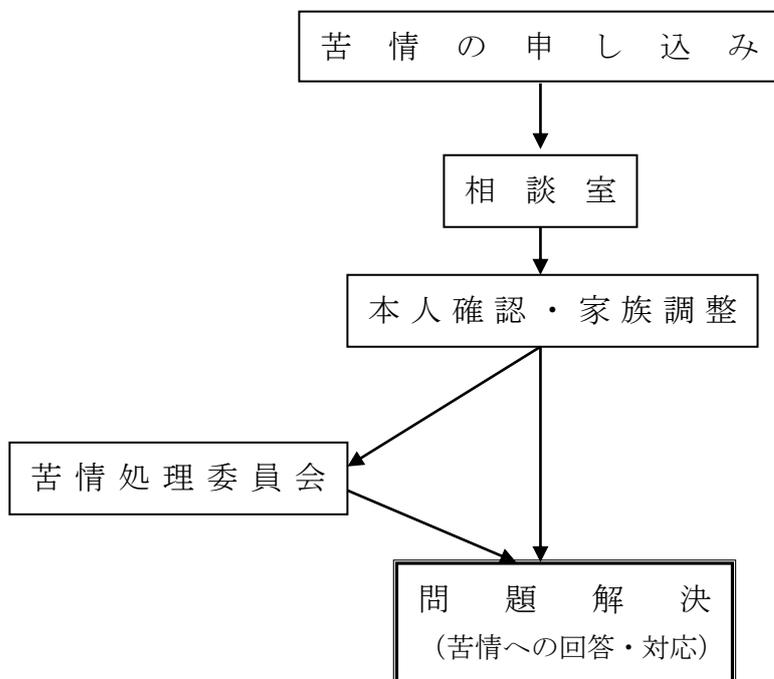
目 的

サービス利用者には、人権擁護・QOL等、介護サービスのもつ特殊性により苦情処理から評価、選択への転換、行政処分の対象から排除し、よりよいサービスを提供し、本人に不利益なサービスを排除する。また高齢者ケアの基本的なあり方について、苦情・相談を受けた場合は、速やかに関係箇所と協議し、調整・確認の上問題解決を図る。

- | | | | |
|------------|--------------------|-----------------------|--|
| 1. 苦情相談窓口 | ケアセンターきすき | | |
| 2. 受付曜日・時間 | 月曜日～金曜日 | 9:00～17:00 | |
| 3. 受付職員 | 通所リハビリテーション | 副施設長 山崎啓二
責任者 堀江利光 | |
| 4. 電話番号 | 0854-42-3660 | | |
| | 雲南広域連合 介護保険課 | 電話0854-47-7342 | |
| | 国民健康保険団体連合会（苦情処理係） | 電話0852-21-2811 | |

苦情処理委員会の設置

医師・副施設長・師長・看護師・介護職員・介護支援専門員・支援相談員・
リハビリ課長・通所リハビリ責任者・その他関係職員。



本人に対して不利益なサービス

- | | |
|---------------|----------------|
| A 刑事訴訟レベルの不利益 | B 運営基準違反による不利益 |
| C 契約不履行による不利益 | D サービス中の事故 |

- 1 3 虐待防止について、以下に沿い対応いたします。
施設マニュアルが更新された際はそれに準じます。

虐待防止について

1. 当施設では、高齢者虐待は人権侵害であり、犯罪行為という認識のもと、高齢者虐待防止法の理念に基づき、高齢者の尊厳の保持・人格の尊重を重視し、権利利益の擁護に資することを目的に、高齢者虐待の防止とともに高齢者虐待の早期発見・早期対応に努め、高齢者虐待に該当する次の行為のいずれも行いません。

- i 身体的虐待：高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
- ii 介護・世話の放棄・放任：高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
- iii 心理的虐待：高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- iv 性的虐待：高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者にわいせつな行為をさせること。
- v 経済的虐待：高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

2. 当施設では、虐待発生防止に努める観点から、「事故・虐待・拘束防止検討委員会」を組成します。

なお、本委員会の運営責任者は施設長又は副施設長とし、虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者（以下、担当者）を定めます。

- ・委員会は、必要な都度、担当者が招集します。
 - ・委員会の議題は、次のような内容について協議するものとします。
- ①虐待の防止のための指針の整備に関すること
 - ②虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
 - ③虐待等について、職員が相談・報告できる体制整備に関すること
 - ④職員が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
 - ⑤虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
 - ⑥再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

3. 虐待又はその疑い（以下、「虐待等」という。）が発生した場合の対応方法

- 虐待等が発生した場合には、速やかに市町村に報告するとともに、その要因の除去に努めます。客観的な事実確認の結果、虐待者が職員等であったことが判明した場合には、役職位の如何を問わず、厳正に対処します。
- また、緊急性の高い事案の場合には、市町村及び警察等の協力を仰ぎ、被虐待者の権利と生命の保全を優先します。

重要事項説明確認書

介護老人保健施設 ケアセンターきすき 介護予防通所リハビリテーションサービスの提供に当たり、重要事項説明書について説明しました。

令和 年 月 日

<事業者> 名称 ケアセンターきすき介護予防通所リハビリテーション ⑩
住所 島根県雲南市木次町山方 1111

<説明者> 氏名 _____ ⑩

私は、事業者から介護老人保健施設 ケアセンターきすき 介護予防通所リハビリテーションサービスについての重要事項説明書について説明を受けました。

令和 年 月 日

<利用者> 住所 _____

氏名 _____ ⑩

<家族> 氏名 _____ ⑩