

# ケアセンター喜南 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	ケアセンター喜南 介護予防通所リハビリテーション
事業所所在地	島根県松江市宍道町白石 129-2
連絡先	TEL0852 - 66 - 0266      FAX0852 - 66 - 0233
営業日	月曜日～土曜日      ※祝日は営業
休業日	日曜日・年末年始 12/30～1/3
営業時間	8:50～17:00（提供時間9:30～16:00）
利用定員	50名（通所リハビリテーション含む）
サービス提供地域	松江市（宍道町・玉湯町に限る）・出雲市（斐川町に限る） ただし、提供地域以外の地域においても送迎可能であれば提供します。

#### (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、及び言語療法その他、必要なリ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。

	曜 日	提 供 時 間	サービスの内容（概要）
1)	曜日	: ~ :	
2)	曜日	: ~ :	

- (3) ご本人、ご家族、ケアマネージャーの要望により曜日を変更する場合があります。  
(ケアプラン、提供表参照)
- (4) サービス提供時間及び、送迎時間は当日の天候、交通状況によって異なる場合があります。
- (5) 送迎は利用者宅と事業所との間のみ行います。

## 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の説明します。
- (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 第三者評価の実施状況

提供するサービスの第三者評価の実施は行っておりません。

## 5 職員体制及び職務内容

- (1) 医師 3名（常勤・兼務）  
医師は利用者の病状及び身心の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
- (2) 看護職員 2名（常勤・非常勤）  
看護職員は医師の指示に基づき、投薬・検温・血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の介護予防通所リハビリテーション計画に基づく看護を行う。
- (3) 介護職員 12名（常勤11名 非常勤1名）  
介護職員は利用者の介護予防通所リハビリテーション計画に基づく介護を行う。
- (4) 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士 5名（常勤・兼務）  
作業療法士・理学療法士・言語聴覚士はリハビリテーションプログラムを作成すると共に機能訓練の実施に際し指導を行う。
- (5) 管理栄養士 1名（常勤・兼務）

## 6 利用料金

### (1) 基本料金

予防給付 (1ヶ月の介護サービス負担額)

	基本利用料 (10割)	利用者負担金	
		1割	2割
要 支 援 1	22,680円	2,268円	4,536円
要 支 援 2	42,280円	4,228円	8,456円

加算 (必要に応じて各種加算が上乗せされます)

	基本利用料 (10割)	利用者負担金		
		1割	2割	
科学的介護推進体制加算	400円/月	40円/月	80円/月	
(*1) 退院時共同指導加算	6,000円/回	600円/回	1,200円/回	
口腔機能向上加算 (I)	1,500円/月	150円/月	300円/月	
口腔機能向上加算 (II) 口	1,600円/月	160円/月	320円/月	
若年性認知症利用者受入加算	2,400円/月	240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	88円/月	176円/月
	要支援2	1,760円/月	176円/月	352円/月
長期期間利用減算 (利用開始12月以上)	要支援1	-1,200円/月	-120円/月	-240円/月
	要支援2	-2,400円/月	-240円/月	-480円/月
(*2) 算定要件を満たした場合	減算なし			
介護職員等処遇改善加算	所定単位数×111/1000 (11.1%)			
業務継続計画未実施加算	所定単位数×-10/1000 (-1.0%)			
高齢者虐待防止措置 未実施減算	所定単位数×-10/1000 (-1.0%)			

※平成30年8月1日より介護保険負担割合証に基づき、負担金3割の利用者の方は基本利用料の3割負担となります。

(\*1) 病院又は診療所に入院中の方が退院するにあたり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士・作業療法士若しくは言語聴覚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、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合に当該退院につき1回に限り加算となります。

(\*2) 3ヶ月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態変化に応じリハビリテーション計画を見直します。

## (2) その他

- ① 介護保険外で「食費」として680円徴収させていただきます。
- ② 個人的に使用す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。(事前にご連絡と確認を行います。)
- ③ 緊急対応等がかかった費用についてはご負担いただきます。(後日請求させていただきます。)

## (3) お支払い方法

- ・毎月15日頃に、前月分の請求書を発行しますので、その月末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、現金、銀行振り込み、口座引き落とし(山陰合同銀行)の3通りがあります。契約時にお選び下さい。

## 7 キャンセル

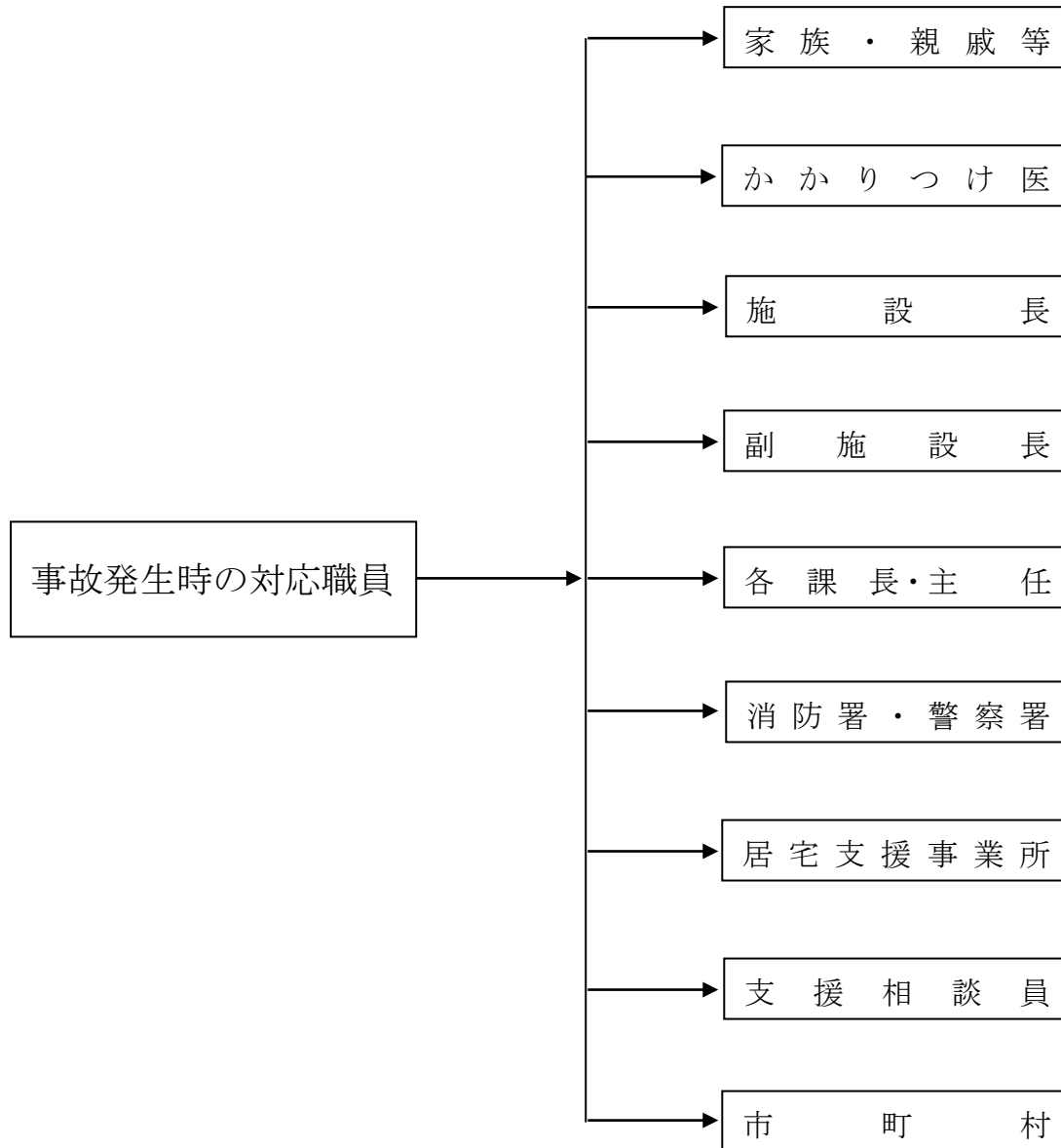
- (1) 利用者がサービスの利用を中止する際は、速やかに下記の連絡先又は前記のサービス提供責任者までご連絡ください。

連絡先：ケアセンター喜南	(電話) 0852-66-0266
--------------	-------------------

- (2) 営業時間外と土曜日・日曜日・祝日は音声ガイダンスでの対応となります。
- (3) 利用当日、発熱、体調不良等が見られた際には、無理に利用はされず速やかに、かかりつけ医の病院へ受診してください。

## 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。

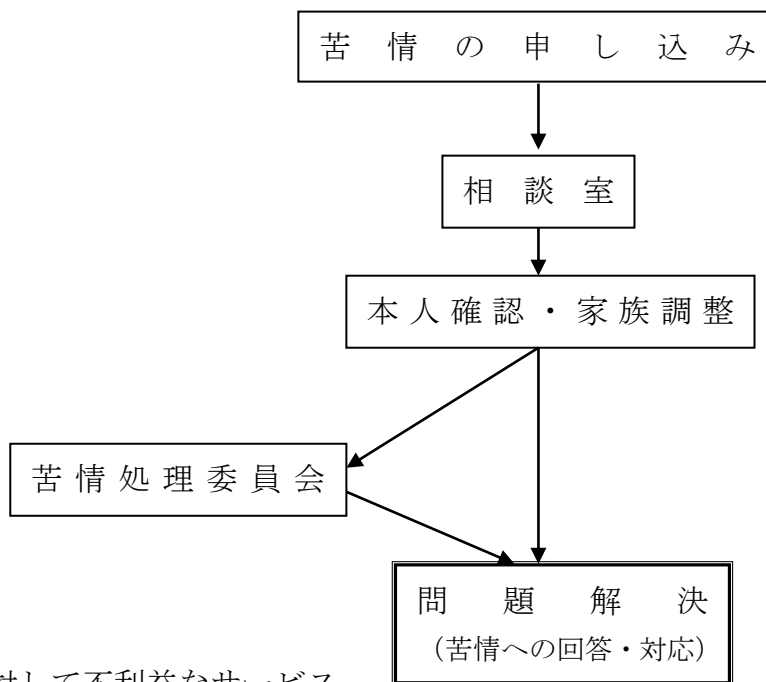
# 苦 情 処 理 の 体 制

## 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	ケアセンター喜南
2. 受付曜日・時間	月曜日～金曜日 9:00～15:00 土曜日(第1・3・5) 9:00～11:00
3. 受付職員	副施設長 岡田 直之 通所リハビリテーション主任 三島 智之
4. 電話番号	0852-66-0266

苦情処理委員会の設置 医師・副施設長・師長・介護課長・リハビリ課長・支援相談員  
各主任・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     |

\*利用者は提供されたサービスに苦情がある場合には、市町村の介護保険課又は、国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。  
連絡先・松江市介護保険課 事業所管理係 (苦情処理対応)

TEL 0852-55-5689 FAX 0852-55-6186

・島根県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口  
TEL 0852-21-2811 FAX 0852-61-9051

## 重要事項説明確認書

介護医療院 ケアセンター喜南 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 ケアセンター喜南 介護予防通所リハビリテーション 印  
住所 島根県松江市宍道町白石129-2

<説明者> 氏名 印

私は、事業者から介護医療院 ケアセンター喜南 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 印

<代理人> 住所  
氏名 印