

ケアセンター喜南 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 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（介護予防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サービス提供します。

(2) 事業の目的及び運営方針

- ・ 要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活が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維持回復を目指すことを目的とします。
- ・ 通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の回復維持を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行うものとします。
- ・ 通所リハビリテーション従業者は、通所リハビリテーションの提供に当たっては、親切丁寧に行うことを旨とし、利用者又は家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は、説明を行います。
- ・ 通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及び、その置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供します。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができるよう体制を整えます。

2 サービスの内容

(1) 事業者は次の日程により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「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)	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「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「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「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 13名（常勤・11名 非常勤・2名）

介護職員は利用者の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 利用者負担金

(1) 利用者の方に負担していただく金額は下記のとおりです。

この金額は介護保険の法定利用料に基づく金額です。

	基本利用料 (10 割)	利用者負担金	
		1 割	2 割
要 介 護 1	7, 1 5 0 円	7 1 5 円	1, 4 3 0 円
要 介 護 2	8, 5 0 0 円	8 5 0 円	1, 7 0 0 円
要 介 護 3	9, 8 1 0 円	9 8 1 円	1, 9 6 2 円
要 介 護 4	1 1, 3 7 0 円	1, 1 3 7 円	2, 2 7 4 円
要 介 護 5	1 2, 9 0 0 円	1, 2 9 0 円	2, 5 8 0 円

<加算>

	基本利用料 (10 割)	利用者負担金	
		1 割	2 割
リハビリテーション提供体制加算 (6 時間以上 7 時間未満)	2 4 0 円／回	2 4 円／回	4 8 円／回
(*) リハビリテーション マネジメント加算(イ)	開始月から 6 月以内 5, 6 0 0 円／月	5 6 0 円／月	1, 1 2 0 円／月
	開始月から 6 月以上 2, 4 0 0 円／月	2 4 0 円／月	4 8 0 円／月
(*) リハビリテーション マネジメント加算(ロ)	開始月から 6 月以内 5, 9 3 0 円／月	5 9 3 円／月	1, 1 8 6 円／月
	開始月から 6 月以上 2, 7 3 0 円／月	2 7 3 円／月	5 4 6 円／月
(*) リハビリテーション マネジメント加算(ハ)	開始月から 6 月以内 7, 9 3 0 円／月	7 9 3 円／月	1, 5 8 6 円／月
	開始月から 6 月以上 4, 7 3 0 円／月	4 7 3 円／月	9 4 6 円／月
リハビリマネジメント加算に 係る医師による説明	2, 7 0 0 円／	2 7 0 円／回	5 4 0 円／回

(*) リハビリテーションマネジメント加算について

利用開始月から 6 ヶ月以内の場合は 1 ヶ月に 1 回以上、6 ヶ月を超えた場合は 3 ヶ月に 1 回以上のリハビリテーション会議を開催となります。(但し、開始月の前月から起算して前 24 ヶ月以内に介護保険又は医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて 6 ヶ月以上ある利用者については、開始月から 3 ヶ月に 1 回以上での開催となります。)

(※1) 退院時共同指導加算	6, 0 0 0 円／回	6 0 0 円／回	1, 2 0 0 円／回
(※2) 短期集中個別 リハビリテーション実施加算	1, 1 0 0 円／回	1 1 0 円／回	2 2 0 円／回
入 浴 加 算 (Ⅰ)	4 0 0 円／回	4 0 円／回	8 0 円／回
入 浴 加 算 (Ⅱ)	6 0 0 円／回	6 0 円／回	1 2 0 円／回
サービス提供体制加算(Ⅰ)	2 2 0 円／回	2 2 円／回	4 4 円／回

科学的介護推進体制加算	400円／月	40円／月	80円／月
移行支援加算	120円／回	12円／回	24円／回
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	所定単位数×111／1000 (11.1%)		
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	1,500円／回	150円／回	300円／回
口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ	1,600円／回	160円／回	320円／回
(※3)認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ)	2,400円／回	240円／回	480円／回
若年性認知症利用者受入加算	600円／日	60円／日	120円／日
送迎を行わない場合	－470円／片道	－47円／片道	－94円／片道
感染症災害3%加算	所定単位数×30／1000 (3.0%)		
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%)		

※必要に応じて各種加算が上乘せされます。※限度額を超える場合は10割負担となります。

※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。

※リハビリテーション費

(※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) 退院・退所後又は認定日から起算して3ヶ月以内。

(※3) 退院・退所後又は通所利用開始日から起算して3ヶ月以内。

(2) その他

- ① 介護保険外で「食費」として、750円徴収させていただきます。
- ② 個人的に使用する趣味的活動等で必要な材料費については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、その月の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

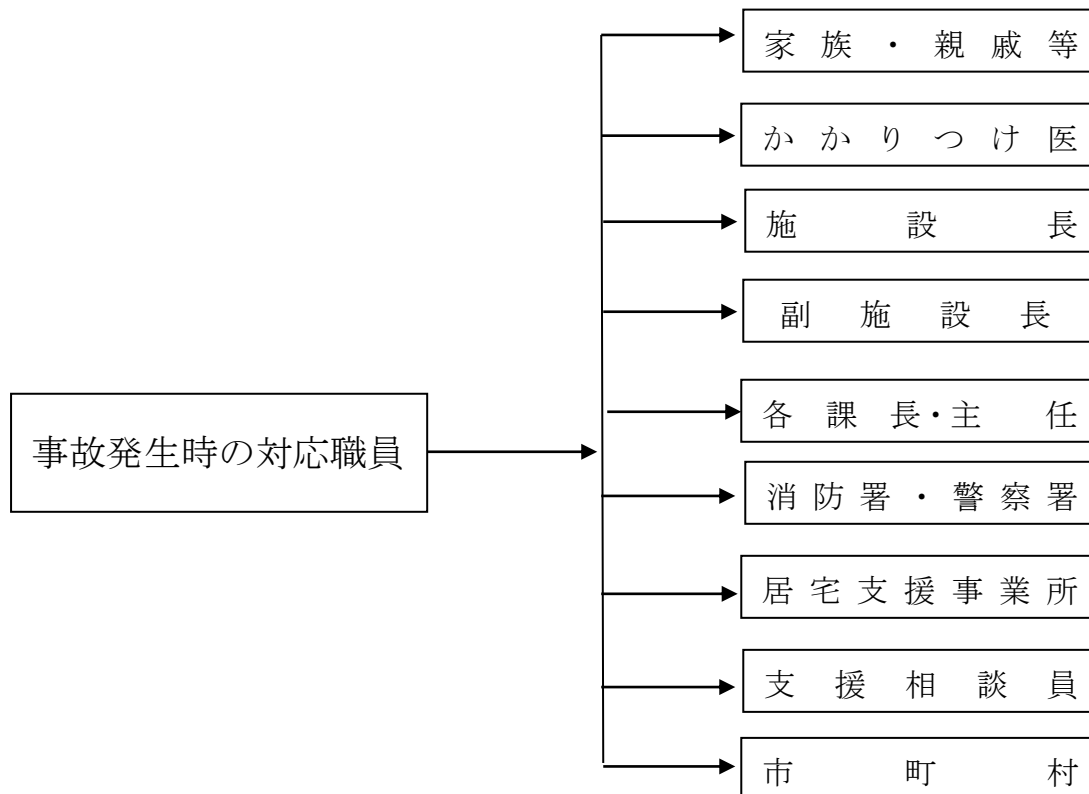
- (1) 利用者がサービスの利用を中止する際は、速やかに下記の連絡先又は前記のサービス提供責任者までご連絡ください。

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。

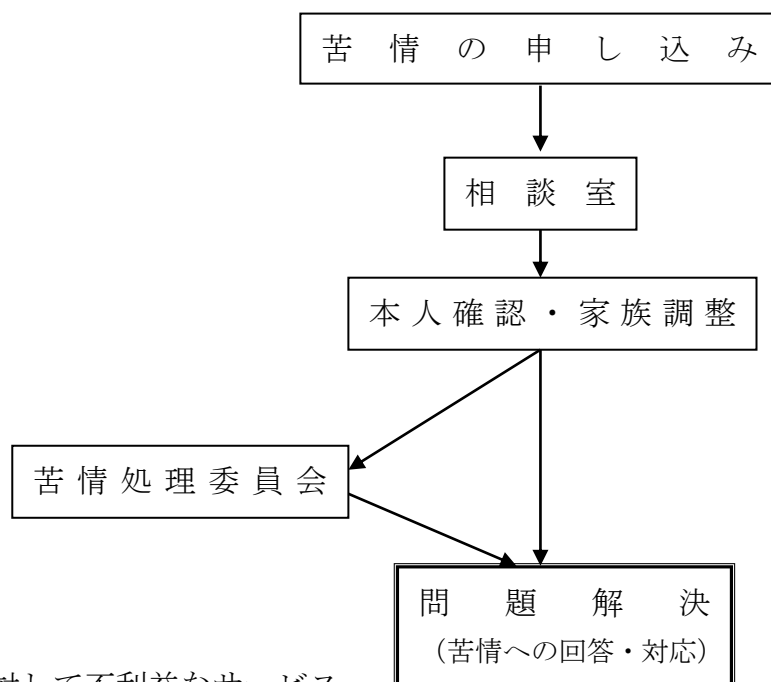
苦 情 処 理 の 体 制

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 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 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 1 2 9-2	

＜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