

重要事項説明書

(通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション)

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人社団 南淡千遙会
主たる事業所の所在地	兵庫県南あわじ市賀集福井560
法人種別	医療法人
代表者の氏名	理事長 武久 敬洋
電話番号	0799-53-1553

2. ご利用事業所

事業所の名称	介護老人保健施設 ケアホーム南淡路
所在地	兵庫県南あわじ市賀集福井564-7
介護保険事業所番号	2851780037
管理者の氏名	山崎 哲也
電話番号	0799-53-1653
ファクシミリ番号	0799-53-1768
営業日	月～土曜日（年末年始は除く）
営業時間	午前8時45分～午後5時15分
利用定員	30名

3. 当該事業者であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人保健施設	平成17年3月1日	2851780037	100名
短期入所療養介護 介護予防短期入所療養 介護	平成17年3月1日 平成18年4月1日	2851780037	
居宅介護支援事業所	平成17年4月1日	2871700650	

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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を営むことができるよう必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより利用者の社会的孤立感の解消、及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
運営の方針	当サービスにあたっては、地域及び行政機関等との連携を密にして、家庭との結びつきを重視した運営を行なう。

5. 利用対象者

介護保険にて要支援、要介護と認定された方

6. 通常の事業実施地域

南あわじ市、洲本市

7. 人員配置と勤務体制

1. 管理者（1名）

管理者は理事長の命を受け職員を指揮監督して業務を統括し、運営管理に万全を期する。

2. 医師（1名以上）

診療業務に関する事

3. 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（1名以上）

機能訓練に関する事

4. 看護職員又は介護職員（4名以上）

a. 健康状態に関する事

b. 入浴及び食事の提供

c. 日常生活上の世話

5. 管理栄養士（必要に応じて配置）

利用者の低栄養状態リスクを把握し、栄養アセスメントを行い、栄養ケア計画を作成する。

上記の職員は下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

勤務時間帯 8:45 ~ 17:15

（夜間窓口 南淡路病院 電話番号0799-53-1553）

8. サービス内容

通所リハビリ計画に沿い、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護等を行います。また、以下の選択的サービスを実施しています。

【介護】

1. リハビリテーションマネジメント・・機能訓練指導員により心身の状況に応じてリハビリテーション実施計画を作成し日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止する為の訓練を行います。
2. 栄養改善マネジメント・・管理栄養士により低栄養状態、摂食・嚥下機能の状態等に応じて栄養ケア計画を作成し低栄養状態を改善する為のサービスを実施いたします。
3. 口腔機能向上サービス・・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員により口腔機能の状態に応じて、口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔清潔、摂食・嚥下機能の向上を図る為のサービスを実施します。

【介護予防】

1. 運動器機能向上サービス・・機能訓練指導員により転倒による骨折予防・加齢に伴う運動機能の向上を目的にストレッチやパワーリハビリ、体力測定等簡単な運動を行います。
2. 栄養改善ケアサービス・・管理栄養士により栄養・食に関する相談や指導を行い低栄養の防止に努めます。
3. 口腔機能向上サービス・・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員により、口腔内の観察・口腔内の健康を保つための指導を行います。

★ 具体的な内容は毎週お配りする週間予定表をご覧ください。

9. サービス提供の手順

a. サービス利用開始

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援専門員にご相談

ください。

- サービス提供依頼を受けた後、契約を結び、通所リハビリ計画を作成しサービス提供の開始となります。

b. サービスの終了

- 利用者の方の都合でサービスを終了する場合
 - サービスの終了を希望する2週間前までにお申し付けください。
- 事業所の都合でサービスを終了する場合
 - やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。
 - その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。
- 自動終了
 - 以下の場合は双方の申し出がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - i. 介護保険施設へ入所した場合
 - ii. 要支援・要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
 - iii. お亡くなりになられた場合や被保険者資格を喪失した場合
- その他
 - サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延した場合

10. 苦情・相談等申出窓口

- 当事業所のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当事業所相談窓口までお気軽にご相談お申下さい。

○ 受付窓口（担当者）

■ 氏 名 川池 五津穂
■ 職 名 介護福祉士
■ 電話番号 0799-53-1553

○ 受付時間

■ 月曜日 ～ 土曜日 8時45分 ～ 17時15分
■

また、ご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用ください。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

- その他の苦情・相談受付窓口

1. 南あわじ市役所 長寿・保険課 介護保険係

住所：南あわじ市市善光寺2番地1

電話：0799-43-5217

受付時間：月曜日から金曜日8時30分から17時15分まで
（祝日・休日・年末年始を除く）

2. 洲本市役所 介護福祉課 介護保険係

住所：洲本市本町2丁目4番地10

電話：0799-22-9333

受付時間：月曜日から金曜日8時30分から17時15分まで
（祝日・休日・年末年始を除く）

3. 兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

住所：神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

電話：078-332-5617

FAX：078-332-5650

受付時間：月曜日から金曜日8時45分から17時15分まで
（祝日・休日・年末年始を除く）

1 1. 利用料について

● お支払方法

- 毎月、12 日に前月分の請求を致しますので、末日までにお支払いください。
- お支払いいただいた際には、領収書を発行いたします。
- お支払方法は、現金払い・銀行振込み・口座振替の中からお選び頂けます。
- 現金払いの場合
 - 介護老人保健施設ケアホーム南淡路 1 階受付にお支払いください。
- 銀行振込みの場合：下記口座までお振込ください。

銀行名： 徳島銀行 南あわじ支店 普通 口座名義：介護老人保健施設 ケアホーム南淡路 口座番号：5 7 9 8 5 8 1

○ 口座振替の場合

- 請求書発行月の末日を振替日といたします。
なお、振替日が金融機関休業日の場合は翌営業日となります。
- ★ 入金確認後、領収書を発行いたします。

1 2. 個人情報の保持

- 事業所職員は、正当な理由がない限り、業務上知りえた利用者及び利用者の家族または身元引受人の秘密を保持します。
- 事業所は、従業員が退職後、在職中に知り得た利用者及び利用者の家族または身元引受人の情報を漏らすことがないように必要な措置を講じます。
- 事業所は、利用者及び利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。

1 3. 事故発生時の対応

サービス提供中に怪我等があった場合は、すみやかに家族、保険関係者に連絡をとり必要 且つ適切な措置を行います。

また、ヒヤリハット、事故報告書等を用い職員間で話し合う機会を作り原因究明、再発防止を検討します。

利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

1 4. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応します。

1 5. 災害発生時の対応

1 年に 2 回防災訓練を実施します。

災害時マニュアルに従い、利用者の安全確保に努めます。

＜介護予防通所リハビリテーション利用料＞

要介護度に応じて定められた支給限度基準額の範囲内でご利用出来ます。
自己負担金は原則として 1 割負担になります。

介護予防通所リハビリテーション (1 ヶ月毎の定額制)		利用者負担 (1 割負担)	利用者負担 (2 割負担)	利用者負担 (3 割負担)
要支援 1		2,268 円/月	4,536 円/月	6,804 円/月
要支援 2		4,228 円/月	8,456 円/月	12,684 円/月
要支援 1 サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	88 円/月	176 円/月	264 円/月
	(Ⅱ)	72 円/月	144 円/月	216 円/月
	(Ⅲ)	24 円/月	48 円/月	72 円/月
要支援 2 サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	176 円/月	352 円/月	528 円/月
	(Ⅱ)	144 円/月	288 円/月	432 円/月
	(Ⅲ)	48 円/月	96 円/月	144 円/月
一体的サービス提供加算		480 円/月	960 円/月	1,440 円/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) (6 ヶ月に 1 回算定)		20 円/月	40 円/月	60 円/月
科学的介護推進体制加算		40 円/月	80 円/月	120 円/月
退院時共同指導加算		600 円/月	1,200 円/月	1,800 円/月
介護職員等処遇改善加算 I		1 月の合計単位数の 1000 分の 86		

＜ 食費その他費用 ＞

★ 食事代 (おやつ代含む)	_____	500 円/食
★ おやつ (おやつのみの場合)	_____	50 円/食
★ リハビリパンツ	_____	165 円/枚 ※
★ 尿取りパット	_____	48 円/枚 ※
★ 紙コップ	_____	10 円/個 ※
★ ビニール袋	_____	3 円/枚 ※

※ 必要に応じて提供させていただきます。

介護予防サービスのご利用は、1 ヶ月毎の定額制となっております。居宅サービス計画に定めた回数に増減があった場合や月途中の利用開始・終了の場合に関しても、月途中に介護認定が要支援から要介護に変更となった場合などの例外を除いて原則日割り計算は出来ませんのでご了承ください。

＜通所リハビリテーション利用料＞

要介護度に応じて定められた支給限度基準額の範囲内でご利用出来ます。
自己負担金は原則として1割負担になります。

通所リハビリテーション（1日あたり）		利用者負担 （1割負担）	利用者負担 （2割負担）	利用者負担 （3割負担）
要介護 1	1 時間以上 2 時間未満	369 円/回	738 円/回	1.107 円/回
	2 時間以上 3 時間未満	383 円/回	766 円/回	1.149 円/回
	3 時間以上 4 時間未満	486 円/回	972 円/回	1.458 円/回
	4 時間以上 5 時間未満	553 円/回	1.106 円/回	1.659 円/回
	5 時間以上 6 時間未満	622 円/回	1.244 円/回	1.866 円/回
	6 時間以上 7 時間未満	715 円/回	1.430 円/回	2.145 円/回
要介護 2	1 時間以上 2 時間未満	398 円/回	796 円/回	1.194 円/回
	2 時間以上 3 時間未満	439 円/回	878 円/回	1.317 円/回
	3 時間以上 4 時間未満	565 円/回	1.130 円/回	1.695 円/回
	4 時間以上 5 時間未満	642 円/回	1.284 円/回	1.926 円/回
	5 時間以上 6 時間未満	738 円/回	1.476 円/回	2.214 円/回
	6 時間以上 7 時間未満	850 円/回	1.700 円/回	2.550 円/回
要介護 3	1 時間以上 2 時間未満	429 円/回	858 円/回	1.287 円/回
	2 時間以上 3 時間未満	498 円/回	996 円/回	1.494 円/回
	3 時間以上 4 時間未満	643 円/回	1.286 円/回	1.929 円/回
	4 時間以上 5 時間未満	730 円/回	1.460 円/回	2.190 円/回
	5 時間以上 6 時間未満	852 円/回	1.700 円/回	2.550 円/回
	6 時間以上 7 時間未満	981 円/回	1.962 円/回	2.943 円/回
要介護 4	1 時間以上 2 時間未満	458 円/回	916 円/回	1.374 円/回
	2 時間以上 3 時間未満	555 円/回	1.110 円/回	1.665 円/回
	3 時間以上 4 時間未満	743 円/回	1.486 円/回	2.229 円/回
	4 時間以上 5 時間未満	844 円/回	1.688 円/回	2.532 円/回
	5 時間以上 6 時間未満	987 円/回	1.974 円/回	2.961 円/回
	6 時間以上 7 時間未満	1.137 円/回	2.274 円/回	3.411 円/回
要介護 5	1 時間以上 2 時間未満	491 円/回	982 円/回	1.473 円/回
	2 時間以上 3 時間未満	612 円/回	1.224 円/回	1.836 円/回
	3 時間以上 4 時間未満	842 円/回	1.684 円/回	2.526 円/回
	4 時間以上 5 時間未満	957 円/回	1.914 円/回	2.871 円/回
	5 時間以上 6 時間未満	1.120 円/回	2.240 円/回	3.360 円/回
	6 時間以上 7 時間未満	1.290 円/回	2.580 円/回	3.870 円/回

サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	22 円/回	44 円/回	66 円/回
	(Ⅱ)	18 円/回	36 円/回	54 円/回
	(Ⅲ)	6 円/回	12 円/回	18 円/回
リハビリテーション 提供体制加算	3 時間以上 4 時間未満	12 円/回	24 円/回	36 円/回
	4 時間以上 5 時間未満	16 円/回	32 円/回	48 円/回
	5 時間以上 6 時間未満	20 円/回	40 円/回	60 円/回
	6 時間以上 7 時間未満	24 円/回	48 円/回	72 円/回
リハビリテーション マネジメント加算	イ(6 ヶ月以内)	560 円/月	1.120 円/月	1.680 円/月
	イ(6 ヶ月超)	240 円/月	480 円/月	720 円/月
	ロ(6 ヶ月以内)	593 円/月	1.186 円/月	1.779 円/月
	ロ(6 ヶ月超)	273 円/月	546 円/月	819 円/月
	ハ(6 ヶ月以内)	793 円/月	1.586 円/月	2.379 円/月
	ハ(6 ヶ月超)	473 円/月	946 円/月	1.419 円/月
医師が利用者又はその家族に説明した場合		270 円/月	540 円/月	810 円/月
退院時共同指導加算		600 円/月	1.200 円/月	1.800 円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算 (退院(所)日又は認定日から起算して 3 月以内)		110 円/日	220 円/日	330 円/日
認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算Ⅰ (退院(所)日又は認定日から起算して 3 月以内)		240 円/日	480 円/日	720 円/日
認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算Ⅱ (退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して 3 月以内)		1.920 円/月	3.840 円/月	5.760 円/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (6 ヶ月に 1 回算定)		20 円/回	40 円/回	60 円/回
入浴介助加算	(Ⅰ)	40 円/回	80 円/回	120 円/回
	(Ⅱ)	60 円/回	120 円/回	180 円/回
科学的介護推進体制加算		40 円/月	80 円/月	120 円/月
送迎を行わない場合		▲47 円/回	▲94 円/回	▲141 円/回
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		1 月の合計単位数の 1000 分の 86		

< 食費その他費用 >

★ 食事代（おやつ代含む）	_____	500 円/食
★ おやつ（おやつのみの場合）	_____	50 円/食
★ リハビリパンツ	_____	165 円/枚 ※
★ 尿取りパット	_____	48 円/枚 ※
★ 紙コップ	_____	10 円/個 ※
★ ビニール袋	_____	3 円/枚 ※

※ 必要に応じて提供させていただきます。

氏名) から上記サービス内容と

(利用者)

印

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

印

署名代行の理由

印

同意書

私及び家族は、介護老人保健施設ケアホーム南淡路との介護保険法に基づく居宅サービス契約書第12条に規定する秘密保持に関し、介護老人保健施設ケアホーム南淡路又は他の事業者が私に対して提供する介護サービスがより妥当適切なものとなるよう、契約の有効期間中に限り、介護老人保健施設 ケアホーム南淡路従業者が私及びその家族の個人情報サービスをサービス担当者会議等において用いることに同意します。

年 月 日

医療法人社団 南淡千遙会
理事長 武久 敬洋 殿

(利用者) 住所：_____

氏名：_____ 印

(代理人氏名) 住所：_____

氏名：_____ 印

(家族の代表) 住所：_____

氏名：_____ 印