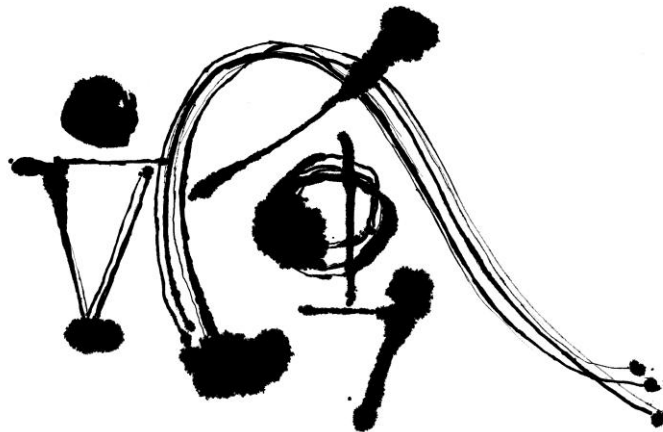


地域密着通所介護・介護保険法に基づく
第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）事業所

リハビリテーション颯 水島

重要事項説明書



重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	リハビリテーション颯 水島
所在地	岡山県倉敷市北畝6丁目1-4
事業所指定番号	3370207676
管理者・連絡先	松浦 勇樹 電話 086(450)0808
サービス提供地域	倉敷市 ※これ以外の地域の方は要相談
利用定員	18名

2. 事業目的及び運営方針

(1) 事業の目的

医療法人エム・ピー・エヌが開設するリハビリテーション颯 水島（以下「事業所」という。）が行う地域密着通所介護・介護保険法に基づく第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）（以下通所介護サービス等という）の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所ごとに置くべき従事者（以下「通所介護等従事者」という。）が、要介護状態および要支援状態（以下「要介護状態等」という。）にある高齢者に対し、適正な通所介護サービス等を提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

事業所の通所介護サービス等従事者は、要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、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を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。事業の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の居宅サービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者等との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

3. 事業所の職員体制

職 種	従事するサービスの内容等	人 員
管理者	業務の管理を行います。	1名
生活相談員	サービス利用に係る一切の相談業務を行います。	1名以上（兼務含む）
機能訓練指導員	利用者の身体機能評価及び各種リハビリテーションの計画を立て、実施します。（理学療法士・作業療法士・看護師）	1名以上（兼務含む）
看護職員	医療、健康面の管理、指導、助言、機能訓練等を行います。 又各種健康相談に応じます。（看護師）	1名以上（兼務含む）
介護職員	介護及びリハビリテーション業務の補助、送迎業務等を行います。	1名以上（兼務含む）

※勤務時間 平日 8:30～17:30

※休暇 土曜・日曜・祝日・夏季休暇(8/14～15)・年末年始(12/30～1/3)

4. 業務日及び業務時間

業 務 日	業 務 時 間
月曜日から金曜日まで ※ 祝日及び夏季休暇（8/14～15）・年末年始（12/30～1/3）を除く	午前8時30分から午後5時30分まで

5. サービス内容及び費用

（１）介護保険給付対象サービス

①サービス内容

・機能訓練

機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

・生活指導

利用者の生活面での指導・援助を行います。

・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。

・排泄

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。

・口腔ケア

看護師により利用者の状況に適した口腔ケアを行い、誤嚥性肺炎や認知症予防に努めます。

・相談及び援助

利用者とその家族からの相談に応じます。

・送迎

ご自宅から施設までの送迎を行います。尚、利用者の希望により、提供しないことも可能です。

②費用

・介護保険の適用がある場合又は第1号事業対象者である場合は、介護保険負担割合証にある負担割合に基づいて、添付する契約書別紙サービス内容及び利用料金同意書に示す利用料金の1～3割が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、保険者から交付される負担割合証に記載された割合に基づいて契約書別紙サービス内容及び利用料金同意書に記載します。

・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

・介護保険法の改正に伴い利用料の変更を行う場合がありますので予めご理解下さい。

・介護保険外の費用として、ご利用一回ごとお茶代 200 円、おむつ代実費及び日常生活活動に必要な費用が必要となります。

・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。要支援1の利用者が週2回以上の利用をされる場合1回につき 4,360 円、要支援2の利用者が週3回以上の利用をされる場合は1回につき 4,470 円必要になります。

- ・利用料の支払いは、事業者が指定する口座自動引き落としサービスの利用により、月末締め切り翌月 27 日（金融機関休業日は翌営業日）に指定口座より引き落としにてお支払いいただきます。又、現金でのお支払いを希望される場合は月末締め切り翌月末営業日までに事業所にてお支払下さい。

※ 入金確認後、領収証を発行いたします。

6. サービス提供時間

（午前の部）9：15～12：15 （午後の部）13：30～16：30

7. 当事業所におけるサービス提供方針

（１） 様々なリハビリテーションプログラムの提供

当事業所はすべてにおいてリハビリテーションプログラムとしてサービスが提供されます。機能訓練指導員を中心に、個別機能訓練のみならず、皆様に適した各種プログラムにご参加いただきます。個別機能訓練加算Ⅰ及びⅡ（介護保険法に基づく第１号通所事業の方は運動器機能向上加算）を算定し、機能訓練指導員が中心となり計画的に実施されます。

（２） 過剰サービスの排除

当事業所では皆様の介護計画と皆様の残存機能（出来ること、出来ないこと）に応じ、過剰介護をせず、自立、維持、回復していただく信念において介護サービスを実施します。よってよほどの事情が無い限りお茶などの上げ膳据え膳サービスは行いません。出来ることはご自身で行っていただきたいと考えております。

（３） 口腔機能向上加算プログラムの実施

介護予防、悪化予防、身体機能向上、認知症予防、誤嚥性肺炎の予防など、様々な予防効果、機能向上を目指し当事業所ではケアプランの記載に準じ月２回、口腔衛生指導を実施します。全ては計画に基づき看護師が中心となり実施され、口腔機能向上加算が算定されます。

8. 個人情報保護及び守秘義務

職員は在職中はもちろん退職後についても皆様の情報を第三者に漏洩しないことを誓約しております。又、秘密保持の為の教育、指導を行っております。尚記録物等に関しては担当者会議及び緊急性を除く外部持ち出しは行いません。（担当者会議等必要時においては必要最低限の記録、情報を持ちだし、活用させていただきます）。

9. 相談窓口及び苦情対応

当事業所のサービスに関する相談や苦情については営業時間中に限り、次の窓口で対応します。

電話番号 ０８６（４５０）０８０８

担 当 者 生活相談員及び管理者

又苦情についてはお住まいの各市町村の窓口又は国保連合会でも受け付けております。

倉敷市介護保険課（土日祝を除く 8:30～17:15） ０８６（４２６）３３４３

倉敷市地域包括ケア推進室（土日祝を除く 8:30～17:15） ０８６（４２６）３４１７

岡山県国民健康保険団体連合会（土日祝を除く 8:30～17:00） ０８６（２２３）８８１１

※倉敷市以外にお住まいの方は居住地の市町村役所または国保連合会でも受け付けます。

10. キャンセル規定

サービスの利用をキャンセルする場合は、サービス提供当日の午前8時までに、電話もしくはファックスにてその旨をお知らせ下さい。電話の場合は留守番電話に録音して下さい。

11. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

12. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、保険者、家族、居宅介護支援事業所に連絡をするともに、必要な処置を講じます。尚、事業者は通所介護サービス等の提供にあたり、利用者の身体・財産の損害を与えた場合にはその損害を施設が加入する下記の賠償保険の範囲内で速やかに賠償します。但し、事業者の責めに帰すべき事由によらない場合はその限りではありません。又利用者の故意及び重大な過失により事業者が損害を受けた場合はその損害賠償を請求することとします。

事業者が加入する損害保険

保険会社 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

保険種類 介護保険事業者相互保険

13. 非常災害時の対策

(1) 非常時の対応

別途定める消防計画に則り対応を行います。

(2) 避難訓練及び防災設備

別途定める消防計画に則り年二回避難訓練を行います。また、次の防災設備を備えます。

- ・自動火災報知器
- ・誘導灯 ・消火器

14. サービス利用にあたっての留意事項

- ・サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- ・施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- ・決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・施設内での他の利用者に対する一切の宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ・サービス提供時間中に特別な理由なく施設外へ出ることはご遠慮ください。無断で外へ出られた場合の事故、トラブル、怪我などの責任は負いかねます。

15. 運営法人の概要

名 称：医療法人エム・ピー・エヌ

代 表 者：理事長 武田 晴郎

所 在 地：岡山県倉敷市連島町西之浦352-1

連 絡 先：電話 086（446）4141

FAX 086（445）1113

16. その他

当事業所ではご本人、ご家族、ケアマネージャー、関係諸機関へのサービス実績の報告、ケアの成果を把握、共有するために、画像や動画による撮影を行います。尚、画像につきましては新聞形式で利用し、他の利用者様との励まし合いにも活用させていただきます。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護サービス等のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和____年____月____日

事業者	住 所	倉敷市北畝6丁目1-4
	法 人 名	医療法人エム・ピー・エヌ
	事 業 所 名	リハビリテーション颯 水島
	事業所番号	3370207676
	代 表 者 名	理事長 武田 晴郎
	説 明 者	_____

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護サービス等のサービス内容及び重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

令和____年____月____日

利用者 住所 倉敷市 _____

氏名 _____

代理人（選任した場合）

住所 _____

氏名 _____（続柄：_____）

