

重要事項説明書

当施設はご契約者に対して介護保健施設サービスを提供します。

施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

なお、当施設の利用は、原則として要支援・要介護認定を受けている方が対象となります。

目 次

- 1 明生園通所リハビリテーションの概要について
- 2 当事業所の運営方針・目的について
- 3 サービス内容について
- 4 利用料金について
- 5 利用時リスク説明
- 6 サービスの利用と終了の方法について
- 7 サービス内容に関する相談・苦情について
- 8 緊急時・事故発生時の対応について
- 9 防災対策について
- 10 秘密保持及び個人情報の使用について

1. 明生園通所リハビリテーションの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	介護老人保健施設「明生園」
所在地	青森県南津軽郡藤崎町大字榊字亀田2-1
電話番号	0172-65-4051
FAX番号	0172-65-4051
事業所番号	252380001
サービス提供地域	藤崎町・田舎館村・板柳町・黒石市・青森市浪岡

※ 上記のサービス提供地域以外にお住まいの方でもご希望の場合はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職種	常勤	非常勤	業務内容
医師	1名		利用者の病状を把握し、利用者の診察、健康管理、保健衛生指導を行う。
看護職員	3名		医師の診療補助、看護ならびに利用者の衛生管理及び日常生活の援助を行う。
介護職員	10名		利用者の日常生活の援助を行う。
理学療法士又は作業療法士	2名		利用者の機能回復の促進及び機能低下の予防を行う。

(3) 当事業所の設備概要

※ 浴室【一般浴槽室、特殊浴槽室】、機能訓練室、食堂、静養室、相談室を備えております。

(4) サービスの提供時間帯・営業日時

「サービス提供時間」・・・午前8時50分より午後4時50分まで。

「営業日時」・・・通年（※ただし、1月1日、10月の第3土曜日、日曜日は定休日となります。）

2. 当事業所の運営方針・目的

(1) 目的

※ 利用者が可能な限り在宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るよう理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行う事により、利用者の心身機能の維持回復を図る事を目的としています。

(本人の状態(病状)だけでなく、家族が病気・外出・農繁期などで本人の介護が出来なくなった時にもご利用できます。)

(2) 運営方法

1. ご利用の方の要介護状態軽減または悪化の防止、要介護状態となる事の予防に役立つよう、その目標を設定し計画的に行います。
2. ご利用の方の身体拘束その他通所者の行動を制限する行為は行いません。やむをえず拘束する場合は利用者またはその家族に説明を行います。
3. 自ら提供するサービスの質の評価を行い、常に改善を図ります。

3. サービス内容

1. 送迎
2. 食事
3. 入浴
4. 運動療法
5. 温熱療法
6. 自主トレーニング
7. レクリエーション・手工芸
8. 日常生活動作に関する訓練
10. 自助具適用・使用訓練
11. 生活相談

◎サービス利用にあたっての留意事項

1. サービスの中止、変更については、当日の朝 8:15 までにご連絡ください。また、ご家族の都合等の理由で送迎時間の変更希望がありましたらご相談ください。
2. 食事について、苦手な献立や食べられない物がありましたら利用日の 2 日前までにご連絡ください。
3. 祭日の個別リハビリはお休みとなります。
4. 原則として利用料以外の高額な金銭、貴重品の持ち込みは禁止しております。もし、紛失等された場合、施設では責任を負いかねますのでご遠慮ください。
5. 特別な理由がない場合を除いて、食事やお菓子類の持ち込みは禁止しております。また、利用者間での食料品や衣料品の購入依頼、受け渡しについても禁止しております。
6. 原則として施設内での飲酒・喫煙は禁止しております。
7. 職員や利用者に対し迷惑を及ぼすような営利活動、政治・宗教活動、勧誘は禁止します。
8. 自然災害、感染症等で事業所が一時的に休業し、予定していたサービスが提供できなくなる事があります。
9. 利用者及びその家族がサービス利用料金を 3 ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにも関わらず 10 日間以内に支払われない場合、サービスを中止させていただきます。

4. 利用時リスク説明

明生園通所リハビリテーションでは、なるべくご本人様の能力を活かした活動を提供したいと考えております。つまり、できる事はなるべくご自分で行って頂くようにしております。その際、事故等の不測の事態が起こらないように安全には十分に配慮いたしますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴う事を十分にご理解下さい。

- 転倒、転落等による骨折・外傷等の恐れや、加齢や認知症の症状による、誤嚥・誤飲・窒息の危険性があります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

上記の事は、ご自宅でも起こりうる可能性があります。日常生活においても十分ご留意頂きますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからない事があれば、遠慮なくお尋ねください。

◎協力医療機関等

※ 当事業所では、利用者の状態が急変した場合等には、下記の医療機関に協力をお願いしています。

〈 記 〉

名称・・・医療法人 ときわ会「ときわ会病院」
住所・・・青森県南津軽郡藤崎町大字榊字亀田 2 - 1

5.利用料金

区 分	金 額		
大規模事業所 I 通所リハビリテーション費 (4 時間以上 5 時間未満) 送迎を行わない場合は片道につき 47 円を減算	要介護 1	日額	498 円
	要介護 2	日額	583 円
	要介護 3	日額	667 円
	要介護 4	日額	774 円
	要介護 5	日額	882 円
(5 時間以上 6 時間未満) 送迎を行わない場合は片道につき 47 円を減算	要介護 1	日額	556 円
	要介護 2	日額	665 円
	要介護 3	日額	772 円
	要介護 4	日額	899 円
	要介護 5	日額	1.024 円
(6 時間以上 7 時間未満) 送迎を行わない場合は片道につき 47 円を減算	要介護 1	日額	650 円
	要介護 2	日額	777 円
	要介護 3	日額	902 円
	要介護 4	日額	1.049 円
	要介護 5	日額	1.195 円
加算 (通所リハビリテーション)	リハビリテーションマネジメント加算(I) 月額 330 円		
	短期集中個別リハビリテーション実施加算 (退院日又は認定日から起算して 3 月以内) 日額 110 円		
	サービス提供体制強化加算(I) 1 回 18 円		
	中重度者ケア体制加算 1 日 20 円 ※要介護 3・4・5 の利用者が 30%以上占めていない為、 現在は算定しません。		
	重度療養管理加算 1 日 100 円		
	栄養改善加算 (月 2 回限度) 1 回 150 円		
	口腔機能向上加算 (月 2 回限度) 1 回 150 円		
要支援 1	月額		1.712 円
要支援 2	月額		3.615 円
サービス提供体制強化加算(I)	要支援 1	月額	72 円
	要支援 2	月額	144 円
加算 (予防介護)	運動機能向上加算	月額	225 円
	栄養改善加算	月額	150 円
	口腔機能向上加算	月額	150 円
入浴加算	日額 (要支援 1・2 の方は月額に含む)		50 円
食費	日額		390 円
介護職員処遇改善加算(II)			3.4%
手芸材料・教養娯楽費 (希望される方)	材 料 代 実 費		

※利用料を祭日にお持ち頂いても、その日に徴収できませんので次回利用時にお持ちください。

6. サービスの利用と終了の方法

1. 「利用開始」

まずは直接、またはお電話でお申し込みください。当事業所の担当職員がお伺いします。

※ 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、事前に介護支援専門員（ケアマネージャー）とご相談ください。

2. 「利用の終了」

当事業所の職員、または担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）に前もってお申し出てください。

7. サービスに関する相談・苦情

当事業所への相談・苦情窓口

「担当」・・・一戸かおる（看護主任）

電話番号・FAX・・・0172-65-4051

8. 緊急時・事故発生時の対応

◎緊急時の対応

サービスの提供中に、不測の事態による事故や容態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、御家族、介護支援専門員等へ連絡し、必要な措置を講じます。

◎損害賠償

サービスの提供中に、こちらの不注意や対応のミスで事故が発生した場合はお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所に連絡いたします。また、お客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償いたします。

9. 防災対策

防災設備：スプリンクラー・消火器・消火栓・火災報知機

防災訓練：年2回

10. 秘密保持及び個人情報の使用

ご利用者及びそのご家族に関する秘密及び個人情報については、生命・身体に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて第三者に漏らす事はありません（また、従業員が業務上知り得た秘密及び個人情報は、従業員でなくなった後においても第三者に漏らす事はありません）。

ただし、サービス担当者会議等において、必要な情報については利用者にとって有益になる場合に限り利用させて頂く事があります。

「重要事項説明書に関する同意書」

「明生園」通所リハビリテーションサービスの提供開始及び重要事項内容、個人情報の利用について同意します。

平成 年 月 日

* 利用者

* 氏名 _____

* 住所 _____

* 同意者

* 氏名 _____ 本人との関係 _____

* 説明者

氏名 _____