

重要事項説明書

1 事業者

| | |
|--------|------------------|
| 事業者の名称 | 医療法人平成会 |
| 法人所在地 | 愛媛県今治市片山三丁目1番40号 |
| 法人種別 | 医療法人 |
| 代表者氏名 | 理事長 玉井 京子 |
| 電話番号 | 0898-32-3000 |

2 ご利用施設

| | |
|--------|-----------------------------|
| 施設の名称 | 医療法人平成会山内病院 介護予防通所リハビリテーション |
| 施設の所在地 | 愛媛県今治片山3丁目1番40号 |
| 施設長名 | 玉井 晋吾 |
| 電話番号 | 0898-32-3000 |
| FAX番号 | 0898-32-7836 |

3 ご利用施設の他あわせて実施する事業

| 事業の種類 | 指定年月日 | 指定番号 | 利用定員 | |
|-------|-----------------|------------|------|--|
| 居宅 | 訪問看護 | 平成12年4月1日 | 25人 | |
| | 通所リハビリテーション | 平成12年3月17日 | | |
| | 介護予防通所リハビリテーション | 平成19年4月1日 | | |
| | 介護予防訪問看護 | 平成18年4月1日 | | |
| | | | | |
| | | | | |

4 事業の目的と運営の方針

| | |
|---------|--|
| 事業の目的 | <ul style="list-style-type: none">* 事業者は、利用者が要支援状態等となった場合においても、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、機能訓練及び日常生活上の世話を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とする。 |
| 施設運営の方針 | <ul style="list-style-type: none">* 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。* 施設の理学療法士等は、要支援者等の心身の特性をふまえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅医療が継続できるように支援する。* 地域との結びつきを重視し、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健・医療又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |

5 施設の概要

| | | |
|-----|--------|------------------------|
| 敷 | 地 | 2744.26 m ² |
| 建 物 | 構 造 | 鉄筋 |
| | 延べ床面積 | 4310.49 m ² |
| | デイケア施設 | 147.5 m ² |

(1) その他主な設備と機器

| 設備の種類 | 数 | 面 積 | 概 要 |
|-------------|-----|-----------------------|---------------|
| 食堂兼談話室 | 1 室 | 159.63 m ² | 床暖房 |
| リハビリ室 | 2 室 | 278.88 m ² | 床暖房 |
| 浴室 | 1 室 | 43.01 m ² | 一般浴（ジェットバス） |
| | | | 特殊浴槽（車椅子入浴対応） |
| ハッピーライフ | 3 台 | | 高電位治療器 |
| スーパーライザー | 2 台 | | スポット型近赤外線治療器 |
| オスピナ | 2 台 | | ベッド型全身マッサージ器 |
| マイクロウェーブ治療器 | 3 台 | | |
| S S P | 1 台 | | |

6 職員体制（主たる職員）

| 医 師 | 専従 | | |
|-----|-------|------|-----|
| | 兼務 | 1 人 | |
| | 勤務形態 | 1 単位 | |
| | 職 種 | 常勤 | 非常勤 |
| | 看護職員 | | |
| | 理学療法士 | 2 人 | |
| | 作業療法士 | 2 人 | |
| | 言語聴覚士 | 1 人 | |
| | 介護職員 | 3 人 | |

職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤 務 体 制 | 備 考 |
|-------------------------|----------------------------------|-----|
| 医 師 | 8：30～17：30（月～金） 8：30～12：30（土） | |
| 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 8：30～17：30（月～金） 8：30～12：30（土） | |
| 介護職員 | 8：30～17：30（月～金） 8：30～12：30（土） | |

7 サービスの内容

(1) 法定給付サービス

| 種 類 | 内 容 | 利用料 |
|----------|--|--|
| 日常動作訓練 | 日常生活において必要な食事、整容、更衣、入浴などの基本的動作を維持向上するための訓練です。 理学療法士等による個別訓練や機能訓練、作業活動などを行い、できるだけ自立した生活が継続できるようにすすめます。 | 要介護認定の区分に応じて算出します。 法定代理受領の場合は、介護保険負担割合証の利用者負担割合に応じた額となります。 (原則として下記の基本利用料の1割か2割の額になります。) |
| 健康チェック | 普段の健康状態を基にして、毎回健康チェックを行い、病状変化と早期発見と対応、さらに健康相談やケアにつなげます。 | 要支援1の場合 1月につき 22680円 サービス提供体制強化加算Iイ 1月につき 880円 (合計23560円) |
| 機能回復訓練 | 家庭生活に必要な諸動作の自立や、障害を受容しながら生活を楽しむ方法など、精神的な自立の為のサポートを行い、生活の質の向上をめざします。 | 要支援2の場合 1月につき 42280円 サービス提供体制強化加算Iイ 1月につき 1760円 (合計44040円) |
| 科学的介護の推進 | 厚生労働省で運用されるシステムを通じて、利用者の疾病や服薬状況、サービスの内容の報告を行います。報告されたデータはシステムによって分析がされ、その結果を元に科学的根拠に基づいた介護の実践を図ります。 | 科学的介護推進体制加算 1月につき 400円 |
| レクレーション | 季節感を取り入れた行事等を中心に、静の活動(手工芸・書道・生け花・園芸等)と動の活動(体操・風船バレー・輪投げ等)を組み合わせ、誰もが参加できるプログラムの基に実施します。 | |
| 送迎 | 車両による送迎を行います。ただし送迎車の巡回時間、定員、道路事情等により希望にそえない場合がございますのでご了承下さい。乗降時や運行時には細心の注意をはらいます。 | |

※サービス体制強化加算Iは、前年度の介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上の場合に算定できる、サービス提供体制に対する加算です。

| | | |
|--------------------|--|---|
| <p>栄養改善</p> | <p>低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が、看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づいて適切なサービスを実施し、定期的な評価と計画の見直しを行います。</p> | <p>栄養改善加算 1月につき 2000円</p> |
| <p>口腔機能向上</p> | <p>口腔衛生、摂食、嚥下機能等に問題のある利用者に対し、言語聴覚士又は看護職員等が口腔機能改善のための口腔機能改善管理指導計画を作成し、それに基づき口腔機能向上サービスを提供します。</p> | <p>口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ 1月につき 1600円</p> |
| <p>一体的サービス提供加算</p> | <p>上記のサービス（栄養改善及び口腔機能向上）を実施します。 ※上記サービスを週1回以上、かつ、いずれかのサービスは1月に2回以上行います。</p> | <p>一体的サービス提供加算 1月につき 4800円</p> <p>※2種類のサービスを実施した場合</p> <p>※介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した月から数えて12か月を超えた期間で介護予防通所リハビリテーションを行う場合、1月につき所定の金額を請求金額より減額いたします。</p> <p>要支援1の場合 1月につき 1200円</p> <p>要支援2の場合 1月につき 2400円</p> |

(2) 法定給付外サービス

| 種類 | 内 容 |
|-------|--------------|
| おむつ等 | * 実費をいただきます。 |
| 娯楽材料費 | * 実費をいただきます。 |

8 利用者負担金の支払方法

| 種類 | 内 容 |
|------|---|
| 支払方法 | * 毎月の月初めに、前月分の請求書を発行しますので、請求書が到着いたしましたら早急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。 * お支払方法は、原則として口座振替または施設窓口への現金による支払いとなります。 |

9 営業日及び営業時間

| | |
|------|--|
| 営業日 | 月曜日から土曜日 ただし、国民の祝日、8月16日、12月31日から1月3日までを除く。 |
| 営業時間 | 月～金 午前8時30分から午後4時00分 ※サービス提供時間は午前8時30分から午後16時40分まで 土曜 午前8時30分から午後0時30分 ※サービス提供時間は午前8時30分から午後0時30分まで |

10 通常の事業実施地域

今治市陸地部（旧今治市、旧玉川町、旧大西町、旧朝倉村、旧菊間町、旧波方町）

11 非常災害時の対策

| | | | | |
|-------------|---|-----|---------|-------|
| 非常時の対応 | 別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 町内の皆さんと非常時の相互の応援を約束しています。 | | | |
| 平常時の訓練等防災設備 | 別途定める「消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を利用者の方も参加して実施します。 スプリンクラー設備、自家発電設備、防火区画設備あり。 その他設備等 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | 避難階段 | 2方向 | 消火器 | 27個 |
| | 自動火災報知器 | あり | 非常通報装置 | あり |
| | 誘導灯 | あり | 漏電火災報知器 | あり |
| | ガス漏れ報知器 | あり | 非常用電源 | 発電機3台 |
| | カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。 | | | |
| 消防計画等 | 防火管理者：河上清二 | | | |

1.2 当施設ご利用の際に留意していただく事項

| | |
|----------|--|
| 迷惑行為等 | <ul style="list-style-type: none"> * 騒音、放歌高吟等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 * 利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止します。 * 飲酒及び喫煙は禁止します。 * 火気の取扱は禁止します。 |
| 設備・用具の利用 | <ul style="list-style-type: none"> * この施設の設備・用具類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、賠償していただくことがございます。 |
| 医療機関の受診 | <ul style="list-style-type: none"> * 利用時の医療機関の受診は、緊急を要するもの意外は、禁止します。 |
| 所持品等の管理 | <ul style="list-style-type: none"> * 金銭・貴重品はお持ちにならないで下さい。 |

1.3 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 当事業所は、サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに今治市及び関係各機関並びに利用者の家族に連絡をとるとともに、必要な処置を講じます。
- (2) 当事業所は、サービス提供により利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。ただし、当該事故発生につき、利用者の側に重大な過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。
- (3) 事故発生時の対応体制等については、別途定める「緊急時の体制」に記載。

1.4 相談窓口・苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。また苦情処理の体制については、院内に掲示してあります。

| | |
|----------------|--|
| 当事業所ご利用相談室 | 窓口担当者 森奈緒子 河上清二 ご利用時間 月～金曜 8:30～18:00 土曜 8:30～12:30 電話 0898-32-3000 FAX 0898-32-7836 |
| 今治市 介護保険課 | 〒794-8511 今治市別宮町1丁目4番地1 電話 0898-36-1526 FAX 0898-34-5077 |
| 愛媛県国民健康保険団体連合会 | 〒791-8550 松山市高岡町101-1 電話 089-968-8700 FAX 089-968-8717 |

同意書

私は、医療法人平成会山内病院の「指定介護予防通所リハビリテーション事業」を利用するにあたり、確かに説明を受けましたので、同利用に同意いたします。

また、医療法人平成会山内病院がサービス担当者会議等において、私や私の家族の個人情報を用いることを同意いたします。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

事業者

住 所 今治市片山三丁目1番40号

事業所名 医療法人平成会 山内病院

氏 名 理事長 玉井 京子