

重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション)

あなたに対する介護予防通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

(事業者)

事業者名称	多胡クリニック(まどか苑)
事業所の所在地	津山市草加部955-1
法人種別	医療法人 多胡医院
管理者名	多胡 卓治
電話番号	0868-29-7112

(目的)

利用者の心身機能の改善や環境調整などを通じて、できる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことが出来るよう支援することを目的とする。

(運営の方針)

- 1 本事業所において提供する介護予防通所リハビリテーションは、介護保険法ならびに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- 2 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。
- 3 利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所リハビリテーション計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供するものとする。
- 4 利用者の要支援状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、必要なリハビリテーションに関する目標を設定し、計画的にサービスを提供するものとする。
- 5 利用者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明するものとする。
- 6 常に、提供した介護予防通所リハビリテーションの質の管理と評価を行い、その改善を図るものとする。

(主な揭示事項)

営業日	営業日 月・火・水・木・金・日 休日 土・祝日 その他年間の休日:8月14日～15日・12月30日～1月3日
営業時間	サービス提供時間 月・火・木・金・日 9:00～17:00 水 9:00～14:30
利用定員	20人 日曜日に限り 15人
利用料	法定代理受領分 (一割分) 介護報酬告示上の額 法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額
その他の費用	食費(一食分)500円・おむつ代(一枚)100円・パット代(一枚)23円 歯ブラシ代(一本)10円
通常の事業実施地域	津山市東部(高野・高倉・広野・成名・清泉小学区)、旧加茂町、旧勝北町

(従業者の職種、員数及び職務内容)

まどか苑に勤務する管理者及び職員等の職種、員数及び内容は次のとおりとする。

- 1 管理者(医師) 1名
管理者(医師)は職員等の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- 2 経験を有する看護師 (常勤2名以上)
経験を有する看護師は、健康チェック等を行うことにより利用者の健康状態等を的確に把握し、利用者が適切なサービスを提供されるよう必要な処置を行うとともに、利用者及びその家族の必要な相談に応じ、サービスの調整、居宅介護支援事業等他の機関との連携において必要な役割を果たす。
- 3 介護職員 (常勤2名以上)
介護職員は、まどか苑でのサービス提供にあたり、利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し適切な介護を行う。
- 4 その他職員
(常勤栄養士1名以上)

(利用料)

まどか苑が提供する指定通所リハビリテーションの利用料は、厚生大臣が定める基準によるものとし、当該指定介護予防通所リハビリテーションが法定代理受領サービスである時

は、その1割の額とする。(別紙参照)

但し、次に掲げる項目については別途料金の支払いを受けることがある。

- 1 上記に定める通常の事業の実施地域以外の地域に居宅する利用者に対して行う送

迎については、家族の送迎にかぎる

- 2 利用者負担の費用の支払いを含むサービスの提供の際には、利用者又はその家族に対して、事前に必要な資料を提示し当該サービスの内容及び費用を説明した上で、利用者の同意を得る。

(サービス提供記録等の記載)

指定介護予防通所リハビリテーションを提供した際には、その提供日及び内容、当該指定介護予防通所リハビリテーションについて、利用者に代わって支払いを受ける介護報酬の額、その必要な記録を所定の書面に記載する。

(苦情処理)

提供した介護予防通所リハビリテーションに関する利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に適応するため、受付窓口設置、担当者の配置、事実関係の調査の実施、改善措置、利用者又は家族に対する説明、記録の整備その他必要措置を講ずるものとする。

苦情受付担当:前原 悠力

住 所:津山市草加部 955-1

電 話 番 号:(0868)29-7112

ファックス番号:(0868)29-7113

(衛生管理)

- 1 介護予防通所リハビリテーションに使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意するものとする。
- 2 従業者等は、感染症等に関する知識の習得に努める。

(緊急時又は事故発生時の対応及び賠償責任)

- 1 介護予防通所リハビリテーションの提供により、事故が発生した場合は市町村、当該利用者の家族、当該利用者にかかわる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じる。
- 2 指定通所リハビリテーション事業者は、前項の事故の状況および事故に際してとった処置について、記録しておく。
- 3 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、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、利用者側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額できます。
- 4 万が一事故の発生に備えて、賠償責任保険に加入しています。

(非常災害対策)

- 1 通所リハビリテーションの提供中に、天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、管理者は、日常時に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。
- 2 災害時に備え、定期的に避難訓練を行う。

(医療行為)

定期的な医療行為(注射・投薬・処置)については、通所日以外の日に外来受診とする。
(緊急を伴う場合は、例外とします。)

(提供する第三者による評価の実施状況)

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	有 ・ 無

私は、本書面に基づき当事業者の職員(職名 _____ 氏名 _____)
から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

注:通所リハビリテーションサービス利用契約書の留意事項を含む

介護予防通所リハビリテーション利用料

・介護予防通所リハビリテーション費

(単位:円)

要支援1	2,268 円
要支援2	4,228 円

<送迎 入浴含む>

サービス提供強化体制加算

- ・要支援1 88 円(1か月あたり)
- ・要支援2 176 円(1か月あたり)

介護処遇改善加算

- ・要支援1 203 円(1か月あたり)
- ・要支援2 379 円(1か月あたり)

介護予防通所リハ 12 月超減算

- ・要支援1 -120 円(1か月あたり)
- ・要支援2 -240 円(1か月あたり)

・食費(一食分)500円

・おむつ代(一枚)100 円 パット代(1枚)23 円

・歯ブラシ代(一本)10円

・マスク代(一枚)10 円