

指定通所リハビリテーション重要事項説明書<予防介護>

1. 事業所の名称及び所在地

事業所	デイケアセンター春海
所在地	山梨県甲斐市万才 287 番地 8
サービス提供場所	在宅総合ケアセンター 1 階 デイケアセンター春海
管理者・連絡先	曾根順子 電話/FAX 055-279-3900

2. 事業の目的

適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）の利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切なサービスを提供することを目的とします。

3. 運営の方針

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生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持または回復を図ります。

4. 従業者の職種、員数及び職務の内容

- | | |
|---|------------|
| (1) 医師 | 1 名（病院と兼務） |
| (2) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 | 1 名以上 |
| リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身状態の維持回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行う | |
| (3) 看護職員 | 1 名 |
| 健康状態の確認及び看護を行う | |
| (4) 介護職員 | 4 名以上 |
| 利用者の心身の状況に応じ、必要な介護を行う | |
| (5) 事務職員 | 1 名以上 |
| 現場において必要な事務処理を行う | |

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝日、12月30日～1月3日を除く）
営業時間	午前8：30～午後5：00
サービス提供時間	午前9：50～午後4：00

6. 利用定員

1 日 30 名

7. サービスの内容

- (1) 計画書の作成及び利用者、その家族への説明
- (2) 健康チェック
- (3) リハビリテーション

10. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年1回以上定期的に避難、救出その他必要な訓練を行い、訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

11. 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備し、定期的な研修を実施します。適切に実施するための担当を設置します。

担当：伊藤 大悟

12. 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し指定通所リハビリテーション〔指定介護予防通所リハビリテーション〕の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

13. 相談窓口・苦情対応

- (1) 当事業所の通所リハビリテーションに関するご相談・苦情の問い合わせ先

電話：055-279-3900 担当：伊藤 大悟

- (2) その他の相談・苦情受付窓口

山梨県国民健康保険団体連合会 受付時間 水曜日 9：00～16：00

電話 055-233-9201

甲斐市長寿推進課介護保険係

電話 055-278-1693

甲府市介護保険課

電話 055-237-5473

南アルプス市介護福祉課

電話 055-282-6179

昭和町福祉介護課

電話 055-275-8784

14. 注意事項

- (1) 喫煙、飲酒は固くお断りいたします
- (2) 飲食物の持ち込みはお断りいたします。（持参希望の方はご相談ください）
- (3) 現金、貴重品の持ち込みの際はご自身の責任において管理をお願いします
- (4) 暴力、喧嘩、口論など、他の利用者に迷惑となる行為はおやめ下さい

1 5. 利用料金

1) 通常規模型 予防通所リハビリテーション費 (1割負担の金額)

	要支援1	要支援2
一月につき	2,268 円	4,228 円

【減算】

	要支援1	要支援2
一月につき	120 円	240 円

2) その他の加算 (1割負担の金額)

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援1	88 円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援2	176 円/月
栄養スクリーニング加算	5 円/回
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	160 円/回
科学的介護推進体制加算	40 円/月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	

※ 「利用者様負担金」は原則として、負担割合証に応じた基本料金の1割～3割の金額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます

※ 所得に応じて介護負担割合が異なります。「介護保険負担割合証」をご確認ください

3) 自費

食費(おやつ代含む)		700 円/食
おやつのみ		100 円/食
オムツ	リハビリパンツ	200 円/枚
	テープ止型	350 円/枚
	平型	80 円/枚
	尿取り型	50 円/枚
その他	連絡帳ファイル	100 円/冊
	クリアケース	100 円/冊
	ノート	100 円/冊

年 月 日

事業者から上記内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者 住所

氏名

印

代理人 住所

氏名

印

家 族 住所

氏名

印

サービス契約の締結にあたり、前項により重要事項を説明しました。

事業者	住 所	山梨県甲斐市万才 287 番地 8
	名 称	医療法人 仁和会 ダイケアセンター春海
		理事長 曾根 順子