

指定通所リハビリテーション及び 指定介護予防通所リハビリテーション

重要事項説明書



医療法人社団 恵庭南病院

通所リハビリテーション マオイの里

令和6年6月改定

当事業所はご利用者に対して、
指定通所リハビリテーション 及び 指定介護予防通所リハビリテーション サービスを提供します。
サービス提供にあたり当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人社団 恵庭南病院
事業者の所在地	〒061-1441 恵庭市住吉町2丁目4番地14号
代表者名	理事長 島田 道朗
電話番号・FAX番号	電話 0123-32-3850 FAX 0123-32-1627

2. 事業所の概要

事業所の名称	通所リハビリテーション マオイの里
事業所の所在地	〒069-1317 夕張郡長沼町東5線北4番地
管理者名	施設長 西部 学
電話番号・FAX番号	電話 0123-88-1661 FAX 0123-88-1662
事業所の種類	指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーション 平成16年5月1日指定 北海道指定 第0155880032号 ※当事業所は介護老人保健施設「マオイの里」内に併設されています。

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	通所リハビリテーションマオイの里が行なう通所リハビリテーション事業(以下「事業」という)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、施設の医師、看護職員、介護職員、理学療法士又は作業療法士及びその他の職員(以下「従業者」という)が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所リハビリテーションサービスの提供することを目的とする。
運営方針	通所リハビリテーションの従事者は、要支援、要介護利用者の心身の特性を踏まえて、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生活が維持できるようにサービスを提供する。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス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ものとする。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して通所リハビリテーション及び予防通所リハビリテーションサービスを提供する以下の種類の職員を配置しています。(職員の配置については指定基準を遵守しています。)

医師	1名	ご利用者の医療的管理を行います。
看護師・介護士	利用者に対する必要数以上	
居宅サービス及び支援計画に基づいたサービスの提供及びサービスの記録を行います。		
理学療法士(兼務)	2名	ご利用者に対し、運動機能検査等を行い、リハビリ実施計画の作成及び見直しを行います。
作業療法士(兼務)	1名	
事務職員	必要数以上	
必要な事務を行う。		

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日、土曜日までとします。 (ただし、年末年始を除く)
営業時間	午前8:30から午後5:00までとします。 * サービス提供時間は午前9:30から午後4:00までとします。

6. 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションサービスの内容

サービスの内容	具体的なサービスの内容 ① 機能訓練(身体障害や廃用症候群の利用者に対し、リハビリテーション実施計画に基づき、医師の指示を受けた理学療法士・作業療法士が短期集中リハビリテーションを行います。) ② 特別入浴、一般入浴 ③ 食事及び排泄等の日常生活の世話 ④ レクリエーション ⑤ 健康・介護の相談 ⑥ 送迎 ⑦ 健康チェック ⑧ 口腔機能向上 ⑨ 栄養スクリーニング加算 ⑩ 栄養改善 ※サービスは居宅サービス計画及び支援計画にそって計画的に実施します。
緊急時の対応	ご利用者に病状等の急変が生じた場合、必要に応じて受診し、速やかに主治医の指示にて必要な処置を行います。

7. 通常の事業の実施地域

通常の実施地域～長沼町・由仁町の区域とします。

8. 利用者負担及びその滞納

【指定通所リハビリテーションサービス費】

指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションサービスが法定代理受領サービスであるときは、法定の額とします。（1～3割）

区 分	料 金			備 考
	1 割	2 割	3 割	
要支援1	2, 268円	4, 536円	6, 804円	1月につき
要支援2	4, 228円	8, 456円	12, 684円	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	72円	144円	216円	要支援1のみ。1月に1回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	144円	288円	432円	要支援2のみ。1月に1回
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5円	10円	15円	※6ヶ月に1回を限度とする
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20円	40円	60円	※6ヶ月に1回を限度とする
科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円	
介護処遇改善加算(Ⅰ)	各種加算減算を加えて加算した単位数の 8. 6 %			
区 分	料 金			備 考
	1 割	2 割	3 割	
要介護1	715円	1, 430円	2, 145円	6時間以上7時間未満
要介護2	850円	1, 700円	2, 550円	6時間以上7時間未満
要介護3	981円	1, 962円	2, 943円	6時間以上7時間未満
要介護4	1, 137円	2, 274円	3, 411円	6時間以上7時間未満
要介護5	1, 290円	2, 580円	3, 870円	6時間以上7時間未満
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	560円	1, 120円	1, 680円	利用6か月後から240円
上記医師の説明	270円	540円	810円	
リハビリテーション提供体制加算	24円	48円	72円	6時間以上7時間未満
短期集中個別リハビリ実施加算	110円	220円	330円	退院日から3月以内
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円	36円	54円	1回につき
送迎減算	△47円	△94円	△141円	片道
入浴介助加算(Ⅰ)	40円	80円	120円	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20円	40円	60円	※6ヶ月に1回を限度とする
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5円	10円	15円	※6ヶ月に1回を限度とする
介護処遇改善加算(Ⅰ)	各種加算減算を加えて加算した単位数の 8. 6 %			

※サービス利用料の介護保険制度上の支給限度額を超える場合は、全額自己負担となります。

この場合、居宅サービス計画及び支援計画を作成する際に介護支援専門員等から説明の上、利用者の同意を得ることになります。

※居宅サービス計画及び支援計画以外のサービス利用が発生した場合、

介護支援専門員等と確認の上、その月の利用者負担額を変更する場合があります。

【日常生活費及び諸雑費】

その他の日常生活費及び諸雑費について個人により必要となります。

別途書類(同意書あり)にてご説明いたします。

区 分	項 目	単 価	備 考
食費	食事提供費、オヤツ代	550円	1回あたり
教養娯楽費(回)	茶話会サークル	50円	毎月、初回利用時は100円
	園芸サークル	50円	
	創作サークル1	50円	
	創作サークル2	100円	小物作り等
行事費	花見(5月)	100円	バス代として
	ピクニック(7月)	100円	
紙オムツ	尿取りパット小	24円	
	簡単パッド	20円	
	尿取りパッド大	33円	
	安心パッド	34円	
	リハビリパンツM	74円	
	リハビリパンツL	82円	
	リハビリパンツLL	86円	

9. 料金のお支払い時期とお支払い方法

請求・支払い時期	サービス利用料は、1ヶ月分まとめて翌月の初めに請求書をお渡し致します。 お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
支払い方法	【1階会計窓口でのお支払いの場合】 午前9時から午後5時までの平日 【銀行振り込みでのお支払いの場合】 振込口座 振込銀行 北海道銀行 長沼支店 口座番号 普通預金 0555626 口座名義 介護老人保健施設マオイの里 施設長 西部 学 ※お振込みの際はご利用者名でお願い致します。 ※お振込み手数料はご利用者負担となりますのでご了承下さい。
	利用者が正当な理由もなく事業者を支払うべき利用者負担金を3ヶ月以上滞納した場合には、事業者は1ヶ月以上の期間を定めその支払いを催促し、期間満了までに支払わない時に限り契約を解除することが出来る。 事業者は、支払いの催告をした後、契約を解除するまでの間、居宅サービス計画及び支援計画を作成した居宅介護支援事業者等と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画及び支援計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な調整を行なうように要請するものとします。

10. 利用の中止、変更、追加

利用の中止	ご利用予定日の前日までにご連絡ください。利用者の正当な事由にて当日になっての利用中止の場合も速やかにご連絡ください。
利用の変更・追加	利用予定日の前に、利用者の都合により、中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用の追加をすることができます。この場合には、サービス利用予定日の前日までにご連絡ください。(但し、介護支援専門員に確認が必要。)サービスの変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間サービスの提供ができない場合、他の利用可能日を利用者に提示して協議します。

11. 苦情の受付について

○ 当事業所における苦情の受付

苦情受付窓口	事業所内にて受け付けます。 電話番号 0123-88-1661 ファックス 0123-88-1662 【担当者】支援相談員 松明 伸幸 受付時間 9:00～17:00の平日
--------	--

※苦情解決責任者が苦情解決委員会を招集し、誠意を持って話し合い、適切に解決できるよう努めます。

○ 行政機関、その他における苦情受付

長沼町役場 福祉課	所在地 夕張郡長沼町南町2丁目3番1号 電話番号 0123-82-5555 受付時間 9:00 ～ 17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 札幌市中央区北2条西14丁目 電話番号 011-231-5175 受付時間 9:00 ～ 17:00
北海道社会福祉協議会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 電話番号 011-204-6310 受付時間 9:00 ～ 17:00

12. 事故発生時の対応

当事業所は、指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションサービスの提供により事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族、関係機関等に速やかに連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

当事業所は、指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションサービスの提供にあたって利用者の生命、身体、財産に影響を与えた場合には、その損害を賠償します。但し、当時 業者の故意又は過失によらないときはこの限りではありません。

説 明 確 認

年 月 日

私は、本書面に基づいて事業者 【 職名 看護師長 氏名 福田 タ子 】
から重要事項の説明を受けたことに同意します。

利用者	現住所
	氏 名
利用者の家族等	現住所
	氏 名
	利用者との関係