

介護予防通所リハビリテーションサービス

重要事項説明書

《令和 年 月 日現在》

1 利用者(被保険者)

氏 名	
被保険者番号(市町村名)	(高槻市)
要 介 護 区 分	要支援
要介護認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

2 事業者(法人)の概要

名 称	医療法人 杏仁会
代 表 者 名	理事長 岡田 聡
法人の所在地・連絡先	高槻市東和町57番1号 電話番号 (072) 671-0071 ファックス番号 (072) 671-0070

3 利用施設の概要

施 設 の 名 称	デイケアセンター ローズマリー
管 理 者 名	施設長 西山 勝彦
施設の所在地・連絡先	高槻市東和町57番1号 電話番号 (072) 671-0071 ファックス番号 (072) 671-0070

4 利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		大阪府知事の事業者指定		利用定員
		指定年月日	指定番号	
施設	介護老人保健施設	平成12年3月31日	2750980019	93名
居宅	通所リハビリテーション	平成12年3月31日	2750980019	50名
	短期入所療養介護	平成12年3月31日	2750980019	
	認知症対応型共同生活介護	平成12年3月24日	2770900856	9名
	訪問介護	平成12年3月31日	2770900898	
居宅介護支援事業		平成11年9月6日	2770900203	

5 事業の目的及び方針

事業の目的 及び方針	利用者に対し適切なリハビリテーションを提供し、利用者がその居宅において、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、心身の機能の維持回復を図る事を目的及び方針とします。
---------------	---

6 施設の概要

(1)敷地および建物

敷地	2597.69 平方メートル	
建物	構造	RC 造り 5 階建
	延べ床面積	3382.63 平方メートル
	利用定員	入所 93 名 デイケア 50 名

(2)主な設備

施設の種類	室数	面積	一人当たりの面積
デイケア室	1 室	100.86 平方メートル	2.02 平方メートル
食堂	1 室	100.11 平方メートル	2.00 平方メートル
機能訓練室	1 室	50.32 平方メートル	1.01 平方メートル
一般浴室	1 室	41.80 平方メートル	
機械浴室	1 室	48.91 平方メートル	

7 職員体制（主たる職員）

職種	職務内容	基準員数
施設長	施設の業務を統括し執行する	
医師	施設管理者の命を受け利用者の健康管理及び医療の処置に適切なる措置を講ずる	
介護職員	施設管理者の命を受け利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う	4 名以上
看護職員	施設管理者の命を受け利用者の保健衛生並びに看護業務を行う	
理学療法士等	施設管理者の命を受け利用者などに対する理学療法業務あるいは作業療法業務を行う	1 名以上

※ 職員の配置については指定基準を遵守しています。

8 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日（祝日を含む）
営業時間	9時00分から17時00分

※12月31日から1月2日まではお休みと致します。

9 通常の事業の実施地域

実施地域	高槻市及び島本町
------	----------

10 協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人仙養会 北摂総合病院
所在地	高槻市北柳川町6番24号
電話番号	(072) 696-2121 (代表) (072) 690-3060 (地域医療連携室)
診療科	内科・小児科・外科・整形外科・産婦人科・泌尿器科・耳鼻咽喉科 眼科・皮膚科
入院設備	有 217床
緊急指定の有無	有

医療機関の名称	社会医療法人 東和会
所在地	高槻市宮野町2番17号
電話番号	(072) 671-1008 (代表) (072) 671-1118 (地域医療連携室)
診療科	内科・小児科・外科・整形外科・産婦人科・泌尿器科・耳鼻咽喉科 眼科・皮膚科
入院設備	有 243床
緊急指定の有無	有

11 協力歯科医療機関

名称	おかだ歯科クリニック
所在地	高槻市東和町56-2-2F
電話番号	(072) 675-8241

12 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、関係機関への通報及び連絡体制の整備等の体制に万全を期している。 また、消防署とのホットラインにより、非常時の連絡体制は完備しています。また、職員間にも連絡体制が整備されています。
--------	--

地域との協力関係	近隣自治会と協定し、非常時の相互の連携及び協力を行なう等、地域との交流に努めている。
平常時の訓練 防災設備等	別途定める「消防計画」にのっとり、協力医療機関や連携施設等との連絡方法や支援体制について、定期的に確認し、年2回以上、避難、救出、その他の訓練を実施している。 <ul style="list-style-type: none"> 設備に関して 自動火災警報器、非常通報装置、誘導灯、及び消火器を設置

1 3 個人情報保護に関して

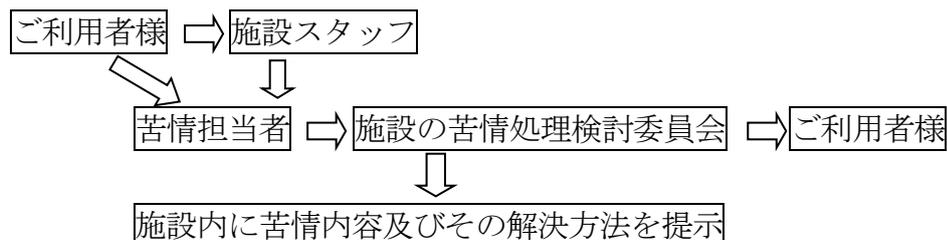
個人情報保護措置	<p>従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。従業者であったものに、業務上知り得た利用者又は、その家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の中で締結している。</p> <p>利用者のための往診、通院等の場合、当該医療機関に利用者の診療状況に関する情報を提供できるものとする。</p> <p>利用者若しくは家族の個人情報をを用いる場合は、利用者及び家族の同意を文書により得る。</p>
----------	--

1 4 事故対応

事故対応	<ul style="list-style-type: none"> 事業所において、食中毒、感染症が発生、又は蔓延しないように必要な措置を講じるものとする。これらを防止するため、必要に応じて保健所の助言、指導を求める。 利用者に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は事業所が定めた協力医療機関に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告する。 利用者に対する事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じ、採った処置について記録する。 利用者に対する介護老人保健施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うよう努める。ただし、事業所の責に帰すべからず事由による場合は、この限りではない。(損害賠償責任保険に加入済) .
ご家族の連絡先	<p>氏名</p> <p>電話</p>

15 サービス内容に関する苦情の処理体制及び連絡先

・苦情処理フロー



事業所	介護老人保健施設ローズマリー 電話 (072) 671-0071 ファックス (072) 671-0070 対応時間 午前9時から午後5時まで(担当者 桑原 広志)
高槻市の相談窓口	高槻市福祉指導課 電話 (072) 674-7822 ファックス (072) 674-7820 対応時間 午前8時45分から午後5時15分まで
国民健康保険団体連合会	大阪府国民健康保険団体連合会 電話 (06) 6949-5418 ファックス (06) 6949-5417 対応時間 午前9時から午後5時まで

16 身体拘束

身体拘束	利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行わない。 ただし、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行う。
------	---

17 高齢者虐待防止

虐待防止	事業者は利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な措置を講じる。 (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努める。 (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努める。 (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制のほか、従業者利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努める。
------	--

18 褥瘡対策

褥瘡対策	当施設は利用者に対し良質なサービスを提供する為、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めると共に、褥瘡対策を行う。
------	--

19 当デイケアセンターご利用の際に注意して頂きたいこと

デイケアルーム・設備・器具の利用	デイケアルームや設備、器具は本来の用法にしたが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は、実費を賠償して頂くことがあります。
喫煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
迷惑行為など	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに利用区域以外に立ち入らないようにしてください。
宗教活動・政治活動	当施設敷地内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

介護予防通所リハビリテーション利用料

<利用料> 1日あたり 850円

[内訳] 食費 750円 日用品費 100円

(ティッシュペーパー、ウェットティッシュ、石鹸、洗面所内ペーパータオル等)

<介護保険の自己負担分>

上記利用料の他に、介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合の金額を、自己負担分としてお支払いいただきます。

※1単位=10.66円です。

介護予防通所リハビリテーション

	要支援1	要支援2
介護予防通所リハビリテーション費	2,268単位/月	4,228単位/月

<その他ご負担頂く項目>

以下は該当する方のみでの加算となります。

- サービス提供体制強化加算 (I)
 - 《要支援1》 88単位/月
 - 《要支援2》 176単位/月
- 科学的介護推進体制加算 40単位/月
- 介護職員等処遇改善加算 (I) 所定単位数×86/1000
- 栄養改善加算 200単位/月
- 口腔機能向上加算 (I) 150単位/月
- 口腔機能向上加算 (II) 160単位/月
- 選択的サービス複数実施加算 (I) 480単位/月
- 選択的サービス複数実施加算 (II) 700単位/月
- 若年性認知症利用者受入加算 240単位/月
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算 562単位/月
- 栄養アセスメント加算 50単位/月

- 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20単位／回
- 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5単位／回

<利用者負担金の支払い方法>

上記利用者負担金は月ごとに精算します。翌月の10日までに請求書をケアメールに同封しますので、20日までに請求金額をケアメールに同封し、お支払い下さい。

<利用料の変更について>

施設は、前項各号に定める利用料について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、入所者に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更します。

<クラブ活動費>

ご希望のクラブ活動にかかった実費をご負担いただきます。

介護予防通所リハビリテーション サービス利用確認書

デイケアセンター ローズマリーを利用するにあたって、介護予防通所リハビリテーションサービス重要事項説明書の内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で介護予防通所リハビリテーションサービスを利用することを確認します。

令和 年 月 日

<利用者>

住所 _____

氏名 _____

<代理人>

住所 _____

氏名 _____

<説明者>

所属 医療法人杏仁会
_____ デイケアセンター ローズマリー

氏名 _____