

オアシス通所リハビリ 重要事項説明書 (介護予防オアシス通所リハビリ)

1 利用者(被保険者)

氏名	生年月日 M・T・S 年 月 日
----	------------------

認定有効期間	要支援・要介護認定
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5

2 事業所の概要

(1) 概要

名称・法人種別	医療法人 善昭会
	日野 洋
事業所名	オアシス通所リハビリ
所在地	大分市東鶴崎3丁目3番19号
管理者の氏名	鳥島 竜太郎
電話番号	097(503)5530
FAX番号	097(503)5503
実施地域	大分市

(2) 営業日・営業時間帯・サービス提供の時間帯

営 業 日	営 業 時 間 帯	サービス提供の時間帯
平日(月～土)・祝日	8:15～17:15	9:30～15:45

*営業しない日 日曜日・GW いずれか2日・お盆(8/14～8/15)・年始(1/1～1/3)

※カレンダーによって変更あり

(3)利用定員 40名

(4) 事業所の職員体制及び勤務体制

	職務の内容	常 勤	非常勤	合 計
管理者(医師) (9:00～18:00)	機能訓練の指示 適切な診療行為	1 名	—	1 名
理学療法士又は作業療法士 (8:15～17:15)	機能回復訓練の指導	3 名	—	3 名
看 護 職 員 (8:15～17:15)	心身の健康管理 保健衛生管理	1 名	—	1 名
介 護 職 員 (8:15～17:15)	生活全般の介護業務	9 名	—	9 名

3 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

高齢者が要介護または要支援状態となった場合において、その利用者の尊厳を保持し、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

(2) 運営方針

利用者の要介護又は要支援状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態になることの予防に資するよう、その目標を設定し、利用者の状態に応じた看護・介護・機能回復訓練の実施により、居宅生活の支援を図る。

(3) サービスの特徴

理学療法士による個別メニュー作成のもと実施するリハビリテーションや自主トレーニング、作業療法などの機能訓練を積極的に行っている。

4 サービスの内容

- 1 生活等についての相談、助言
- 2 機能訓練
- 3 必要な日常生活上の支援
- 4 健康状態の確認
- 5 送迎
- 6 食事の提供
- 7 口腔ケアサービス
- ⑧ 入浴

5 (介護予防)通所リハビリテーション計画について

(介護予防)通所リハビリテーション計画の作成にあたってはその内容について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得て交付する。

6 秘密保持について

1. 事業所および事業者の使用する者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。
なお、この守秘義務は契約終了後も同様です。
2. 事業所は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、家族の同意をあらかじめ文書で得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者及び利用者の家族の個人情報を用いませぬ。

7 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する指定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、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。
- (2) 利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合に損害賠償を速やかに行えるよう損害賠償保険に加入する。

損害賠償責任保険

保 険 会 社	三井住友海上火災保険株式会社
保 険 内 容	福祉事業者総合賠償責任保険

- (3) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発防止の為の対策を講じる。
- (4) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、当該事故の状況及び事故に際して採った処置を記録する。

8 利用者負担金

(1)利用者負担金

① 要介護者 ○大規模型リハビリテーション費

【サービス費】(サービス提供時間:6 時間以上 7 時間未満)※2割以上は別

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費	6,750 円	8,020 円	9,260 円	10,770 円	12,240 円
利用者1割負担金	675 円	802 円	926 円	1,077 円	1,224 円

【サービス費】(サービス提供時間:5 時間以上 6 時間未満)※2割以上は別

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費	5,840 円	6,920 円	8,000 円	9,290 円	10,530 円
利用者1割負担金	584 円	692 円	800 円	929 円	1,053 円

【サービス費】(サービス提供時間:4 時間以上 5 時間未満)※2割以上は別

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費	5,250 円	6,110 円	6,960 円	8,050 円	9,120 円
利用者1割負担金	525 円	611 円	696 円	805 円	912 円

【サービス費】(サービス提供時間:3 時間以上 4 時間未満)※2割以上は別

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費	4,700 円	5,470 円	6,230 円	7,190 円	8,160 円
利用者1割負担金	470 円	547 円	623 円	719 円	816 円

【加算分】 ※2割以上は別

加 算 名	1割負担額
① サービス提供体制強化加算Ⅱ	18円／回
② 介護職員処遇改善加算Ⅲ	食費・オムツ以外の自己負担額に 6.6%乗じた額が加算されます。
③ 入浴介助加算Ⅰ 入浴介助加算Ⅱ	40円／日 60円／日
④ リハビリテーションマネジメント加算イ	同意日に属する月から 6 月以内 560円/月 同意日に属する月から 6 月超え 240円/月
医師がご利用者又はご家族様に対して説明し、利用者の同意を得た場合上記に加えて 270円/月	
⑤ 短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円／日

(3月以内)	
⑥ 口腔機能向上加算Ⅰ	150円を2回まで／月
⑦ 送迎を事業所が行わなかった場合	-47/片道の減算
⑧ リハビリテーション提供体制加算	6時間以上7時間未満・・・24円/回 5時間以上6時間未満・・・20円/円 4時間以上5時間未満・・・16円/円 3時間以上4時間未満・・・12円/円
⑨ 退院時共同指導加算(退院時1回を限度)	600円/回

【減算分】

1 送迎を事業所が行わなかった場合	-47/片道の減算
2 業務継続計画未実施減算	所定単位数の1.0%を減算
3 高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の1.0%を減算

② 予防給付者

【サービス費】※2割以上は別

	利用者1割負担金
要支援1	2,268円／月
要支援2	4,228円／月

※利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間のサービス費より

要支援1は120円／月・支援2は240円／月 減算されます

【加算分】 ※2割以上は別

加 算 名	1割負担額
① サービス提供体制強化加算Ⅱ	(要支援1)72円／月 (要支援2)144円／月
② 介護職員処遇改善加算Ⅲ(職員の資質向上を目指してより良いサービス提供をする目的)	食費・居住費以外の自己負担額に 6.6%乗じた額が加算されます。
③ 口腔機能向上加算Ⅰ	150円／月

＊ 上記設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた目安を基準とします。

(1) その他の費用

- (1) のほか利用者は、サービスの利用によって下記の利用料金をお支払いいただきます。

種 類	利用者負担金	備 考
食 費	1食 600 円	
	要した費用の実費(非課税)	

＊ 料金と掲示したもの以外に利用者等からの依頼により購入する日常生活品については実費。

- 1 サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則としてサービス費の1割をお支払い頂きます。
- 2 サービスが介護保険の適用を受けない部分については、サービス費全額(10割)をお支払いいただきます。
- 3 保険料の滞納などにより、サービス費の1割の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

(2)利用者負担金のお支払方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月30日までにご請求させていただきます。お支払い方法と期日は以下の通りです。

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 自動口座引き落とし | ＊手数料は、事業者の負担となります。ご利用月の2ヶ月後の12日までに口座にご入金をお願いします。12日頃引き落としさせていただきます(「ゼンショウカイ」と表示されます)。 |
| <input type="checkbox"/> 現金払い | ＊ご利用月の翌月の10日以降、窓口でお支払い頂けます。 |
| <input type="checkbox"/> 金融機関振込 | ＊手数料は、利用者の負担となります。ご利用月の翌月の10日以降、お振り込み頂けます。 |

(3)領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

9 キャンセルについて

キャンセル料は無料ですが、あらかじめ下記にご連絡下さい。

当日のキャンセルの場合、8:15 ぐらいまでにご連絡ください。

連絡先: オアシス通所リハビリ 電話番号 097(503)5530

10 サービス利用にあたっての留意事項

	貴重品・必要以上の現金はお持ちにならないようにして下さい。 必要の場合は職員へお預け下さい。お預けにならなかった場合の紛失・盗難等については一切責任を負いません。
飲 酒・喫 煙	原則として禁止となっております。

持ち物について	身の回り品にはなるべく名前をつけていただくことをお勧めいたします。
食べ物のお持ち込み	特別な場合を除いて、飲食物の持ち込みはご遠慮下さい。 病状等で必要な方は、職員にご相談下さい。
	他の利用者の迷惑となるような行為はご遠慮下さい。
連絡帳について	ご希望の方のみ使用します。それ以外の方で特変等あった場合は手紙を作成します。

11 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊迫の事態に備え、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画等の対策を立てて、年2回利用者及び従業員の訓練を行います。

防火管理者：高橋 建己

12 苦情・相談窓口

★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。

当事業所 ご利用相談室	窓口担当者 管理者代行 ご利用時間 毎日 9:30～17:30 ご利用方法 電話 097(503)5530 面談(なるべく事前にご連絡下さい) ご意見箱(苦情等) オアシス通所リハビリ玄関前
----------------	---

★公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

大分市長寿福祉課	所在地 大分市荷揚町2番31号 電話番号 097(537)5744 FAX 097(548)5387 対応時間 平日 8:30～17:15
大分県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地 大分市大手町2丁目3番12号 電話番号 097(534)8470 FAX 097(537)8652 対応時間 平日 8:30～17:00

13 苦情処理対策

《円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順》

1. オアシス通所リハビリに連絡が入れば即担当者に連絡する。
2. 訪問又は電話により、担当者と利用者及びその家族の間で苦情の内容を確認する。
3. 担当者が苦情内容を伝えるとともに、解決策や、変更、調整を行う。即答できる事については返答をし、利用者及びその家族に同意を得る。即答できない点については返答期日、担当責任者を伝える。返答内容については同意を得る。
4. 夜間、休日等も、連携する他施設（オアシス第一病院・コスモス苑）の日・宿直者の協力を得て常時連絡が可能な体制にする。
5. 利用者及びその家族からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに指導又は助言に従う。
6. 利用者及びその家族からの苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録する。また市町村又は国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合において、市町村又は国民健康保険団体連合会から求めがあったときは改善の内容を市町村又は国民健康保険団体連合会に報告する。

14 虐待防止に関する事項

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- 1.虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- 2.利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- 3.その他虐待防止のために必要な措置
 - (1)虐待防止に関する責任者の選定及び措置
 - (2)成年後見制度の利用支援
 - (3)介護相談員の受入れ

※事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

15 緊急時の対応等

サービス提供中に容態に急変等があった場合は、オアシス第一病院にて対応し、ご家族・介護支援事業者などへ連絡をします。

＜主治医＞

TEL (Dr) ・オアシス第一病院

＜ご家族の連絡先＞

氏 名		続 柄	
-----	--	-----	--

電 話		携 帯	
住 所			
勤務先等			

令和 年 月 日

通所リハビリテーションサービスの開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行ないました。

<事業者> (指定番号 4410121158)

所在地 大分市東鶴崎3丁目3番19号

事業者名 医療法人 善昭会 オアシス通所リハビリ

代表者名 鳥島 竜太郎

<説明者>

所 属 オアシス通所リハビリ

氏 名

私は、本書面により、事業者から通所リハビリテーションサービスの利用についての重要事項の説明を受け同意いたしました。

<利用者>

住 所

氏 名

<利用者代理人(続柄)>

住 所

氏 名