

重要事項説明書(通所リハビリテーション事業)

利用者様に対する居宅サービス提供開始にあたり、介護保険法に関する厚生省令第37号第8条に基づき、当事業者が利用者様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	美祢市長 篠田 洋司
所 在 地	美祢市大嶺町東分326番地1
法 人 種 別	美祢市
代 表 者 氏 名	美祢市病院事業管理者 清水 良一
電 話 番 号	0837-52-1110

2 利用施設

施 設 名	美祢市介護老人保健施設グリーンヒル美祢
所 在 地	美祢市大嶺町東分11313番地1
施 設 長 名	松永 登喜雄
都道府県知事許可番号	3551380011
電 話 番 号	0837-54-0145
F A X 番 号	0837-52-2067

3 利用施設があわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
入 所 事 業	令和2年3月1日	3551380011	70人(短期入所療養介護及び介護予防療養介護事業とあわせて)
短 期 入 所 療 養 介 護	令和2年3月1日	3551380011	70人(短期入所療養介護及び介護予防療養介護事業とあわせて)
介 護 予 防 短 期 入 所 療 養 介 護	令和2年3月1日	3551380011	70人(短期入所療養介護及び介護予防療養介護事業とあわせて)
介 護 予 防 通 所 リハビリテーション	令和2年3月1日	3551380011	25人(通所リハビリテーションとあわせて)

4 施設の目的と運営方針

施設の目的	施設は、介護保険法(平成9年法律123号)の基本理念に基づき、通所者がその有する能力に応じた自立した生活を営むことができるよう、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、通所者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運営方針	施設は、通所者の意思及び人格を尊重し、常に通所者の立場に立って、サービスの提供に努め、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視し、通所者の処遇に万全を期するものとする。又、施設は、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接な連携に努めるものとする。

5 職員体制

【令和6年8月1日時点】

従業員の職種	勤務体制	員数
施 設 長	日勤勤務(8時30分～17時15分)	1名
医 師	日勤勤務(8時30分～17時15分)	1名
看 護 職 員	日勤勤務(8時30分～16時30分)	1名
介 護 職 員	日勤勤務(8時30分～16時30分)	3名
支 援 相 談 員	日勤勤務(8時30分～17時15分)	1名
理 学 療 法 士	日勤勤務(8時30分～17時15分)	1名
作 業 療 法 士	日勤勤務(8時30分～17時15分)	1名
管 理 栄 養 士	日勤勤務(8時30分～17時15分)	1名

6 事業実施日時等

事業実施日	月曜日～金曜日(祝祭日及び年末年始は除く。また、台風や積雪などの天候不良により、送迎等の安全を確保できないと判断した場合は、事業を中止する場合があります。)
事業実施時間	9時30分～16時30分
事業実施区域	美祢市内

7 利用料

(1)介護保険給付サービス

介護保険給付サービスは介護保険負担割合証に記載の割合を、介護保険給付外サービスは全額をお支払いいただきます。

利用料は以下のとおりです。すべて1日あたりの金額(1割の場合)を記載しています。

種別	介護度	金額	備考
4時間以上 5時間未満	要介護1	553円	利用時間帯と要介護区分により算定します。
	要介護2	642円	
	要介護3	730円	
	要介護4	844円	
	要介護5	957円	
5時間以上 6時間未満	要介護1	622円	利用時間帯と要介護区分により算定します。
	要介護2	738円	
	要介護3	852円	
	要介護4	987円	
	要介護5	1,120円	
6時間以上 7時間未満	要介護1	715円	
	要介護2	850円	
	要介護3	981円	
	要介護4	1,137円	
	要介護5	1,290円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22円	介護福祉士70%以上又は10年以上勤務者25%以上
入浴介助加算(Ⅰ)		40円	入浴介助を行った場合に算定します。
重度療養管理加算		100円	医療の必要性が高い利用者を受入れた場合
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110円	短期集中個別リハビリテーションを実施した場合
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240円(週2日を限度)		認知症の方に短期集中リハを実施した場合
若年性認知症利用者受入加算		60円	若年性認知症ケアを実施した場合
栄養改善加算(月に2回を限度)		200円	居宅サービス計画により提供します。
口腔機能向上加算(Ⅰ)(月に2回を限度)		150円	居宅サービス計画により提供します。
中重度者ケア体制加算		20円	施設が要件を満たした場合に算定します。
退院時共同指導加算		600円	施設が要件を満たした場合に算定します。
一体的サービス提供加算		480円	施設が要件を満たした場合に算定します。
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	介護保険一部負担額の6.6%に相当する金額		介護サービスに従事する職員の処遇改善を通じて、サービスの質を維持・向上させることを目的として算定する加算です。
送迎減算(片道につき)	△	47円	居宅と事業所との間の送迎を行わない場合
高齢者虐待防止未実施減算	△所定単位数の100分の1		必要な措置を講じていない場合に、入所者全員に対して所定単位数から減算します。
業務継続計画未実施減算	△所定単位数の100分の1		必要な措置を講じていない場合に、入所者全員に対して所定単位数から減算します。

* 上記の金額については1割負担の方の金額となります。負担割合については、お手持ちの介護保険負担割合証にてご確認ください。

(2)介護保険給付外サービス

種別	金額	備考
食費	1日あたり 580円	食事にかかる材料費です。
おやつの提供	1日あたり 各100円	食べ物、飲み物を選択いただいた上で提供した場合

種 別	金額	備考
日用品等の提供	提供につき実費相当額	個人的に利用を希望される日用品等を提供した場合に限ります
教養・娯楽用品の提供	提供につき実費相当額	作品等の材料等を提供した場合に限ります
お む つ 代	尿取りパッド 20円	施設のおむつを提供した場合実費としていただきます。
	平おむつ 30円	
	平おむつ(夜用) 76円	
	リハビリパンツ S 99円	
	リハビリパンツ M 99円	
	リハビリパンツ L 99円	
	リハビリパンツ LL 99円	
	介護用パンツ M 99円	
	介護用パンツ L 99円	

(3)その他

①利用料の請求は、原則、月末に確定し翌月10日頃に請求書を発行します。お支払いは、請求書が発行された月の25日までに当施設1階の事務所又は山口県信用農業協同組合連合会美祢市役所内支所(市役所1階会計課横)でお支払いになるか、請求書に記載してある施設指定の口座にお振り込みになるか、いずれかの方法でお願いします。

②サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

8 緊急時の対応について

体調の急変等の緊急時は、原則、ご家族へ電話連絡を行い美祢市立病院への受診等適切な対応をいたします。そのため、連絡先を変更された場合は、速やかに施設へお知らせください。また、緊急時に連絡がつかないことがないようにご配慮願います。

9 苦情受付窓口

(1)当施設のサービスについての疑問・苦情については、

苦情相談窓口 当施設の事務室(電話 0837-54-0145)
苦情相談担当 支援相談員 までお気軽にご相談ください。

(2)介護保険サービスについての疑問・苦情については、

美祢市市民課介護保険班(所在地 美祢市大嶺町東分326番地1 電話 0837-52-5229)
山口県健康福祉部長寿社会課(所在地 山口市滝町1番1号 電話 083-933-2774)
山口県国民健康保険団体連合会(所在地 山口市朝田1980番地7 電話 083-995-1010)

10 事故発生時の対応について

通所リハビリテーションの提供にあたって事故が発生した場合は、市町村、利用者様のご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供中に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います。ただし、施設に故意過失がない場合はこの限りではありません。

11 非常災害時の対策

災 害 時 の 対 策	別途に定める「自然災害発生時における業務継続計画」に基づき、対応を行います。
平 常 時 の 訓 練	別途に定める「自然災害発生時における業務継続計画」に基づき、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練、研修を行います。
防 火 設 備	避難用滑り台 排煙窓 スプリンクラー 自動火災感知器 火災警報装置 非常放送設備 消火器23台

12 感染症への対策

別途に定める「感染症発生時における業務継続計画」に基づき、対応を行います。また、感染対策の資質向上のため、研修、訓練を実施します。

13 その他

通所リハビリテーションの利用中は、併設の美祢市立病院も含めて、他の医療機関に受診することはできません。(投薬だけの場合も同様です。)ただし、通所リハビリテーションの利用中に体調が悪くなり、当施設の医師が受診を指示した場合は除きます。また、通所リハビリテーションが終了して、受診することはできます。

私は、本書面に基づいて、乙の職員(支援相談員)から重要事項の説明を受けたことを確認し、その内容に同意します。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所

氏 名

(署名代行者)

住 所

氏 名

(利用者の家族等)

住 所

氏 名

(続柄)