

重要事項説明書

(平成27年8月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 事業者

| | |
|--------|-----------------------------|
| 事業者の名称 | 一般社団法人 羽生市医師会 |
| 法人所在地 | 〒348-0051 埼玉県羽生市大字本川俣1162番地 |
| 代表者氏名 | 会長 平野博之 |
| 電話番号 | 048-561-5539 |

(2) 施設

| | |
|----------|-----------------------------|
| 施設の名称 | 介護老人保健施設 カノープス☆羽生 |
| 開設年月日 | 平成9年5月20日 |
| 所在地 | 〒348-0051 埼玉県羽生市大字本川俣1305番地 |
| 電話番号 | 048-563-3322 |
| ファックス番号 | 048-560-1314 |
| 管理者氏名 | 施設長 鈴木公明 |
| 介護保険指定番号 | 埼玉県1153980018号 |

(3) 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 当施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行うことにより、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるよう自立を支援し、家庭復帰を促進すること。また、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)訪問リハビリテーションといったサービスを提供し、利用者の方が要介護の状態を悪化させずに居宅での生活が継続できるよう支援することを目的としています。 |
| 運営方針 | 1. 利用者の意思及び人格を尊重して、生きがいのある生活が営めるよう、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 2. 地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設並びにその他の保健医療サービスまたは、福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 |

(4) 施設定員等

| | |
|------|-----------------------|
| 入所定員 | 100名 |
| 療養室 | 【従来型個室】 個室Ⅰ 4室、個室Ⅱ 2室 |
| | 【多床室】 2人室 1室、4人室 23室 |
| 通所定員 | 45名 |

(5) 施設の職員体制

| 従業者の職種 | 総数 | 常勤 | 非常勤 | 兼務 | 夜間 | 保有資格等 |
|--------|----|----|-----|--------------------------------------|----|----------|
| 理学療法士 | 3 | 2 | | ※ ¹ 2 ※ ² 1 | | 理学療法士 3名 |

※1 入所と通所リハビリと兼務

※2 通所リハビリと兼務

2. サービス内容

| 種類 | 内容 |
|----------|---|
| 提供日 | ・月曜日から金曜日、祝祭日もご利用いただけます。 (ただし、12月29日～1月3日を除く) |
| 提供時間 | ・8時30分から17時30分まで |
| 実施区域 | ・通常の事業の実施区域は、羽生市です。市外の方は要相談とします。 |
| サービス計画 | ・医師の指示を基に、利用者・ご家族の希望を優先的に取り入れ、さらに理学療法士・作業療法士等のリハビリテーション専門職の視点から総合的に判断し訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。 |
| 医学的管理・看護 | ・訪問時にバイタル（血圧、体温等）チェックを行います。 |
| 機能活動・運動 | ・個々の利用者を把握し、生活環境の整備と活動を提供することにより機能の維持の向上・維持や低下の防止に努めます。また状態に合わせ早期に集中的な個別の対応や認知・作業活動の対応も行います。 |
| 相談援助 | ・利用者及びご家族からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。(相談窓口) 支援相談員 |

※サービスの中には、利用者のご希望により提供するサービスがありますので、[訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションについて]を参照し支援相談員にご相談ください。

3. 緊急時の連絡

「訪問リハビリテーションサービス申込書」にご記入いただいた連絡先にご連絡します。

4. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。

| | |
|------------------------|--|
| 当施設ご利用相談室 | 窓口担当：支援相談員 遠藤・高橋 対応時間：毎日8時30分～17時30分 受付電話：048-563-3322 ※談話コーナー（自動販売機設置）側に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。 |
| その他行政等の介護保険に関する相談、苦情窓口 | ①羽生市市民福祉部 高齢介護課 介護保険係 TEL 048-561-1121（代表） FAX 048-563-4581 |
| | ②埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係 TEL 048-824-2568（苦情相談専用） FAX 048-824-2561 |

5. その他

当施設についての詳細は、パンフレット等を用意してありますので、ご覧ください。

訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションについて
(平成27年8月1日現在)

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、介護保険被保険者証を確認させていただきます。

2. 訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションについての概要

訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションは、医師の指示に基づいた訪問リハビリテーションの計画により、理学療法士・作業療法士などのリハビリテーション専門職がご家庭を訪問し、必要なリハビリテーションを行います。また、利用者やご家族にリハビリ上の必要事項について指導や説明を行います。このサービスを提供するに当たり、利用者・ご家族の希望を優先的に取り入れ、さらに専門職の視点から総合的に判断し、訪問リハビリテーション計画及び介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。この計画案の内容についてはご説明し、相談の上同意をいただき、サービス計画を決定します。

3. 利用料金

介護報酬1単位当たりの単価が見直され、当施設の所在地である羽生市は6級地に該当し、1単位10円→10.33円となります。以下の参考金額は便宜上、地域区分単価を含めての表示となっております。これらの金額は、端数処理により若干異なる場合がございます。

(1) 介護予防訪問リハビリテーション・訪問リハビリテーション

① 基本料金

| 項目 | 単位 | | 参考金額 | 備考 |
|--------------|---------|----|--------|--|
| 訪問リハビリテーション費 | 302単位/回 | 1割 | 312円/回 | 医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅を訪問し、20分間リハビリテーションを行います |
| | | 2割 | 624円/回 | |

② 加算（該当する場合に加算されます）

| | 項目 | 単位 | | 参考金額 | 備考 |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|--------|--|---|
| 予防 | 短期集中リハビリテーション実施加算 | 200 単位/日 | 1割 | 207円/日 | 退院（所）又は初回認定日から3ヶ月以内に集中的なりハビリを実施 |
| | | | 2割 | 414円/日 | |
| 予防 | 訪問介護事業者のサービス提供責任者と連携した場合の加算 | 300 単位/ (3月に1回 限度) | 1割 | 310円/回 | 訪問介護事業所のサービス提供責任者と共に利用者宅を訪問し、評価を共同で行い、計画を作成する上で、必要な指導及び助言を行った場合 |
| | | | 2割 | 620円/回 | |
| 介護 | 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 200 単位/日 | 1割 | 207円/日 | 退院（所）又は初回認定日から3ヶ月以内に集中的なりハビリを実施 |
| | | | 2割 | 414円/日 | |
| | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） | 60 単位/月 | 1割 | 62円/月 | 理学療法士、作業療法士が介護支援専門員を通じて、事業に係る従業者に対し日常生活の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している場合 |
| | | | 2割 | 124円/月 | |
| | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） | 150 単位/月 | 1割 | 155円/月 | 3月に1回以上リハビリテーション会議を開催していること。理学療法士、作業療法士が（指定居宅サービスの従業者と）居宅を訪問し、事業に係る従業者や利用者の家族に対し介護の工夫や指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行った場合 |
| 2割 | | | 310円/月 | | |
| 社会参加支援加算 | 17 単位/日 | 1割 | 18円/日 | 社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなど、質の高い訪問リハビリテーションを提供した場合 | |
| | | 2割 | 35円/日 | | |
| サービス提供体制強化加算 | 6 単位/回 | 1割 | 7円/回 | 3年以上の勤続年数のある者を配置 | |
| | | 2割 | 13円/回 | | |

※ 1割負担か2割負担かは、介護保険負担割合証に記載してあります。

(2) その他の利用料金

| 項目 | 金額・備考 |
|-----|--|
| 交通費 | 165円/片道 片道10キロ未満 215円/片道 片道10キロ以上 通常の事業の実施区域（羽生市）以外の地域に居住する方が利用を依頼した場合にお支払いいただきます。 |
| その他 | サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道等の費用は、別途利用者様の負担となります。 |

4. 支払い

| | |
|-------|---|
| 請求書 | 月末締め翌月請求 |
| 領収書 | 毎月5日までに、前月分の請求書を作成します。 その月の月末までにお支払いください。 お支払いの確認後、領収書を交付いたします。 |
| 支払い期日 | 月末 |
| 支払い方法 | 現金支払 銀行振込 |

個人情報の利用目的

(平成27年4月1日現在)

介護老人保健施設カノープス・羽生では、利用者様の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者様への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・利用者様に提供する医療・介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者様に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の医療・介護サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者様に提供する介護サービスのうち
 - －他の施設、医療機関、歯科医療機関、居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携、照会への回答
 - －利用者様の診療等のために、外部の医師や歯科医師の診療を受ける場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －ご家族様への病状並びに心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等
- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

介護老人保健施設訪問リハビリテーション及び 介護予防訪問リハビリテーション重要事項についての同意書

本書面の内容を証するため、本書2通を作成し、利用者、身元引受人及び当施設が署名又は記名捺印のうえ各1通を保有するものとします。

平成 年 月 日

当施設サービスの提供にあたり本書面に基づき重要な事項を説明しました。

| | | |
|-----|-----|------------------|
| 事業所 | 所在地 | 埼玉県羽生市本川俣1305 |
| | 施設名 | 介護老人保健施設カノープス・羽生 |
| | 施設長 | 鈴木 公明 |

説明者 _____ 印

介護老人保健施設カノープス・羽生を通所利用するにあたり、介護老人保健施設訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション利用重要事項及び個人情報利用目的の内容に関して、担当者による説明を受け十分に理解し、利用者及びその家族の個人情報については必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

