

介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

(令和 3 年 4 月 1 日現在)

1. サービス提供責任者

電話番号	0996-33-2977
氏名	樋渡 京子

2. 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所名	南洲整形外科病院 介護予防通所リハビリテーション
所在地	いちき串木野市別府 3994-5
サービス(介護保険指定番号)	サービスを提供する地域
介護予防通所リハビリテーション	いちき串木野市 日置市

(2)事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	医師	1		1	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う
サービス提供責任者		1		1	介護予防通所リハビリテーションの利用の申し込みに係る調整、看護婦等に対する技術指導、リハビリ計画の作成等の指導
サービス従業者	理学療法士 作業療法士 経験を有する 看護師 准看護師 看護助手	2	2	2以上 2以上 2以上	職務に応じたサービス

(3)サービス提供の時間帯・利用定員

営業日	月～金
営業時間帯	8:30～17:30
提供時間	9:30～16:00
営業しない日	土曜、日曜、祝日 8月13日～8月15日、12月30日～1月3日
利用定員	40名

### 3. サービスの内容

種類	内 容	保険適用
送 迎	居宅～病院間、やむをえない事情がある場合を除き、送迎は指定された場所(居宅)と当院の間とさせていただきます。	
入 浴	入浴の介助を行います。 入浴を希望される方は、せっけん、シャンプー、タオル(2枚)、バスタオル(必要時)、着替え(オムツ、尿とりパット含む)の準備が必要となります。特殊浴槽はありません。	
食 事	当院厨房で調理した食事を提供します。	自費
運動器 機能向上	医師の診察によるリハビリ内容の指示、理学療法士・作業療法士による検査、実施、指導、によるリハビリを実施します。 *介護予防サービス・支援計画書に	○

### 4. 利用料金

#### (1)利用料金・利用者負担金

- ・ 介護保険の適用がある場合は下記の利用者負担金となります。

[料金表・利用料金]

	介護保険			自己負担	利用者負担金 (円)	
	基本単位 (月)	運動器機能 向上加算	サービス提供体 制強化加算 (月)	食費 (1回)		
要支援1	2,053	225	24	600	各月の1回目	2,962
					各月の2回目 以降	600
			24	600	各月の1回目	2,677
					各月の2回目 以降	600
要支援2	3,999	225	48	600	各月の1回目	4,872
					各月の2回目 以降	600
			48	600	各月の1回目	4,647
					各月の2回目 以降	600

\*介護保険負担割合が2割または3割認定の利用者様は、上記金額とは異なります。

・介護保険の適用がない場合や介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は事業者が別に設定した金額が利用者の負担金となります。

・上記料金算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、お客様の介護支援サービス計画に定めら

れた目安の時間を基準とします。

- ・特別な食事(治療食)を提供する場合は1食あたり600円以内の実費相当分が必要です。
- ・当院よりオムツ、尿とりパットを使用した場合は

オムツ	1回あたり	200円	
尿とりパット	1回あたり	60円	必要です。

(自宅より持参した場合は必要ありません)

## (2) キャンセル規定

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、サービス提供の前日までに連絡して下さい。ただし、利用者の容態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合は、当日午前8時30分までをお願いします。

<b>連絡先</b>	<b>0996-33-2977</b>
------------	---------------------

## (3) 非常災害時の対策

- 非常時の対応 当院の定める消防計画にのっとり対応します。
- 避難訓練 当院の定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。

## (4) その他

- ・提供される昼食をとらずに、弁当持参でのサービス提供はお断りいたします。
- ・入浴を希望される方は、石鹸、シャンプー、タオル(2枚)、バスタオル(必要時)、着替え(オムツ、尿とりパットを含む)の準備が必要となります。
- ・施設内のリハビリ機械の使用及び入浴等については医師または看護職員の指導の元に、使用、または許可をとって入浴していただきます。
- ・当院サービス利用中、医師、管理者の許可なく院外への外出は禁止させていただきます。
- ・利用者の容態の急変、家族の要望がある場合を除き、送迎は指定された場所(居宅)と当院の間としていただきます。
- ・食事・おやつの残りの持ち帰り、生ものの持ち込みは食中毒の原因となりますのでおやめください。

## 事業者の介護予防通所リハビリテーションの特徴

### (1) (運営の方針)

- ・要支援者等の利用者が可能な限りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図れるよう努めます。
- ・事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・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ます。

緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援事業者などへ連絡します。

主治医	病院名
	電話
	住所

連絡先

連絡先

ご家族	氏名		氏名	
	電話		電話	
	住所 勤務先		住所 勤務先	

サービス内容に関する苦情の受付先

当院お客様相談窓口	代表 0996-32-0051 直通 0996-33-2977
いちき串木野市役所 串木野庁舎 健康増進課 市来庁舎 健康福祉課	月～金 8:30～17:00 0996-33-5673 0996-21-5121
国民健康保険団体連合会 (国保連)	099-206-1024 月～金 9:00～17:00
鹿児島県社会福祉協議会	月～金 8:30～17:00 099-256-6789
日置市役所 地域包括支援センター	月～金 8:30～17:00 099-248-9423

事業者の概要

名称・法人種別	医療法人 南洲会 南洲整形外科病院
代表者名	理事長 園田 昭彦
所在地・連絡先	(住所) いちき串木野市別府 3994-5 (電話) 0996-32-0051 (ファクス) 0996-32-1497
お客様の担当事業所以外の事業所	提供するサービス
	通所リハビリテーション

## デイケア・リハビリテーションプログラム

### #1 評価

どこに問題があるのかをチェックするために関節の角度を測ったり、筋力の測定をします。

### #2 片麻痺機能訓練

脳卒中等による片麻痺の方に可動域訓練、協調性訓練や歩行訓練を中心に治療・訓練を進めて行きます。

### #3 基本動作訓練

寝返り、起き上がり等、基本的な動作を繰り返し練習し、安定したスムーズな動作を獲得できるようにします。

### #4 ROM訓練(ROMとは、関節可動域の略です)

動きが悪くなった関節の範囲を改善したり、維持するために行います。

### #5 筋力強化訓練

弱まっている筋力を重りを使ったり、抵抗運動を行ったりして本来の筋力に近づけていきます。

### #6 歩行訓練

歩く姿勢が悪かったり、不安定な歩き方をしている場合など正しい姿勢で安定した歩行を獲得できるようにします。また、持久力を高めるトレーニングも行います。

### #7 ADL訓練(ADLとは、日常生活動作の略です)

基本動作訓練をもっと広く考え、階段昇降や物を持った状態での移動等、その方の生活環境にあわせた動作をより安全に行えるよう指導、訓練していきます。

### #8 IADL訓練(IADLとは、手段的日常動作の略です。)

状況・能力に応じて、日常生活を高める為。

食事の準備・片付け・テーブル拭き・掃除等の活動に繋がる様な訓練を行っていきます。

\*また、その時の状況・体調・能力によって訓練内容・指導等は変わっていきます。

### #9 全身調整訓練

何らかの病気で全身状態が低下している場合に軽い運動から徐々に運動量を増やし、病前の体調に近づけていきます。

### #10 呼吸訓練

呼吸器疾患のある方や、上手な呼吸が出来ていない方に効率のよい呼吸法を指導し、習得してもらう訓練です。

\*その他にも腰痛体操や肩の訓練等、問題にあわせた訓練、指導を行っていきます。

令和 年 月 日

介護予防通所リハビリテーションの開始にあたり、利用者に対し本契約書及び本書面に基づいて重要な事項(契約書別紙・介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書)を説明しました。

<事業者>

住 所 : いちき串木野市別府 3994-5

事業者名 : 南洲整形外科病院 介護予防通所リハビリテーション

管 理 者 : 岸 本 浩 ㊞

<説明者>

所 属 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_

私は、本契約書及び本書面により、事業者から介護予防通所リハビリテーションについての重要な事項説明(契約書別紙・介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書)をうけ、受領しました。

<利用者>

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ ㊞

<利用者代理人(選任した場合)>

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ ㊞