

通所リハビリテーション重要事項説明書

1. 施設概要

(1) 事業所の名称等

・事業所名	サングリーンそえだ通所リハビリテーション
・事業所の所在地	田川郡添田町大字庄 1134-1
・管理者氏名	樋口 和巳
・電話番号	0947-82-3332
・FAX番号	0947-82-3328
・福岡県知事指定	第4055380051

2. 事業の目的と運営方針

通所リハビリテーション事業所は、医学的管理の下において計画的に行われる理学療法、作業療法、その他リハビリをおこない利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことが出来るようにすることを目的とし、在宅ケアを支援することを目的とした事業所です。

3. 当、事業所があなたに提供するサービスは以下の通りです。

種 類	内 容
食 事	利用者の希望により管理栄養士の立てる献立にて、栄養並びに利用者の身体状況、病状、嗜好を考慮すると共に適切な時間に行います。
排 泄	通所リハビリ計画に基づき、利用者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排泄の自立についての必要な援助を行います。
入 浴	利用者の希望により入浴を行います。寝たきり等で座位の取れない方は、特殊浴槽にて入浴をいたします。
機能訓練	理学療法士により通所リハビリ計画に基づき利用者各々の病状、心身の状況に応じた機能訓練計画により利用者の各々がその居宅において自立した日常生活が送れるよう行います。
健康管理	事業所医師又は施設医師及び看護職員により毎日健康管理に努めます。等事業所で病状の急変の場合は家族及び利用者の主治医に連絡し、必要な場合は病院に搬送致します。
相談援助	利用者及びその家族の介護のご相談については、担当職員が誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。
社会生活上の便宜	必要な教養娯楽設備を整えるとともに、事業所での生活を楽しむため適宜レクリエーション・行事を企画いたします。

※サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。

4. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域を以下の通りとします。

添田町、川崎町、大任町、赤村、田川市

5. 職員体制

職員体制（主たる職員）	区分	員数	基準指定	名 称
管理者	常勤	1	1	
医 師	常勤	1	1	
作業療法士	常勤	1	一単位ごとに 0.2 以上	
理学療法士	常勤兼務	0		
看護職員	常勤	1	利用者が 10 人までは 1 人とし、10 人を超える場合は、常勤換算方法で 10:1 以上確保されている。	看護師 1 名
介護職員	常勤 専従	3		

6. 利用料

通所リハビリテーション

5 時間～6 時間	介護サービス 費用の 1 割	食事提供 自己負担	自己負担金 合計
要介護 1	622 円	530 円	円
要介護 2	738 円	530 円	円
要介護 3	852 円	530 円	円
要介護 4	987 円	530 円	円
要介護 5	1,120 円	530 円	円

□時間延長加算

8 時間以上 9 時間未満の場合	5 0 日
9 時間以上 1 0 時間未満の場合	1 0 0 日
1 0 時間以上 1 1 時間未満の場合	1 5 0 日
1 1 時間以上 1 2 時間未満の場合	2 0 0 日
1 2 時間以上 1 3 時間未満の場合	2 5 0 日
1 3 時間以上 1 4 時間未満の場合	3 0 0 日

その他利用料（1 日当たり）

□中山間地域加算 所定単位数 5 %

□リハビリ提供体制加算	2 0 日
□リハビリマネージメント加算 イ	5 6 0 月 （6 月以内のリハビリの質を管理した場合）
□リハビリマネージメント加算 イ	2 4 0 月 （6 月を超えた期間のリハビリの質を管理した場合）
□リハビリマネージメント加算 ロ	5 9 3 月 （6 月以内のリハビリの質を管理した場合）
□リハビリマネージメント加算 ロ	2 7 3 月 （6 月を超えた期間のリハビリの質を管理した場合）

□リハビリマネージメント加算 ハ	7 9 3 月	(6月以内のリハビリの質を管理した場合)
□リハビリマネージメント加算 ハ	4 7 3 月	(6月を超えた期間のリハビリの質を管理した場合)
□短期集中個別リハビリ実施加算	1 1 0 日	(退院・退所後又は認定日から起算して3月以内)
□生活行為向上リハビリ実施加算	1, 2 5 0 月	(開始日から起算して6月以内の場合)
□若年性認知症利用者受入加算	6 0 日	
□退院時共同指導加算	6 0 0 回	
□栄養アセスメント加算	5 0 月	
□栄養改善加算	2 0 0 回	(月2回まで)
□口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	2 0 回	(6月に1回)
□口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5 回	(6月に1回)
□口腔機能向上加算(Ⅰ)	1 5 0 回	(3月以内月2回まで)
□口腔機能向上加算(Ⅱ) イ	1 5 5 回	(1月に2回を限度)
□口腔機能向上加算(Ⅱ) ロ	1 6 0 回	(1月に2回を限度)
□入浴介助加算(Ⅰ)	4 0 回	
□入浴介助加算(Ⅱ)	6 0 回	
□重度療養管理加算	1 0 0 日	(要介護3・4・5の利用者で療養管理が必要)
□科学的介護推進体制加算	4 0 月	
□送迎未実施減算	▲4 7 日	(片道)
□サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	2 2 日	
□サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	1 8 日	
□サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6 日	
□介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	請求単位数の100分の8.6	
□介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	請求単位数の100分の8.3	
□介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	請求単位数の100分の6.6	
□介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	請求単位数の100分の5.3	
□日常生活費	1 0 0 日	(日常生活に必要な消耗品)
□紙おむつ代	1 2 0 回	
□尿とりパット	2 0 回	
□食事代	5 3 0 日	
※自己負担金		円

7. 保険給付の請求のための証明書の交付

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、お申し出下さい。

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、医師、救急隊、御家族、居宅介護支援事業所等へ連絡し、必要な処置を講じます。

主治医	病 院 名 :
	所 在 地 :
	電話番号 :
御家族	氏 名 : (続柄)
	住 所 :
	電話番号 : (携帯)

9. サングリーンそえだ協力病院

田川市立病院・上野病院・丸の内歯科

10. 苦情・相談処理窓口

事業所担当 岩川 智美

電話番号：0947-82-3332

FAX 0947-82-3328

福岡県介護保険広域連合田川・桂川支部

電話番号：0947-49-1093

FAX 0947-49-1097

福岡県国民健康保険団体連合会

電話番号：092-642-7859

FAX 092-642-7856

添田町 高齢者支援係

電話番号：0947-82-1232

FAX 0947-82-2869

田川市 高齢介護課

電話番号：0947-44-2000

FAX 0947-46-0124

大任町 社会福祉係

電話番号：0947-63-3003

FAX 0947-63-3813

川崎町 高齢者福祉係

電話番号：0947-72-3000

FAX 0947-72-6453

赤村 健康増進係

電話番号：0947-62-3000

FAX 0947-62-3007

11. その他

- (1) 飲酒・喫煙は、利用者の状況、病状により医師の許可のもとできます。
- (2) 通所リハビリ利用時間中の医療機関の受診、投薬について出来ません。