# いきいき倶楽部等潤 重要事項説明

# 1・事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	社会医療法人社団 慈生会
主たる事業所の所在地	〒121-0075 東京都足立区一ツ家4-3-4
代表者 (職名・氏名)	理事長 伊藤 雅史
設立年月	1974年 10月
電話番号	03-3850-8711

#### 2・事業所の概要

事業所名称	いきいき倶楽部等潤		
介護保険事業所番号	1 3 1 2 1 3 5 2 6 7		
事業所所在地	〒121-0075 東京都足立区一ツ家4-2-11・1階		
電話番号・FAX	電話番号: 03-3850-8782		
事業所長 (管理者)	氏名 谷口 泰之		
サービス提供地域	東京都足立区青井・足立1.3.4丁目・綾瀬・加平・北加平町・		
	弘道・島根・神明・神明南・中央本町・西綾瀬・西加平・		
	花畑1~4丁目・東綾瀬・東保木間・東六月町・一ツ家・平野・		
	保木間・保塚町・南花畑・谷中・六月・六町		
利用定員	3-4時間:30名 1-2時間:5名		

#### 3. 運営の目的及び方針

社会医療法人社団慈生会等潤メディケア診療所は、要介護・要支援状態の利用者様がその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むために必要な理学療法その他を通じて必要な通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションを提供することにより、心身の機能の維持回復を図るものである。また、常に提供したサービスの質の評価を行い、改善に努める。

#### 4. 提供するサービスの内容

利用者様の通所リハビリテーション計画・支援に沿った送迎・身体介護・生活などに関する相談・助言、健康状態の確認及び機能訓練を実施いたします。

# 5. 営業日時

営業日	月~土 (日曜日、12/30~1/3 は休業)
営業時間	8:30~17:00
サービス提供時間	1 単位 8:50~12:20 (3-4 時間、1-2 時間)
	2 単位 13:00~16:15 (3-4 時間、1-2 時間)

# 6. 事業所の職員体制

社会医療法人社団慈生会等潤メディケア診療所は、その構成職種・員数・業務内容を以下のように定める。

職	職務内容	人員数	
医師	利用者様に対する医学的管理を行う	常勤2名	
リハビリ	利用者様に対する理学療法・作業療法などを提供、	理学療法士3名	
専門職	生活指導などを行う	作業療法士1名	
介護職員	利用者様に対し医師・リハビリ専門職・看護師の	常勤1名	
	指示のもとに利用者様の介護を行う		
健康運動指導士	利用者様に対し医師・リハビリ専門職・看護師の	非常勤1名	
	指示のもとに利用者様のリハビリ補助を行う		
管理栄養士	利用者様の状態に合わせて栄養相談を行う	非常勤1名	

# 7. 利用料金

当事業所の利用地区分が1級地となりますので1単位につき11. 1円乗算されます。 表記は1割負担の方の金額となります。

≪通所リハビリテーション基本料金≫

通常規模事業所	要介護1	要介護 2	要介護3	要介護4	要介護 5
3時間以上4時間未満	486単位	565単位	643単位	743単位	842単位
	(540円)	(628円)	(714円)	(825円)	(935円)
1時間以上2時間未満	369 単位	398 単位	429 単位	458 単位	491 単位
	(410円)	(442円)	(477 円)	(509円)	(546 円)

# ≪加算項目≫

サービス内容	加算内容	単位	
リハビリテーションマネンジメント加算	リハビリの状態に合わせた内容の会議を行うことで		
イ)利用開始から6ヶ月以内	日常生活上の留意点による情報を提供した場合	560 単位/月(622円)	
利用開始から6ヶ月超え		240 単位/月 (267 円)	
ロ)利用開始から6ヶ月以内		593 単位/月 (659 円)	
利用開始から6ヶ月超え	(イ・ロ・ハ共通)	273 単位/月 (304 円)	
ハ)利用開始から6ヶ月以内	医師からの説明を受けた場合	793 単位/月 (881 円)	
利用開始から6ヶ月超え	270 単位/月(300 円)を算定	473 単位/月(526 円)	
短期集中個別リハビリテーショ	退院・退所日・初回認定から起算して3ヶ月以内に	110 単位/日(123 円)	
ン実施加算	個別リハビリテーションを集中的に実施した場合		
退院時共同指導加算	医療機関の退院前カンファレンスに参加し利用者又	600 単位/回(666 円)	
	は家族に共同指導を行った場合		
中重度者ケア体制加算	中重度の要介護者の受け入れ体制を構築している場合	20 単位/日(23円)	
移行支援加算	前年に通所リハを卒業した方が多い場合	12 単位/日(14円)	
理学療法士等体制強化加算	専門職の配置が2名以上の場合	30 単位/日(34円)	
リハビリテーション提供体制加算	リハビリ専門職の体制が整っている場合	12 単位/日(14円)	
(3時間以上4時間未満の場合)			
若年性認知症利用者受入加算	40~64 歳の利用者様を対象に特性やニーズに応じ	60 単位/日(67円)	
	たサービス提供を行った場合		
栄養アセスメント加算	管理栄養士を1名以上配置し栄養に関するアセスメ	50 単位/月(56 円)	
	ント・相談に応じると共に栄養状態の情報を厚生労		
	働省に提出する場合		
口腔機能栄養マネンジメント加算 I	所定の訓練や指導を行った場合	20 単位/半年(23 円)	
II		5 単位/半年(6 円)	
科学的介護推進体制加算	所定のデータを収集・提出、受領しサービス改善を	40 単位/月(45 円)	
(LIFE)	行った場合		
サービス提供体制強化加算 I	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 70%以	22 単位(25 円)	
	上		
介護職員等処遇改善加算 I	経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上		
	配置していること ※所定単位の8.6%を加算		
	同一建物に居住する者や同一建物からサービスを利	△94 単位	
送迎減算	用する場合	(-105 円)	
	利用者様宅と事業所間の送迎を行わない場合	片道につき	
		△47 単位(-53 円)	

# ≪介護予防通所リハビリテーションの利用料金≫

	合計単位数	1割負担額		
要支援1	2268 単位/月	2518 円/月		
要支援 2	4228 単位/月	4694 円/月		
若年性認知症受入加算	240 単位/月	267 円/月		
サービス提供体制強化加算 I				
要支援1	88 単位/月	98 円/月		
要支援 2	176 単位/月	196 円/月		
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	45 円/月		
(LIFE)				
栄養アセスメント加算	50 単位/月	56 円/月		
一体的サービス提供加算	480 単位/月 533 円/月			
12ヵ月越え減算				
要支援1	△120 単位/月	-134 円/月		
要支援 2	△240 単位/月	-267 円/月		

#### 8. 緊急時及び事故発生時の対応

- (1) サービスの提供中に、利用者様の状態の変化などがあった場合は、医療機関及びご家族の方並びに必要と判断される関係者などに直ちに連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者様に対するサービスの提供に関して事故が発生した場合には、直ちに利用者様またはご家族の方にご連絡いたします。併せて保険者(市区町村)にも連絡し、事故の原因を解明するとともに再発防止の対策を講じます。

#### 9. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無 未実施

# 10. 各種相談及び苦情・ハラスメントに関する窓口

【事業所】	受付時間:月~土 8:30~17:00		
社会医療法人社団慈生会	担当 : 竹之内 大		
いきいき倶楽部等潤	〒121-0075 東京都足立区一ツ家 4-2-11		
	TEL 03-3850-8782 FAX03-3858-3158		
【市区町村の窓口】			
足立区 権利擁護センターあだち	TEL 03 (5813) 3551		
足立区役所 介護保険課 事業所支援係	TEL 03 (6807) 5111		

#### 11. その他の重要事項

- ・利用者様の立場に立ってより良い通所リハビリテーション事業を提供すべく、日常から自己研修と 他施設を参考にして質の改善に努めます。
- ・以下の状況の場合、安全確保のため営業休止または途中帰宅とさせていただきます。 大雪、台風などの天災、感染症発生時
- ・身体または精神的な理由により、通所リハビリテーションの利用が明らかに困難となった場合は、 利用を中止とさせていただくことがあります。
- ・介護サービスの利用にあたって御留意いただきたい事項としての禁止行為を定めております。
  - ① 職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)
  - ② 職員に対する精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたり する行為)
  - ③ 職員に対するセクシュアルハラスメント(意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求な ど性的嫌がらせ行為)
- ・事業者は職員の心身に危害が生じ、又は生ずる恐れのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難となり、利用者様に対して介護サービス提供が困難となった場合は相当な期間の経過後介護サービス契約を解除することができます。このことにより契約を解除する場合、事業者は介護支援事業所または保険者である区市町村と連絡をとり、利用者様の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業所等の紹介その他の必要な措置を講じます。

利用者甲は上記重要事項の説明を受け、これを了承しました。

説明年月日	2 0	年	月	日
説明者				
利用者 甲				