

通所リハビリテーション重要事項説明書

通所リハビリテーションウイケア

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名・・・・・・・・医療法人 美湖会 介護老人保健施設ウイケア
- ・開設年月日・・・・平成30年10月1日
- ・所在地・・・・茨城県石岡市行里川12951番1
- ・電話番号・・・・0299-56-2533
- ・FAX・・・・0299-56-2534
- ・介護保険指定番号・・・0850580036号

(2) 目的と運営方針

介護老人保健施設は、要介護者である利用者の自立を支援することを目的とした施設です。この目的に沿って、当施設では各利用者が能力に応じた日常生活を営めるようサービス計画書を立て、内容についての同意をいただき、医学的管理の下での看護・介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などのサービスを提供いたします。また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援いたします。

(3) 職員体制

医師・・・1名 看護・介護職員・・・5名以上
作業・理学療法士、言語聴覚士等・・・1名以上 管理栄養士・・・1名

(4) 利用定員

通所・・・38名

2. サービス内容

- ①サービス計画の立案 ②食事 ③入浴 ④医学的管理 ⑤看護 ⑥介護
⑦機能訓練 ⑧相談援助 ⑨送迎 ⑩その他

3. 医療機関

・連携医療機関

名称・・・・美浦中央病院
所在地・・・・茨城県稲敷郡美浦村宮地596番地
診療科目・・・・内科・外科・整形外科・眼科・耳鼻科・泌尿器科・皮膚科・神経内科・透析・リハビリ・歯科

・協力医療機関

名称・・・・立川病院
所在地・・・・茨城県笠間市八雲2丁目12-14
診療科目・・・・内科・外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科

◆緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 施設営業日及び営業時間

- ・ 営業日 月～土曜日（※施設の受入体制が整う場合に限り土曜も実施する）
- ・ 営業時間 午前 8 時 35 分～午後 5 時

5. 利用にあたっての留意事項

- ・ 設備・備品 故意に破損させた場合、修理代をいただきます。
- ・ 金銭・貴重品 持込みはご遠慮下さい。

6. 5. 苦情処理の体制

相談窓口 : 1 階事務所受付
苦情担当者 : 小嶋 秀幸
窓口開設時間 : 午前 9 時～午後 5 時
相談方法 : 電話受付（0299-56-2533）または、窓口受付。
意見書箱（1 階受付カウンター）

- ・ 茨城県国民健康保険団体連合会介護保険課
電話受付（029-301-1565）
- ・ 石岡市 介護保険室
電話受付（0299-23-1111）
- ・ 小美玉市 介護福祉課 介護保険係
電話受付（0299-48-1111）
- ・ かすみがうら市 介護長寿課
電話受付（0299-56-2312）
- ・ 笠間市 高齢福祉課
電話受付（0296-77-1101）

7. 事故発生時の対応

1. サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は利用者に対し必要な措置を講じます。
2. 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関又は、他の救急専門機関での診療を依頼します。
3. 前 2 項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は、扶養者が指定する者、及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。
4. サービス提供に伴い当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が事故を負った場合、当施設は利用者に対して損害を賠償するものとします。

8. 非常災害対策

防災設備 . . . スプリンクラー、消火器、消火栓 防災訓練 . . . 年 2 回

9. 禁止事項

宗教の勧誘、特定の政治活動、営利行為を禁止します。

10. 利用料金

(1) 基本料金 (介護保険制度において)

①施設利用料 1日当たり

* 6時間以上7時間未満まで(主なサービス提供時間は9:30~15:45となります)

要介護1・・・・・・・・・・715単位

要介護2・・・・・・・・・・850単位

要介護3・・・・・・・・・・981単位

要介護4・・・・・・・・・・1137単位

要介護5・・・・・・・・・・1290単位

②入浴介助加算I・・・・・・・・・・40単位

③短期集中個別リハビリテーション実施加算

起算日より3ヶ月以内・・・・・・・・・・110単位/日

④リハビリテーションマネジメント加算 ロ・・・・593単位/月(6ヶ月以内)

273単位/月(6ヶ月を超えた期間)

⑤リハビリテーション提供体制加算・・・・・・・・・・24単位/回

⑥科学的介護推進体制加算・・・・・・・・・・40単位/月

⑦生活行為向上リハビリテーション実施加算・・・・1250単位/月

⑧送迎を行わない場合の減算・・・・・・・・・・片道つき47単位

※介護保健負担分については介護職員等処遇改善加算Ⅱとして8.3%の上乗せが適用になります。

※利用者負担割合が2割・3割の方は、介護保険分の費用負担が2割・3割となります。

(2) その他の料金

①食費 昼食代・・・・・・・・・・700円

②おやつ代・・・・・・・・・・150円

③日用品費・・・・・・・・・・150円

④おむつ代・・・・・・・・・・実費相当額

⑤クラブ活動・レクリエーションにかかる費用

⑥その他個人的に必要とし、希望する品物に対する費用・・・・・・実費相当額

⑦理美容代・・・・・・・・・・実費相当額

(3) 支払い方法等

毎月10日前後に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払い下さい。

お支払いの際に領収書を発行いたします。