

「通所リハビリテーション」重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定通所リハビリテーションを提供します。事業所の概要や、提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1、事業所を運営する法人

法人名 医療法人社団 順養会
法人所在地 宮城県東諸県郡国富町大字本庄 4365
電話番号 0985-75-2115
代表者名 海老原 爲博
設立年月日 平成 15 年 4 月 1 日

2、事業所の概要

事業所の種類 通所リハビリテーション
(但し介護予防通所リハビリテーションの指定を併せて受け、一体的に運営しています。)
事業所の名称 海老原病院
事業所の所在地 宮城県東諸県郡国富町大字本庄 4365
電話番号 0985-75-2115
事業所長名 海老原 爲博
開設年月日 平成 15 年 10 月 1 日
利用定員 介護予防通所リハビリテーションと合わせて 20 名

3、事業所の目的

医療法人社団順養会 海老原病院の通所リハビリテーション事業所は、適切な運営を行うため人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態をなった場合、本人の有する能力に応じて自立した日常生活が出来るよう心身の状態、環境等に配慮し、通所リハビリテーションのサービスの提供を通じて自立した日常生活が出来るよう、療養上の生活支援、心身機能の維持回復を目的とします。

4、サービス内容

要介護者が施設に通い、心身の機能の回復維持を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリを行います。

5、事業施設地域及び営業時間

- ① 事業の実施地域 :国富町近郊。ただし、相談内容によっては、綾町・宮崎市・西都市まで実施範囲を拡大する。
- ② 送迎実施範囲 :当施設から片道 10km (往復 30 分程度)。ただし、運行状況によっては、これより遠方の方も実施範囲を拡大する。
- ③ 営業日及び営業時間

営業日	月～金までとする
休業日	土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始（12月30日～1月3日）
営業時間	8時30分～17時30分

職 種	人 数	勤務時間
管理者・医師	1 名以上	8 : 30～17 : 30
理学療法士又は作業療法士	1 名以上	8 : 30～17 : 30
看護職員又は介護職員	2 名以上	8 : 30～17 : 30
言語聴覚士	1 名（非常勤）	8 : 30～17 : 30

(1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス
(2) 利用料金が介護保険から給付とならないサービス

所要時間	1 時間以上 2 時間未満	2 時間以上 3 時間未満	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満
要介護 1	369 円	383 円	486 円	553 円	622 円	715 円
要介護 2	398 円	439 円	565 円	642 円	738 円	850 円
要介護 3	429 円	498 円	643 円	730 円	852 円	981 円
要介護 4	458 円	555 円	743 円	844 円	987 円	1,137 円
要介護 5	491 円	612 円	842 円	957 円	1,120 円	1,290 円

<各種加算等について>

- | | | |
|---|-----------------|------|
| ① 理学療法士等体制強化加算
(1時間以上2時間未満を算定している場合) | 1日につき | 30円 |
| ② 短期集中個別リハビリテーション実施加算
退院日認定日から起算して3月以内 | 1日につき | 110円 |
| ③ リハビリテーション提供体制加算 | | |
| ・所要時間が3時間以上4時間未満の場合: | 1日につき | 12円 |
| ・所要時間が4時間以上5時間未満の場合: | 1日につき | 16円 |
| ・所要時間が5時間以上6時間未満の場合: | 1日につき | 20円 |
| ・所要時間が6時間以上7時間未満の場合: | 1日につき | 24円 |
| ・所要時間が7時間以上の場合: | 1日につき | 28円 |
| ④ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 1日につき | 22円 |
| ⑤ 入浴介助加算(Ⅰ) | 1日につき | 40円 |
| ⑥ 口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回限度) | 1日につき | 150円 |
| ⑦ 処遇改善加算Ⅲ | 所定単位数の83/1000加算 | |
| ⑧ 迎が実施されない場合の減算 | 片道につき | △47 |

(2) 利用料金が介護保険の給付対象とならないサービス

〈以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。〉

① 支給限度額を超えたサービス費

② 食費 1回につき 600円

③ オムツ代

紙パンツ 1枚 132円

紙パンツ 1袋 2,640円

尿パット・フラット 1枚 46円 1袋 1,320円

* 原則としてオムツ使用の方は、予備を2～3枚持参して下さい。やむを得ず持参されていない場合は、実費を頂きます。

④ 材料費 実費

⑤ 上記①～③の料金に変更が生じる場合には、実際のご利用前に、変更部分の説明を行い、文書による同意をいただきます。

8、利用料金のお支払方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。

①ご利用日に請求書を入れた納入袋をお渡しいたします。ご来院の際、看護職員又は介護職員に納入袋をお渡しください。お支払いは、翌月１０日～２０日までに、お願い致します。

②口座引落をご希望の場合は口座振替依頼書への記入をお願いします。

9、サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の１週間前までに看護職員又は介護職員にお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了一ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

（１）利用者の方が、介護保険施設に入所した場合。

（２）介護保険給付でサービスを受けていた利用者の方の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。

（３）利用者の方がお亡くなりになった場合。

（４）その他

当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者の方及びご家族に対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当所が倒産した場合、利用者の方には文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

利用者の方が、サービス利用料金の支払いを３ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず１０日以内に支払わない場合、利用者の方が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者の方が入院もしくは病気等により、３ヶ月以上にわたってサービスができない状態であることが明らかになった場合、または利用者の方やご家族などが当所のサービス従業員に対して本契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

④ キャンセル

ご利用者の方のご都合でサービスを中止する場合は、ご利用日当日の午前８：３０までにご連絡ください。

10、サービス内容に関する苦情

（１）海老原病院 通所リハビリテーションご利用者相談、要望、苦情担当

担当者 川畑 拓也

電話 0985-75-2115 （内線 39）

(2) その他

市区町村の相談、苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

国富町地域包括支援センター (国富町社会福祉協議会内)	所在地：国富町大字本庄 6889-2
	電話：0985-30-6661
国富町社会福祉協議会	所在地：国富町大字本庄 6889-2
	電話：0985-75-6267
国富町役場 保健介護課 介護係	所在地：国富町大字本庄 4800
	電話：0985-75-9423
綾町役場 福祉保健課 福祉係	所在地：綾町大字南俣 515
	電話：0985-77-1114
宮崎県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	所在地：宮崎市原町 2-22
	電話：0985-60-0822
宮崎県高齢者総合支援センター	所在地：宮崎市原町 2-22
	電話：0985-25-1100
宮崎県消費生活センター	所在地：宮崎市江平西 2-1-20
	電話：0985-32-7171
宮崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護サービス相談係	所在地：宮崎市下原町 231-1
	電話：0985-35-5301
宮崎市役所 福祉部 介護保険課	所在地：宮崎市橘通西 1-1-1
	電話：0985-21-1777
西都市役所 健康管理課 介護保険係	所在地：西都市聖陵町 2-1
	電話：0983-43-3024

11、緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客さまの主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、居宅サービスを作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及 び 所在地	
	氏 名	
	電話番号	

緊急時連絡先 (ご家族等)	氏名（続柄）	
	住 所	
	電話番号	

12、非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	なし
	避難階段	なし	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	なし
	誘導灯	2箇所		

13、事故発生時の対応

- （１）当通所リハビリテーションサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに都道府県・保険者および関係各機関ならびに利用者のご家族または代理人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- （２）事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- （３）通所リハビリテーションサービス利用中の事故のうち、損害を賠償すべき事故である場合には、速やかに損害の賠償をいたします。（当施設は全老健共済会の損害保険に加入しております。）
- （４）利用者の過失による事故が発生した場合は、利用者及びご家族に責任を持って対応していただきます。また、当施設が損害を被った場合は、利用者又は代理人に対してその損害の賠償を請求いたします。

通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 医療法人社団 順養会 海老原病院
所在地 宮崎県東諸県郡国富町大字本庄 4365
名称 通所リハビリテーション

説明者 氏名 川畑 拓也 印

私は、本書面により、事業者から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、同時に本書面の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 印

ご家族、成年後見人、代理人
住所
氏名 印