

重要事項説明書（通所リハビリテーションサービス）

通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

- | | |
|----------------|--------------------------|
| (1) 開設者の名称 | 藤野整形外科医院 |
| (2) 主たる事務所の所在地 | 浜松市中央区城北 2 丁目 15 番地 12 号 |
| (3) 事務所の電話番号 | (053)471-4196 |
| (4) 代表者職・氏名 | 院長 藤野圭司 |
| (5) 事業所の名称 | 藤野整形外科デイケア「ゆとり」 |
| (6) 事業所の所在地 | 浜松市中央区城北 2 丁目 15 番地 12 号 |
| (7) 管理者氏名 | 藤野 圭司 |
| (8) 電話番号 | (053)471-3166 |
| (9) 指定年月日 | 平成 15 年 8 月 1 日 |
| (10) 指定番号 | 静岡県指定 第 2217105622 号 |
| (11) 交通機関 | 遠州鉄道側バス六間坂上バス停下車徒歩 1 分 |

2. 事業所の職員の概要

職 種	資 格	員 数
管 理 者	医 師	常勤兼務 1 人
看 護・介 護 職		7 人以上
理学療法士・作業療法士		3 人以上

3. 指定通所リハビリテーション施設の概要

定 員	70 名（うち 30 名介護予防専用棟）
リハビリ専用室	217.44 m ² （予防専 92.44 m ² 2F 125 m ² ）
浴 室	ミスト浴 1 台、一般浴槽 2 槽
その他設備	車椅子対応送迎車 3 台（リフト付）、送迎車 5 台

4. 営業日及びサービス提供時間

営 業 日	月曜日から土曜日 ※ただし、12 月 31 日から 1 月 3 日を除く
サービス提供時間	午前 9 時 30 分から午後 4 時 00 分まで

5. 事業の実施地域

通常の実施地域	浜松市中央区（佐鳴台圏域・元浜圏域・鴨江圏域・和合圏域・板屋圏域・高丘圏域）
---------	--

6. サービスの利用方法

（１）サービスの開始手順は次のとおりです。

- ・利用者及びその家族に指定通所リハビリテーションの内容等についてご説明します。
- ・この説明書により利用者からの同意を得たのち、当事業所の職員が通所リハビリテーション計画を作成し、本サービスの提供を開始します。
- ・利用者が居宅サービス計画書（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）にご相談ください。

（２）サービスの終了は次のとおりです。

- ・利用者（あるいはご家族）からのご都合でサービスを終了する場合
サービス終了希望日の７日以上前までに文書で申し出てください。
- ・当事業所の都合でサービスを終了する場合
サービス終了日の１ヶ月以上前までに文書でご連絡いたします。
- ・自動終了する場合
 - ①利用者が介護保険施設に入院・入所した場合
 - ②利用者の要介護度が非該当（自立）要支援と認定された場合
 - ③利用者が亡くなった場合

7. 通所リハビリテーション計画書

- ・事業所は利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、居宅介護支援事業所が作成する利用者の居宅サービス計画に沿って、通所リハビリテーション計画書を作成し、これに従って計画的に提供します。
- ・通所リハビリテーション計画書の作成に当たっては、事業者は事前に担当者を訪問させ、利用者の日常生活の状況及びその意向を確認するとともに、作成後は利用者のその内容を説明します。また、同意を得た上で交付します。
- ・事業所は、利用者がサービス内容や提供方法等の変更を希望し、その変更希望が居宅サービス計画の範囲内で可能な時は、速やかに居宅介護支援事業所への連絡調整等の援助をしながら、通所リハビリテーション計画書の変更等の対応を行ないます。
- ・事業所は、居宅サービス計画の期間に基づき利用者の状況の評価等を行い、必要に応じてサービス内容を見直します。
- ・事業所は、申し出に対し稼働状況等により利用者の希望する内容にてサービス提供ができない場合、居宅介護支援事業所との連絡調整のもとで、他の提供可能な内容を利用者に提示して協議するものとします。

8. 利用料金

このサービスの利用料及びその他の費用は以下のとおりです。

(1) 利用料

当事業所の通所リハビリテーションの提供(介護保険適用部分)に際し、利用者が負担する利用料金は原則として基本料金の1割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基 本 料 金

リハビリテーション時間(介護度別)	単 位
6～7 時間 通常規模型通所リハビリテーション	
〃 (要介護1)	7 1 5
〃 (要介護2)	8 5 0
〃 (要介護3)	9 8 1
〃 (要介護4)	1 1 3 7
〃 (要介護5)	1 2 9 0

加 算 料 金

サ ー ビ ス 内 容	単 位
通所リハ入浴介助加算(Ⅰ)	4 0
通所リハ短期集中個別リハ加算	1 1 0
通所リハビリ送迎減算(片道)	－ 4 7
通所リハ提供体制加算 4	2 4
通所リハサービス提供体制加算Ⅱ	1 8
通所リハ処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の 86/1,000 を加算

※浜松市は地域区分が「7 級地」であるため、単位数に 10.17 を乗じた金額が料金となります。なお、自己負担は料金の基本 1 割になりますが、一定の所得以上の方は 2 割または 3 割負担になりますので負担割合証をご確認ください。

※認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間介護保険からの支払いは受けられません。

(2) 交通費

当事業所の通常の事業の実施地域にお住まいの方の交通費は介護報酬に含まれています。それ以外の地域にお住まいの方は、通所リハビリテーション従事者が利用者を送迎するための費用を支払っていただきます。

通常の実施地域から

5 キロメートル未満	500 円
5 キロメートル以上	1,000 円

(3) キャンセル料

利用者（ご家族を含む）の都合により、当日の通所リハビリテーションサービスをキャンセルした場合について、原則としてキャンセル料はいただきませんが当日のリハビリ、送迎等の業務に影響するため、あらかじめ体調不良等によりキャンセルが明らかである場合には早めにご連絡下さい。

(4) 食事の材料費・紙おむつ代は下記のとおりです。（金額は全て内税です）

食材料費（昼食分）	600 円	1 食あたり
食材料費（おやつ分）	100 円	1 食あたり

紙おむつ	150 円	1 枚につき
紙おむつ（リハビリパンツ）	200 円	1 枚につき
紙おむつ（尿取りパッド）	50 円	1 枚につき

(5) その他の費用

その他日常生活において通常必要とされる費用とクラブ活動、行事における費用は利用者の選択により実費負担となります。

日用品（消耗品費）	歯ブラシ、化粧品等	実費
趣味・教養娯楽費	クラブ活動、行事における費用等	実費
その他	ポカリスエット等	実費

第5項に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又は利用者の家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者又は利用者の家族の同意を得ることとします。

(6) 利用料金の支払方法

利用者が当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。支払方法は、やむを得ない場合を除き、口座自動引落としのみとします。毎月 10 日前後に、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求書をお渡ししますので、27 日までに指定口座に現金の準備をしてください。27 日が土・日・祝日の場合は、翌営業日の引落としとなります。

(7) その他

利用者の被保険者証に支払方法変更の記載（利用者が保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、サービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、利用者が住民登録してある市町村の窓口に出して差額（介護保険適用部分の9割）の払い戻しを受けてください。

9. 介護保険証の確認

利用者の介護保険の認定更新時等に介護保険証を確認させていただくことがあります。

10. 緊急時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合は、市区町村、当該利用者の家族、居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録し、損害すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。通所リハビリテーションの提供中に利用者に容体の変化等があった場合は、速やかに利用者の主治医等に連絡します。

主 治 医	病院名			
	氏 名			
	連絡先（電話番号等）			
緊急連絡先	氏 名		関 係	
	連絡先（電話番号等）			

1 1. 苦情等申立先

(1) ご相談窓口

窓口担当 藤野 有太郎 (藤野整形外科医院)

利用時間 当事業所営業日・営業時間内

(月曜日～金曜日) 午前 8 時 00 分から午後 5 時 30 分まで

利用方法 電 話 (053)471-4196

F A X (053)471-4897

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○浜松市 中央福祉事業所 長寿保険課 中央区役所内

電話番号 (053)457-2324

F A X (053)459-0323

受付時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで

○静岡県国民健康保険団体連合会

電話番号 (054)253-5590

F A X (054)253-5589

受付時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで

令和 年 月 日

(事業所)

通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、この説明書に基づいて重要事項の説明を行いました。

所在地 浜松市中央区城北2丁目15番地12号

名 称 藤野整形外科デイケア「ゆとり」

説明者 印

(利用者)

この説明書に基づいて、通所リハビリテーションサービスに関する重要事項の説明を受けました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(代理人)

契約者が署名できないため、契約者本人の意思を確認し、私が契約者に代わりその署名を代行します。

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

続柄 ()