

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サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令第37号8条に基づいて、当事業所が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者の名称	医療法人やすらぎ会
事業者所在地	今治市別宮町2丁目1番地5
代表者氏名	理事長 鈴木 孝
電話番号	0898-23-0500

2. 事業所概要

事業所の名称	鈴木病院 通所リハビリテーション
事業所の所在地	今治市別宮町2丁目1番地5
管理者氏名	院長 鈴木 孝
電話番号	0898-23-0500

3. 事業の目的及び運営の方針

(ア) 事業の目的

要介護状態にある者に対し、適正な通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

(イ) 運営方針

地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町村その他の、保健医療サービス・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

4. 職員の体制

職 種	人 数	体 制	勤務時間、職務内容
医 師	1名	常 勤	午前9：00～午後6：00 医学的管理、療養上の指導
理学療法士 作業療法士	1名以上	常勤 非常勤	午前9：00～午後3：30 リハビリテーション
看護職員 介護職員	5名以上	常 勤 非常勤	午前8：15～午後5：00 看護、介護業務

5. 営業日及び営業時間

営業日 月曜日～土曜日 休日（日曜日及び病院の指定する日）

営業時間 午前9：00～午後3：30

6. 利用定員

1日 50名

7. 事業の実施地域

今治市（他の地域はご相談に応じます。）

8. 通所リハビリテーションの内容

① 理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の維持回復を図ります。

② 利用者及び利用者の家族に対して、療養上必要とされる事項について指導又は説明をしま

す。

- ③ 入浴・清拭・洗髪などによる清潔の保持
- ④ 食事及び排泄など生活上の世話
- ⑤ 認知症患者の看護・介護
- ⑥ 利用者の送迎
- ⑦ その他、医療・看護・介護に関する事項

9. 利用回数

年末年始及び病院の指定する日を除く

月・火・水・木・金・土曜日 (週 回)

10. 利用料

要介護状態に応じた利用料の負担割合に応じた金額（1割あるいは2割あるいは3割）をお支払い頂きます。

11. 利用に当たっての留意事項

利用者がサービスの中止（休む）をする場合は、速やかに通所リハビリテーションまでご連絡ください。キャンセル料は頂きません。

12. 相談窓口・苦情対応について

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

責任者	鈴木 孝
担当者	岡田 敏樹 鈴木 悦子
電話番号	0898-23-0500
対応時間	午前9時より午後5時まで

公的機関への苦情のお申出は次の窓口です。

・今治市役所

担当部署	介護保険課
電話番号	0898-36-1526

・国民健康保険団体連合会

担当部署	業務管理課介護保険係
電話番号	089-968-8700

・担当介護支援専門員（ケアマネージャー）

13. 事故発生時の対応

利用者さんに対する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利用者さんのご家族に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。なお、賠償するべく事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

14. 非常災害対策について

当事業所においては、非常災害に備えて消防署に連動した火災通報装置、消火栓、消火器、避難器具等の設備を設けており、防災、避難に関する計画を作成しています。又非常災害に備えて、少なくとも6カ月に1回は避難、救出その他必要な訓練を行っています。

15. その他運営に関する重要事項

この規定に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、利用者と事業者の協議により定めます。

通所リハビリテーション いこい 利用料金説明書

I. 利用者負担金

- (1) ご利用金額は下記の通りです。ご利用者の負担割合によりご負担金が決まります。(1割あるいは2割あるいは3割)
- (2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。
- (3) 介護保険外のサービスとなる場合には、全額自己負担となります。
- (4) 利用者負担金は、ご利用月の次月12日に請求書を発行しますので、発行月の20日までにお支払ください。振込みをご希望の方は、ご相談ください。
- (5) 介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度及び利用時間によって、利用料が異なります。
- (6) 当院の基準時間は、6時間以上7時間未満です。それ以外の時間をご利用の場合は、原則としてご家族の方での送迎をお願いします。

II 施設利用基本料金 (1日につき)

1. 基本料金：(介護給付) 通常規模の事業所 介護報酬告示上の金額 単位

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	369	398	429	458	491
2時間以上3時間未満	383	439	498	555	612
3時間以上4時間未満	486	565	643	743	842
4時間以上5時間未満	553	642	730	844	957
5時間以上6時間未満	622	738	852	987	1120
6時間以上7時間未満	715	850	981	1137	1290

当院においては、4時間以上5時間未満、6時間以上7時間未満のサービスの提供をさせていただきます。他のサービス時間のご利用については、送迎の都合がありますので、ご相談ください。

2. 加算料金 (介護給付) 介護報酬告示上の金額 単位

項目	料金	備考
入浴介助加算(I)	40単位(1回につき)	
リハビリテーションマネジメント 加算ロ	同意日の属する月から6月以内 593単位 同意日の属する月から6月超 273単位	
リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明	上記リハビリテーションマネジメント加算に加え月270単位	
短期集中個別リハビリテーション加算	110単位(1日につき)	
重度療養管理加算	100単位(1日につき)	
栄養改善加算	200単位(1回につき)	3月以内に限り月2回算定、その後必要時継続可、管理栄養士が必要に応じ自宅訪問すること。
リハビリテーション提供体制加算	4時間以上5時間未満：16単位 6時間以上7時間未満：24単位	
退院時共同指導加算	600単位(1回につき)	
介護職員処遇改善加算A加算IV	介護報酬の5.3パーセント	

加算につきましては、サービス担当者会議等において、ご説明、相談をさせていただきます。

3. 減算について

事業所が送迎を行わない場合・・・片道につき47単位

減算についても、サービス担当者会議などで、ご相談ください。

Ⅲ. 介護保険サービス外分

日用品費 オムツ代・・・実費 材料費・・・実費

食事代（昼食・おやつ）・・・500円

Ⅳ. キャンセル（無料）

利用者がサービス利用の中止（休む）をする際には、できるだけサービス利用日の前日までに下記へご連絡ください。

鈴木病院（受付） 電話 0898-23-0500

通所リハビリテーション いこい 電話、FAX 0898-36-1120