

医療法人 本庄会
通所リハビリテーション さくら
(通所リハビリテーション)
重要事項説明書

1. 事業者概要

事業者の名称	医療法人 本庄会
事業者の所在地	愛知県弥富市前ヶ須町午新田669-3
法人種別	医療法人
代表者名	村松 高樹
電話番号	0567-67-0271
FAX 番号	0567-67-5221

2. ご利用施設

事業所の名称	通所リハビリテーション さくら
事業者の所在地	愛知県弥富市前ヶ須町午新田669-3
電話番号	0567-66-1115
FAX 番号	0567-66-1117
指定事業者番号	237750091
サービス提供地区	弥富市、蟹江町、津島市、愛西市、飛島村、長島町、木曾岬町

3. 事業の目的と運営方針

1) 事業の目的

- ①事業者は、介護保険法等関係法令に従い、利用者様に対し、利用者様が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、このサービスを提供します。
- ②事業者は、サービスの提供にあたっては、利用者様の要介護状態区分、及び利用者様の被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、利用者様に対しサービスを提供します。

2) 運営の方針

通所リハビリテーション事業は、要介護状態等となった場合においても、利用者様が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、リハビリテーションを行い、利用者様の心身の機能の維持回復を図るものである。

4. 職員体制

	常勤	非常勤	計
医師	1人	2人	3人
看護職員	0人	2人	2人
理学療法士	2人	0人	2人
作業療法士	1人	1人	2人
介護職員	4人	2人	6人

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日
サービス提供時間	10:00～16:10
営業時間	8:30～17:30
休業日	土曜日、日曜日、ゴールデンウィーク 夏季休業日、年末年始

6. サービス内容

	種類	内容
<input type="checkbox"/>	医療・保健	血圧測定等の健康チェックで、利用者様の全身状態の把握と健康管理をおこないます。
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション	医師の指示のもと、理学療法士、作業療法士が、個別の訓練により、利用者様の状況に適した機能訓練を行い、心身機能の維持回復に努めます。

<input type="checkbox"/>	相談・援助	利用者様とご家族からのご相談に応じます。
<input type="checkbox"/>	レクリエーション	趣味・クラブ活動等。
<input type="checkbox"/>	食事	栄養と利用者様の身体状況に配慮した食事を提供します。
<input type="checkbox"/>	入浴	歩行不安定の方、車椅子の方等の状態に合わせた入浴を行います。
<input type="checkbox"/>	排泄	利用者様の状態に応じて適切に排泄介助を行います。
<input type="checkbox"/>	移動・移乗など	自立心を高められるよう心がけ、適切に移動・移乗を介助します。
<input type="checkbox"/>	送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。

7. 費用

1) 介護保険適用分

介護保険対象サービス料金の負担割合については、介護保険負担割合証の負担割合分（1割または2割または3割）に応じた金額をお支払いいただきます。

通所リハビリテーション費（1日につき）

<基本料金>

・所要時間6時間以上7時間未満

	介護度	単位
<input type="checkbox"/>	要介護1	715単位/日
<input type="checkbox"/>	要介護2	850単位/日
<input type="checkbox"/>	要介護3	981単位/日
<input type="checkbox"/>	要介護4	1,137単位/日
<input type="checkbox"/>	要介護5	1,290単位/日

<加算>

	種類	単位
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション提供体制加算	24単位/日
<input type="checkbox"/>	中重度者ケア体制加算	20単位/日
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算V13	3.8%
<input type="checkbox"/>	短期集中個別リハビリテーション実施加算 退院（所）日又は認定日から起算して3月以内	110単位/日
<input type="checkbox"/>	退院時共同指導加算	600単位
<input type="checkbox"/>	重度療養管理加算 要介護3～5で胃腸などの医学管理が必要な方	100単位/日

<減算>

	種類	単位
<input type="checkbox"/>	送迎を行わない場合	-47単位/日(片道)

介護報酬単価地域区分：弥富市6級地 1単位＝10,33円

●介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談下さい。

●介護保険適応の場合でも、保険料の滞納等により事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、まず一旦自費にて全額（料金表の金額の10倍）をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。サービス提供証明書と領収書は、後に償還払いを受けるときに必要となります。

2) 介護保険適応外分

①当施設の通常の事業の実施地域を越えた場合の送迎費用：

実施地域を越えた地点から、片道5km未満 200円

実施地域を越えた地点から、片道5km以上 400円

②食事代：一食につき800円（食事700円 おやつ100円）

③オムツ代：当施設のオムツを使用した場合に限り徴収いたします。

パッド50円/1枚 オムツ150円/1枚

リハビリパンツ150円/1枚

8. キャンセル料

当日、突然お休みされる場合は、午前8:30までにご連絡下さい。ご連絡いただけない場合は、キャンセル料をいただきます。ただし、利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

9. 利用料等のお支払い方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払い下さい。

10. サービス相談窓口及び苦情受付窓口

電話番号	0567-66-1115
受付時間	営業日の8:30~17:30
担当者	施設長 田中 雅浩

※他に、弥富市役所（介護高齢課）又は、愛知県国保健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情申し立てることができます。

<相談窓口>

弥富市役所介護高齢課 0567-65-1111

愛知県国保健康保険団体連合会介護保険室 052-971-4165

11. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合、事業者の協力医療機関または、利用者様の主治医と連絡をとりあい対応します。また、緊急連絡先に連絡いたします。

協力医療機関	医療機関の名称 所在地 電話番号	医療法人 本庄会 笹 医院 愛知県弥富市前ヶ須町午新田 669-3 0567-67-0271
利用者様の主治医	医療機関の名所 医師氏名 所在地 電話番号	

12. 衛生管理等

事業所は、事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように、次の措置を講じます。

- 1) 感染症の予防及び蔓延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- 2) 感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備します。
- 3) 従業者に対し、感染症の予防及び蔓延防止のための研修を定期的実施します。

13. 虐待防止のための措置

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- 1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- 2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- 3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。

14. 業務継続計画の策定等

- 1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する本サービスの提供を継続的に実施するための計画、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- 2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- 3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

当施設は、通所リハビリテーションサービスの重要事項説明書に基づいて、内容を十分に説明いたしました。

令和_____年_____月_____日

事業者 医療法人本庄会 通所リハビリテーションさくら
住所 愛知県弥富市前ヶ須町午新田669-3
事業所職員名

私は、通所リハビリテーションサービスの重要事項の説明を受け、これらを十分理解した上で同意します。

尚、通所リハビリテーションに際し、居宅事業所・医療機関等にご本人の情報をいただき又その情報を当施設の職員に情報開示する事にも同意いたします。

令和_____年_____月_____日

【利用者様】

住所_____

氏名_____

【署名代行人】

住所_____

氏名_____

続柄_____

【請求書及び領収書の送付先】

氏名	
住所	
電話番号	

【緊急時及び事故発生の連絡先】

氏名	(続柄)
住所	
電話番号 携帯電話	