

重要事項説明書（通所リハビリテーション）

1 事業所の目的

事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの重要事項説明書、居宅サービス契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、サービスの提供をします。

2 事業所の概要

- 「短時間通所リハビリテーション」は、事業者が管理運営する病院内の施設に通いながら、当該施設において、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うサービスです。
- 事業者は、以下の施設及び日程によりサービスを提供します。
- サービス提供にあたっては、医師の指示に基づき、別添の「通所リハビリテーション計画書」に沿って計画的に提供します。

3 事業所の概要

事業所名	独立行政法人 地域医療機能推進機構 登別病院 通所リハビリテーション		
所在地	登別市登別東町3丁目10番地22		
提供サービス 及び 介護保険事業所番号	提供サービス	介護保険事業所番号	
	通所リハビリテーション	北海道	0113513634号
管理者及び連絡先	氏名	連絡先	
	成田元気	0143-80-1115	(病院代表)

4 事業所の職員体制等

職種	人員	
管理者	1名（兼務）	
提供者	医師	1名（兼務）
	理学療法士	2名
	介護福祉士	2名
	介護職員	2名

5 サービスの提供地域（通常の送迎の実施地域）

登別市、白老町

6 サービス提供時間

サービス種類	平 日	土・日曜日	祝日
通所リハビリテーション	午前 8:50~10:00 午後 12:00~13:10	休 日	状況に応じて 営業致します

1回のご利用時間はサービス提供開始時間から70分となっております。

* 年末年始（12/29~1/3）は「休日」となります。

* 状況に応じて営業時間の短縮・訪問での対応を行わせていただきます。

7 サービスの内容

機能訓練、集団体操、口腔体操、健康チェック、送迎。

8 サービス利用のキャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用をキャンセルする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡下さい。原則前日まで、当日の場合は早めにご連絡下さいますようお願い致します。

(月曜日～金曜日 8:00～16:30)

連絡先（電話）： 090-7653-5116 （直通）
0143-80-1115 （病院代表）

※繋がらない場合は留守番電話に伝言を残して下さい。

- (2) 利用者の都合でサービスをキャンセルする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。（ただし、利用者の体調の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）

- (3) キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 間	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前々日まで	無 料	
サービス利用日の前日まで	利用者負担金の50%	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

9 利用者負担金

(1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、下記の①～②の2種類に分かれます。

①介護報酬に係る利用者負担金

(介護保険制度では、要介護認定により利用料金が異なります。以下は1日あたりの利用者負担1割での表記。)

< 1時間以上2時間未満 >

【 基本利用料金 】

・要介護1	369円
・要介護2	398円
・要介護3	429円
・要介護4	458円
・要介護5	491円

【 加 算 】

項 目	金 額	備 考
短期集中リハビリテーション実施加算	110円/日	退院(所)日又は認定日から3月以内に個別リハビリテーションを実施している場合。
移行支援加算	12円/日	
理学療法士等体制強化加算	30円/日	
サービス提供体制強化加算 (I)	22円/日	勤続10年以上の介護福祉士の割合25%以上
サービス提供体制強化加算 (II)	18円/日	介護福祉士の割合50%以上
科学的介護推進体制加算	40円/月	
生活行為向上リハビリテーション加算	1,250円/月	開始月から6月以内
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	560円/月	同意日の属する月から6月以内
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	240円/月	同意日の属する月から6月超
(イ)に加え、LIFEの提出(ロ)	593円/月	6月以内
(イ)に加え、LIFEの提出(ロ)	273円/月	6月超
医師の説明ありの場合(イ)に追加	830円/月	6月以内
医師の説明ありの場合(イ)に追加	510円/月	6月超
医師の説明ありの場合(ロ)に追加	863円/月	6月以内
医師の説明ありの場合(ロ)に追加	543円/月	6月超
退院時共同指導加算	600円	初回のみ

※送迎を行わない場合・・・所定単位数から片道につき47円を減算する。

② 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用 (全額自己負担)

趣味教材費・その他(写真代)

* 利用者の購入状況に応じて、実費をいただきます。

(2) 上記②「通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用」とは、①で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合又は制度上の支給限度額を超えてサービス提供を受けた場合にかかる費用です。(保険外のサービスを受ける場合は、居宅サービス計画を作成する際に、介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。)

(3) 支払い方法

利用者負担金は、サービスを提供した月末締めで、お支払いは翌月(10日以降)になります。請求書発行後のお支払いとなりますので、事前に利用料金をお持ち頂いても預かることはできません。

10 緊急時の対応

① サービスの提供にあたり体調の急変等が生じた場合は、当院の医師が緊急処置を行います。その後、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、居宅介護支援事業者等に連絡いたします。

連絡先	医療機関等	主治医等の氏名 連絡先
	緊急連絡先	氏名 連絡先

② サービスの提供にあたり事故が発生した場合は、以下の通りに対応いたします。

- ア ①の緊急連絡先及び居宅介護支援事業者等に連絡後、事故報告書に記載し責任者に提出します。
- イ 事故の内容が重大な場合はその内容により警察、消防、在住の市町村の担当者に連絡します。
- ウ 事故報告書は院内の医療事故防止対策委員会で検討され、事故に対応いたします。

11 非常災害対策

- ・ 防災設備 : 自動火災報知器、防火扉、スプリンクラー、消火器、消火栓、非難器具(救助袋)
- ・ 防災訓練 : 年2回実施

12 虐待の防止のための措置に関する事項

虐待が発生、発見(疑いも含む)した場合、または被害の訴えがあった場合は虐待防止担当者に報告し速やかに虐待防止検討委員会を開催し、事実関係を確認します。その検証結果を元に市町村に通報または報告します。

1.3 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所お客様相談窓口	電話番号	0143-80-1115 (病院代表)
	FAX番号	0143-80-2250
	責任者	通所リハビリテーション 成田 可奈
	対応時間	(月～金) 8:00～16:30

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村介護保険相談窓口	所在地	登別市中央町6丁目11 登別市保健福祉部 高齢・介護グループ
	電話番号	0143-85-5720
	FAX番号	0143-81-3293
	対応時間	9:00～17:30
市町村介護保険相談窓口	所在地	白老郡白老町東町4丁目6-7総合福祉センター 白老町高齢者介護課 介護保険グループ
	電話番号	0144-82-5560
	FAX番号	0144-82-5561
	対応時間	8:30～17:15
北海道国民健康保険 団体連合会 (国保連)	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館
	電話番号	011-231-5161
	FAX番号	011-231-5178
	利用時間	9:00～17:00

1.4 当事業者の概要

事業者の名称	独立行政法人 地域医療機能推進機構
代表者名	理事長 山本 修一
所在地・電話	東京都港区高輪3丁目22番12号 電話 03-5791-8220 FAX 03-5791-8257
施設名	独立行政法人 地域医療機能推進機構 登別病院
所在地・電話	登別市登別東町3丁目10番地22 電話 0143-80-1115
施設長名	院長 石川 典俊

15 利用に際してのお願い

- (1) サービスの提供時間内に外来受診をすることは法律上できません。サービス利用中に体調不良や転倒で万一外来受診が必要となった場合等、緊急時は家族・代理人に連絡し基本的にお迎えに来ていただきます。
- (2) 発熱や喉の痛み、咳、くしゃみ、鼻水、下痢、嘔吐等の疑わしい症状がある場合は感染防止の為にサービスの利用を控えてください。
- (3) お迎え到着時、準備に時間を要する場合は次の利用者のお迎え時間が遅れますので当日の利用をお断りさせていただく場合があります。
- (4) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、遠慮させていただきます。
- (5) 介護認定がおりていない場合、判定結果が出るまで利用を休止していただくことがあります。
- (6) 宗教団体及び活動について、勧誘・広報・団体活動は各個人の事情がありますのでご遠慮ください。
- (7) 他の利用者に迷惑を及ぼす危惧が生じた際は家族、代理人等に連絡し利用をお断りする場合があります。
- (8) 災害及び悪天候の際（大雨・大雪・台風・地震等）や職員の人員体制によりやむを得ずサービスの利用を中止する場合があります。

【 確認欄 】

令和 年 月 日

上記により重要事項を説明しました。

(事業者) 事業者名 独立行政法人 地域医療機能推進機構 登別病院
通所リハビリテーション

説明者 _____

上記のとおり利用開始の同意をしました。

(利用者) 氏名 _____

[代理人又は立会人
氏名 _____]