

(介護予防) 通所リハビリテーション重要事項説明書

令和7年3月17日現在

1 事業所の概要

(1) 概要

法人の名称	医療法人社団 弥生会
代表者名	理事長 野村 茂治
事業所名	野村整形外科通所リハビリセンター
所在地	山口県下関市綾羅木本町四丁目8番1号
管理者名	野村 裕
電話番号	083-242-8123
FAX番号	083-252-3030
事業者番号	3510117744
定員	1単位目16人 2単位目 16人
実施地域	通常の事業の実施地域は、川中、垢田、安岡、吉見、山の田、勝山中学校の区域

(2) 職員体制

職 種	員数	区 分				職務の内容
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			事業所の従業者の管理及び業務の管理
医 師	2		2			利用者に対して健康管理と医療の提供
理学療法士	3		3			理学療法に基づき、訓練および指導
作業療法士	1		1			作業療法に基づき、訓練および指導
介護職員	3		1		2	療養生活上の介護

(3) 営業時間等

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前8時30分～午後6時 ただし、木、土曜日は午前8時30分～午後12時30分
休業日	日曜日、祝日及び8月13日(午後)～8月16日、12月29日(午後)～1月4日
サービス提供時間	1単位目 午前9時30分～午前11時10分 2単位目 午後2時40分～午後4時20分

2 当事業所(施設)の目的と運営方針

当事業所は、介護保険法及び関係書法令・条例の主旨に従い、ご利用者がその能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう本サービスの提供を行います。

当事業所では、個人の尊厳・プライバシーを尊重し、ご利用者の心身の状態・環境に配慮します。居宅において可能な限り自立した生活が営めるよう適切な理学療法・作業療法等リハビリを行い効果的に心身の機能の維持、回復をはかります。

3 内容

- ① 機能訓練
- ② 健康チェック
- ③ リハビリマネージメント
- ④ 運動器機能向上

4 利用料金 (1単位目・2単位目)

(1) 介護保険給付対象サービス

所要時間 1～2 時間未満	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1. 利用料金	3,690円	3,980円	4,290円	4,580円	4,910円
2. うち介護保険から 給付される金額	3,321円	3,582円	3,861円	4,122円	4,419円
3. サービス利用に係 る自己負担額	369円	398円	429円	458円	491円

利用者負担割合が2割の場合は記載金額の2倍、3割の場合は記載金額の3倍となります。その他、介護保険料滞納者、生活保護世帯該当者様については、別途の対応とさせていただきます。

<加算>

介護職員処遇改善加算	料金
介護職員処遇改善加算V(14)	基本サービス費に各種加算減算を加えた単位数 × 2.8%

<減算>

サービス種類	利用料金
送迎減算 片道につき	-47円

(2) 介護保険給付対象外サービス 食事のサービスはございません。

(3) 介護予防通所リハビリテーション

月当たり	要支援 1	要支援 2
1. 利用料金	22,680円	42,280円
2. うち介護保険から給付される金額	20,412円	38,052円
3. サービス利用に係る自己負担額	2,268円	4,228円

利用者負担割合が2割の場合は記載金額の2倍、3割の場合は記載金額の3倍となります。その他、介護保険料滞納者、生活保護世帯該当者様については、別途の対応とさせていただきます。

<加算>

介護職員処遇改善加算	料金
介護職員処遇改善加算V(14)	基本サービス費に各種加算減算を加えた単位数 × 2.8%

<減算>

長期期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化 利用開始日の属する月から12月超	
要支援 1 の場合	-120単位/月減算
要支援 2 の場合	-240単位/月減算

<お支払方法>

料金は月ごとの精算とし、本事業所が定める期日までにご本人負担分をお支払ください。お支払いいただきますと領収書を発行します。お支払方法は、現金払いです。

5 サービスの終了

ア お客様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旨をお申し出ください。

イ 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業により、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が、その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

ウ ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、自立と認定された場合
・お客様が亡くなられた場合

エ その他

お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、1ヶ月以上の料金滞納があり、再三の督促にも関わらずお支払いいただけない場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

6 個人情報の取扱につきまして

当事業所は「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修につとめ漏洩に注意を払います。

7 情報開示につきまして

当事業所は、お客様の求めに従って、お客様ご自身に関する情報(リハビリ記録、サービス提供記録に類するもの、その他)を開示しております。遠慮なくお尋ねください。

ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、当事業所所定の書面によりご本人様のご了解を得てからの情報提供になります。あらかじめご了承ください。

8 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

9 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発防止を防ぐ為の対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

10 苦情等につきまして

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一 不満や苦情がおありでしたら、遠慮なくお申し付けください。下記電話番号、責任者宛にご連絡をお願いいたします。

苦情受付電話 083-253-6868 責任者 上田 拓也

受付日時 午前8時30分～午後6時 ただし木、土曜日は午前8時30分～午後12時30分

なお、下関市役所福祉部介護保険課事業者係、山口県国民健康保険団体連合会にも窓口がございます。

下関市役所福祉部介護保険課事業者係

住所 下関市南部町1番1号

電話番号 083-231-1371 FAX 083-231-2743

受付日時 午前8時30分～午後5時15分（土、日、祝日、年末年始を除く）

山口県国民健康保険団体連合会

住所 山口市朝田1980番地7 国保会館

電話番号 083-995-1010 FAX 083-934-3665

受付日時 午前9時～午後5時（土、日、祝日、年末年始を除く）

1.1 非常災害時の対策

災害時の対応	別に定める「防災マニュアル」にのっとり行動します。
訓練等	近隣との協力関係を築くように努力し年1回避難訓練を行います。
防災設備	当施設の防災設備 ・誘導灯、自動火災報知機、消火器

1.2 虐待の防止について

事業所は、利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然の防止・早期発見等のため、次の措置を講じます。

- 1 虐待防止の為の指針の整備をしています。
- 2 虐待を防止するため、従事者に年1回研修を実施します。
- 3 虐待の防止に係る責任者を選定します。
役職:リハビリテーション統括責任者、氏名:上田 拓也
- 4 虐待又は虐待を疑われる事案が発生した場合は速やかに市へ通報します。

1.3 サービス利用に当たっての留意事項

喫煙	当施設内は禁煙となっています。
迷惑行為等	騒音をたてたり、無断で施設内の他の部屋に入らないでください。 政治活動、布教活動は禁止です。
心身状況の変化	健康チェックで異常がある場合は状態に合わせて対応いたします。 気分が悪くなった時はすみやかに申し出てください。
その他	提供するサービスの第三者評価の実施状況。(実施無し)

1.4 その他運営に関わる注意事項

- 1 採用時研修 採用後3カ月以内 継続研修 年1回
- 2 従事者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- 3 従事者にあつた者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容に含むものとする。

令和 年 月 日

説明事項確認書

通所リハビリサービスの提供にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項及びサービス内容」を説明いたしました。

事業所

所在地 下関市綾羅木本町四丁目8番1号
名称 野村整形外科通所リハビリセンター

説明者氏名

印

私は、本書面により、「重要事項及びサービス内容」の説明及び「重要事項説明書」の交付を受け、サービスの提供開始に同意します。

ご利用者 住所

氏名 _____ 印

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断、対応します。
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。)

住所

氏名 _____ 印

ご利用者との関係(○印)

親族 (: 続柄)

成年後見人

代理人

*確認資料をお見せいただく場合がございます。

あらかじめご了承ください。