

重要事項説明書

あなたに対する通所リハビリテーションの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	特定医療法人 萬生会
所在地	熊本県熊本市南区田迎町田井島224番地
代表者名	松野 文彦
電話番号	(096) 370-7333
FAX番号	(096) 370-7334

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイケアセンター たいのしま
居宅介護サービスの種類	指定通所リハビリテーション 指定介護予防通所リハビリテーション
指定番号	4370103238号
所在地	熊本県熊本市南区田迎町田井島224番地
管理者	坂本 泰雄
電話番号	(096) 370-7333
FAX番号	(096) 370-7334
通常の事業の実施地域	熊本市、嘉島町の地域
その他の指定	生活保護法指定介護機関

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	事業者は、利用者が要介護・要支援状態になった場合においても、可能な限り自宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことが出来るよう、理学療法、作業療法等の訓練を行うことにより、利用者の心身の機能維持・回復を図ります。
運営の方針	事業者は、別に定める運営規程に従い、必要な人員を配置して、利用者に対して、適正な通所リハビリテーションを提供します。 また、事業所の従業者の質的向上を図るため、定期的な研修を行うとともに、事業の実施に当たっては市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4 ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務の状態
医師	1名	常勤医師 1名（兼任）
理学療法士	4名	常勤職員 4名
看護師	2名	常勤職員 2名
介護職員	5名	常勤職員 5名（うち介護福祉士5名）

5 営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで《祝日も営業》 (ただし、年末年始は除く)
営業時間	午前8時30分から午後5時まで (ただし、時間延長サービス体制あり、要相談)

6 サービスの概要

サービスの種類	内 容
送 迎	希望者には、当事業所とご自宅間の送迎を行います。 ご家族での送迎も出来ます。
健康チェック	体温、血圧、脈拍の測定及び気分不良等の有無のチェックを行います。また、体調の急変時には当事業所の専任医師、及び主治医等に連絡をし、指示を受けます。
入 浴	当事業所の浴室にて入浴を行います。(一般浴・機械浴)
リハビリテーション	それぞれの利用者に応じて、適切な日常生活動作訓練等の訓練を行います。
個別リハビリテーション提供体制	心身の機能障害等があり、個別にリハビリテーションを行うことにより、生活機能の改善が見込まれる利用者に対して個別リハビリテーションを実施します。
給食サービス	通所リハビリテーション利用時の昼食は、当事業所にてご用意します。弁当等のご持参は出来ません(但し、経管栄養の流動食は除きます)。
レクリエーション	集団、又は個別においてゲーム、カラオケ、手芸等の余暇活動を行い、心身機能の維持・向上を図ります。
時間延長サービス体制	通常のご利用時間帯(6時間以上7時間未満)の指定通所リハビリテーションの前後に連続して、日常生活上のお世話を4時間限度に延長してご利用していただけます(ただし、営業時間以外の送迎はご家族での対応となります)。ご利用の際は事前にご相談下さい。

7 ご利用料金

① 介護保険給付対象サービスについて

介護保険給付対象の利用料金は、利用者の要支援・要介護度と、利用時間により異なり、別紙に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金となります(1割から3割の負担)。ただし介護保険の支給限度額を超える利用をされる場合は、超過分に関して全額負担(10割負担)となります。

② 介護保険給付対象外のサービスについて

介護保険給付対象外の利用料金は、別紙に定める所定の料金体系に基づいた利用料金となります。また、別紙に定めていない利用料金で、通所リハビリテーションを提供するうえで必要なサービスの利用料金については、その内容及び利用料金を利用者及びその家族に説明し、同意を得ます。

8 お支払い

利用料の支払いは、預金口座振替での入金とします。又振替手数料は利用者負担とします。

振替日：毎月20日（金融機関休業日の場合は翌営業日）

振替手数料：肥後銀行、郵便局 …… 110円

熊本ファミリー銀行、熊本中央信用金庫 等 …… 132円

都市銀行 等 …… 円

9 ご利用休止（欠席）

ご利用を休止（欠席）される場合は、ご利用日の前日までにお知らせください。当日体調が急変した場合等は、出来る限り早めにお知らせください。突然の欠席にて利用料金のキャンセル料は頂いておりませんが、すでに食事の発注が行われており、取り消しができなかった場合には、食事代をいただくことがございます。

10 当事業所利用時の外来受診

当事業所をご利用時の外来受診は原則的に出来ません。ただし当事業所ご利用中に病状等の急変が生じ、当事業所の担当医の判断で外来受診の指示があった場合においてはこの限りではありません。但し、その際は外来受診をした時点でその日の当事業所のご利用は中止となり、お支払いやお薬の受け取り、帰りの送迎等はご家族様での対応となります。

11 苦情申し立て窓口

ご利用者相談窓口 （当事業所内）	ご利用時間 8：30～17：00（営業日のみ） ご利用方法 電話（096）370—7333 FAX（096）370—7334 担当 宮川 弘毅（不在時）林 君子 面接場所 当事業所又はご自宅へ訪問
担当の 居宅介護支援事業所	事業所名： 担 当： 連絡先： 電話（ ） —

※ほかに市町村、及び国民健康保険団体連合会等にも苦情申し立て窓口があります。

熊本県国民健康保険団体連合会 介護保険課：電話（096）365—0329

熊本県健康福祉部 高齢者支援課：電話（096）333—2215

熊本市高齢介護福祉課：電話（096）328—2347

中央区役所 福祉課：電話（096）328—2311

東区役所 福祉課：電話（096）367—9127

西区役所 福祉課：電話（096）329—5403

南区役所 福祉課：電話（096）357—4129

北区役所 福祉課：電話（096）272—1118

嘉島町 嘉島町役場 町民課：電話（096）237—2574

1 2 緊急時の対応方法

事業所の専任医師（協力医療機関）及び主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。又、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	主治医氏名	
	所属医療機関の名称	
	電話番号	() —
協力医療機関	医療機関の名称	特定医療法人萬生会 熊本第一病院
	院長名	坂本 泰雄
	所在地	熊本県熊本市南区田迎町田井島 224 番地
	電話番号	(096) 370—7333
	診療科	血液・腫瘍内科、糖尿病・代謝内科、内科、呼吸器内科、消化器・肝臓内科、循環器内科、リハビリテーション科
	入院設備	有り
	救急指定の有無	無し
	契約の概要	当事業所と病院は同一法人

緊急連絡先①	氏名	(続柄)
	住所	
	電話番号	() —
	昼間[勤務先]の連絡先	() — []
	携帯電話番号等	() —
緊急連絡先②	氏名	(続柄)
	住所	
	電話番号	() —
	昼間[勤務先]の連絡先	() — []
	携帯電話番号等	() —

13 通所リハビリテーション サービス一覧

利用時間	: ~ :	<送迎時間含まない>
利用曜日	回/週 (□月・□火・□水・□木・□金・□土)	
入浴	利用 □する □しない	
(介護)個別リハビリ	利用 □する □しない	
(予防)選択サービス	利用 □栄養改善加算 □口腔機能向上加算 □一体的サービス提供加算	

(1) 介護保険給付対象の利用料金 (1回・1ヶ月の料金。1割・2割・3割 負担分。)

- 通所リハビリテーション費 _____円 左記合計額
- リハビリテーション提供体制加算 _____円 _____円 (a)
- 入浴介助加算 _____円
- リハビリマネージメント加算 _____円/月 介護職員処遇改善加算
- 短期集中個別リハビリ加算 _____円 _____円 (b)
- 中重度者ケア体制加算 _____円
- 移行支援加算 _____円 基本料金
- サービス提供体制加算 _____円 (a) + (b) = ①
- 運動・栄養・口腔加算 _____円 _____円①
- 科学的介護推進体制加算 _____円/月
- 介護職員処遇改善加算 (a) の金額の _____% が加算されます・・・(b)
- 退院時共同指導加算 _____円/退院時

※介護保険給付限度額を超えた分の利用料は、全額自己負担〔10割〕となります。

※上記利用料金は、利用開始時の金額となります。

介護保険法の改正、当事業所の体制の変化で金額は変わることがあります。

(2) 介護保険給付対象外の利用料金 (1回の料金。)

- 食費 : _____円② ・ □利用なし
- バスタオル貸出 : _____円③ ・ □利用なし
- 通常の事業の実施地域を越えた場合の交通費 : _____円④ ・ □必要なし
- 紙オムツ使用料 : [_____] _____円/枚 ・ □利用なし

◇ご利用1回あたりの利用料合計

(①+②+③+④) _____円

※バスタオル・紙オムツを持参される方でも、必要に応じてやむを得ず使用する場合がありますのでご了承下さい。

令和 年 月 日

当事業者は、利用者に対する居宅介護サービスの提供開始にあたり、利用者及び利用者の家族に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

デイケアセンター たいのしま

説明者氏名 印

私は、本書面に基づいて当事業者から上記重要事項の説明を受けました。

私は、通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意します。

利用者 氏名 _____ 印

利用者の家族 氏名 _____ 印