

重要事項説明書

(通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション)

利用者: _____ 様

事業者: きよし整形外科リハビリクリニック

きよし整形外科リハビリクリニック)重要項目説明書

<2024年6月1日現在>

1 通所リハビリテーション事業者(法人)の概要

名称・法人種別	医療法人青澄会
代表者	鈴木 潔
所在地・連絡先	豊橋市花田二番町78

2 事業所の概要

(1)事業所名称及び事業所番号

事業所名	きよし整形外科リハビリクリニック
所在地・連絡先	(住所)豊橋市花田二番町78 (電話)0532-33-8688
事業所番号	2312006543
管理者氏名	鈴木 潔
利用定員	15名/日(月~水、金)、10名/日(木、土)

(2)事業所の職員体制

職種	資格	常勤		非常勤		業務内容	計
管理者	医師	1名		0名		医療・管理	1名
	医師	1名		0名		医療	1名
機能訓練指導員	理学療法士	専従	兼任	専従	兼任	機能訓練	3名 以上
		0名	2名以上	0名	0名		
	セラピスト	専従	兼任	専従	兼任		
		0名	1名以上	0名	0名		
介護職員		0名	0名	0名	3名 以上	3名 以上	

(3)営業時間等

月・火・水・木・金曜日	9:00~10:30、10:40~12:10、16:00~17:30
木(祝日のある週のみ)、土曜日	9:00~10:30、10:40~12:10
木・日曜日・祝祭日	定休日(年末年始・盆も含む)、その他きよし整形外科リハビリクリニックの休みに従う。

3 サービスの内容

(1)通所リハビリテーション

心身状態の改善を図り、日常生活動作の維持・向上、生活の質の維持・向上を図ることを目的として、利用者の居宅サービス計画に沿った通所リハビリテーション計画を作成した上で適切なリハビリテーションを提供します。

(2)ご利用場所(当事業所リハビリ室)

住所	豊橋市花田二番町78
電話番号	0532-33-8688

4 利用料金

ア 通所リハビリテーション利用料

通所リハビリテーション利用料

○要支援の方

	要支援区分	1月あたりの利用料		介護保険適応時の1月あたりの自己負担額	介護保険適応時の1月あたりの自己負担額	介護保険適応時の1月あたりの自己負担額
				1割	2割	3割
基本サービス	要支援1	22680円		2268円	4536円	6804円
	要支援2	42280円		4228円	8456円	12684円
加算項目	長期利用減算 (12ヶ月超え)【月】	要支援1	-1200円	-120円	-240円	-360円
		要支援2	-2400円	-240円	-480円	-720円

要支援Ⅰ 1割：約2268円 2割：約4536円 3割：約6804円

要支援Ⅱ 1割：約4228円 2割：約8456円 3割：約12684円

○要介護の方

	要介護区分	1日あたりの利用料	介護保険適応時の1回あたりの自己負担額	介護保険適応時の1回あたりの自己負担額	介護保険適応時の1回あたりの自己負担額
			1割	2割	3割
基本サービス	要介護1	3690円	369円	738円	1107円
	要介護2	3980円	398円	794円	1194円
	要介護3	4290円	429円	858円	1287円
	要介護4	4580円	458円	916円	1374円
	要介護5	4910円	491円	982円	1473円
加算項目	送迎非実施 減算【日】	-940円	-94円	-188円	-282円
	リハマネジメント(イ) 【月】(6ヶ月以内)	5600円	560円	1120円	1680円
	リハマネジメント(イ) 【月】(6ヶ月超え)	2400円	240円	480円	720円
	リハマネジメント(ロ) 【月】(6ヶ月以内)	5930円	593円	1186円	1779円

リハマネジメント(口) 【月】(6ヶ月超え)	2730 円	273 円	546 円	819 円
---------------------------	--------	-------	-------	-------

* 上記合計利用料に地域加算(7級地:1.017)を乗じた額とさせていただきます。

イ 実費負担

○介護報酬に含まれない費用について実費相当額を負担していただく場合があります。

ウ キャンセル料

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合、当事業所では、キャンセル料を徴収しない方針です。通常はご利用予定日前日まで、あるいは急変等の場合にあつては、遅くともご利用当日のご利用開始までには、中止の旨のご連絡を頂戴したいと存じます。また、無断のご利用中止が度重なる場合には、ご利用契約の解除を申し出る場合がございます。

エ お支払い方法

当月のご利用については、翌月初回利用時にご利用料の内訳を記載した利用料の請求書をお渡しいたします。その初回利用日もしくは2回目の利用日に会計窓口にて現金支払いの方法でお支払いください。

5 運営方針

- ①公平なサービスを心掛けるとともに、個々の利用者の立場や諸条件を可能な限り配慮します。また、人権尊重の立場から、プライバシーの保護に万全を期します。
- ②利用者の安全確保を常に留意し、事故防止に努めるとともに、緊急事態にも適切な対応を図るよう努めます。
- ③各事業所間及び職種間の連携を密にして、サービスの質の向上に努めます。
- ④地域の人々や多くの関係者の理解や協力を得て、可能な限り地域に密着した事業所としての運営を目指します。

6 サービス内容に関する苦情・相談窓口

通所リハビリテーションに関するご相談・ご要望・苦情等は、下記窓口までお申し出ください。

当事業所相談窓口	きよし整形外科リハビリクリニック
窓口責任者	リハビリテーション科 理学療法士 白井庸平(しらい ようへい) (不在時は、リハビリテーション科職員が対応致します)
電話番号	080-4885-2412
受付時間	月・火・水・金曜日 8:30~12:00 15:30~19:00 土曜 8:30~12:00

ご相談・ご要望・苦情等の窓口	
東三河広域連合 介護保険課	0532-26-8471
国民健康保険団体連合会 苦情相談室	052-971-4165

7 緊急時の対応方法

- ・当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合には、サービス内容を変更または中断することがございます。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対処致します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じます。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合には、サービス内容を変更または中断することがございます。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対処致します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じます。

主治医	病院名	
	診療科目	
	医師名	
	住所	
	電話番号	

緊急連絡先	氏名	
	住所	
	続柄	
	電話番号	

ご利用が中断となった場合、実際のサービス利用状況に拘わらず、当該日の予定利用料全額を算定致します。中断扱いの場合、ご利用とカウント致します為、お振替は出来ません。度重なる中断が発生する場合には、ご契約内容の変更等に付きまして、ご相談致します。

8 情報開示について

利用者またはご家族から、サービス記録の開示をお求めの場合は、その旨をサービス提供者もしくは相談窓口まで、お申し出頂ければ、開示致します。

9 検査、記録について

サービスの内容によっては、検査や記録が必要な場合があります。その際には、計測や写真撮影を行う場合があります。

10 サービスの終了方法

(1) ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の1週間前までに、文書でお申し出下さい。

(2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1か月前迄に、文書にて通知致します。

(3) 自動終了

以下の場合には、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了致します。

- ① ご利用者様が、介護保険施設に入所された場合。
- ② 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
- ③ ご利用者様がお亡くなりになられた場合。

(4) その他

- ・当法人が正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様、ご家族様等に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または当事業所が破産した場合、ご利用者様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ご利用者様のサービス利用料金の支払いが請求した月末までに行なわれず、料金を支払うよう催告した日より2週間以内に支払われない場合、ご利用者様が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合、またはご利用者様の入院もしくは病気等により、1ヶ月以上に渡ってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合、ご利用者様またはそのご家族様、事業者やサービス従業者または他のご利用者様に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させて頂く場合もございます。

年 月 日

事業所

施設名 きよし整形外科リハビリクリニック
代表者役職・氏名 理事長 鈴木 潔 印
所在地 豊橋市花田二番町78
電話番号(代表) 0532-33-8688

説明者 氏名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービスの説明を受けました。

年 月 日

利用者 住所
氏名 印

代理人(選任した場合) 住所
氏名 印