

介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

(令和 3年 4月 1日 現在)

1 サービス提供責任者

電話番号	0996-32-0051
氏名	田中 忠孝

2 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所名	南洲整形外科病院 通所リハビリテーション
所在地	いちき串木野市別府3994-5
サービス(4611810195)	短時間通所リハビリテーション
サービスを提供する地域	いちき串木野市・日置市・薩摩川内市

(2) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	医師	1		1	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う
サービス提供責任者		1		1	通所リハビリテーションの利用の申し込みに係わる調整、 看護師等に対する技術指導、リハビリ計画の作成等の指導
サービス従業者	理学療法士 作業療法士 看護師 准看護師 看護助手	1	1	1以上 1以上 1以上	職務に応じたサービス

(3) サービス提供の時間帯・利用定員

営業日	月 ~ 金
営業時間帯	8:30 ~ 17:30
提供時間	9:00~12:00 ・ 13:00~17:00
営業しない日	土曜、日曜、祝日 8月13日~8月15日、12月30日~1月3日
利用定員	各9名(合計18名)

(4) 事業者の通所リハビリテーションの特徴

(運営の方針)

- ・要介護者等の利用者が可能な限り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、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ことにより、「心身機能」「活動」「参加」等の生活機能の維持・向上を図れるように努めます。
- ・事業の実施に当たっては、関係市町村、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。

(5) 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・ご家族・介護支援事業者などへ連絡します。

主治医	病院名
	電話
	住所

ご家族	氏名		氏名	
	電話		電話	
	住所		住所	
	勤務先		勤務先	
	氏名			
	電話			

(6) サービス内容に関する苦情の受付先

当院 お客様相談窓口	代表 0996-32-0051
いちき串木野市市役所 (地域包括支援センター)	0996-33-5673 (0996-21-5172)
日置市市役所 (地域包括支援センター)	099-273-2111 (099-248-9423)
薩摩川内市市役所 (地域包括支援センター)	0996-23-5111 (0996-24-3331)
	月～金 8:30～17:00
国民健康保険団体連合会 (国保連)	099-206-1084 月～金 9:00～17:00
鹿児島県社会福祉協議会	099-256-6789 月～金 8:30～17:00

(7) 事業者の概要

名称・法人種別	医療法人 南洲会 南洲整形外科病院
代表者名	理事長 園田 昭彦
所在地・連絡先	(住所) いちき串木野市別府3994-5 (電話) 0996-32-0051 (FAX) 0996-32-1497
提供するサービス	短時間通所リハビリテーション
お客様の担当事業所以外の事業所	

3 サービスの内容

種類	内容	保険適用
送迎	有り	
入浴	無し	
食事	無し	
リハビリマネジメント加算	医師の診察によるリハビリ内容の指示、理学療法士・作業療法士による検査、関連スタッフによるカンファレンスを経て実施計画書を作成します。 リハビリの実施・指導、リハビリに関する情報伝達を実施します。	○
サービス提供体制強化加算	勤続3年以上の職員が3割以上配置されております。	○
運動機能向上加算	要支援者が要介護状態になることを防止し、できるだけ長く自立した日常生活を送れるようにすることを目的とし、個別的にサービスを実施します。	○

4 利用料金

(1) 利用料金・利用者負担金

・介護保険の適用がある場合は、料金表の利用料金が利用者負担金となります。

[料金表・利用料金]

※月1回、初回目のお支払いになります。

※R3.4.1現在

	介護保険			利用者負担金
	基本単位 (1~2時間)	体制加算	運動向上加算	合計
要支援1 (運動機能向上加算 有り)	2053円	24円	225円	2302円
要支援1 (運動機能向上加算 無し)	2053円	24円	0円	2077円
要支援2 (運動機能向上加算 有り)	3999円	48円	225円	4272円
要支援2 (運動機能向上加算 無し)	3999円	48円	0円	4047円

(利用者が1割負担の場合)

- ・介護保険の適用がない場合や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た金額が利用者の負担金となります。
- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅介護支援計画に定められた目安の時間を基準とします。

・当院よりオムツ・尿取りパットを使用した場合は、

- ・オムツ 1回あたり 200円
- ・尿取りパット 1回あたり 60円 必要です。

※（自宅より持参した場合は必要ありません）

（2）キャンセル規定

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、サービス提供の前日までに連絡して下さい。

但し、利用者の容態の急変等緊急・やむを得ない事情がある場合は、当日午前8時30分までにお願いします。

連絡先 0996-32-0051

（3）非常災害時の対策

- ・非常時の対応 当院の定め

る消防計画に則り対応を行います。

- ・避難訓練 当院の定める消防計画に則り年2回避難訓練を行います。

（4）その他


- ・施設内のリハビリ機械の使用については、医師または・リハビリ看護職員の指導をもとに使用、または、許可をとっていただきます。
- ・当院のサービス利用中、医師・管理者の許可無く院外への外出は禁止させていただきます。
- ・利用者の容態の急変、家族の要望がある場合を除き、送迎は指定された場所（居宅）と当院の間とさせていただきます。
- ・医療保険（入院・外来）使用時のリハビリと、通所リハビリテーション利用時のリハビリは異なりますので、予めご了承下さい

通所リハビリテーションの開始にあたり、利用者に対し本契約書及び本書面に基づいて重要な事項（契約書別紙・通所リハビリテーション重要事項説明書）を説明しました。

〈事業者〉

住所 : いちき串木野市別府3994-5

事業者名 : 南洲整形外科病院 通所リハビリテーション

管理者 : 岸本 浩 

〈説明者〉


所属 : 短時間通所リハビリテーション

氏名 : _____

私は、本契約書及び本書面により、事業者から通所リハビリテーションについての重要な説明事項（契約書別紙・通所リハビリテーション重要事項説明書）を受け、受領しました。

〈利用者〉

住所 : _____

氏名 : _____ 

〈利用者代理人（選任した場合）〉

住所 : _____

氏名 : _____ 