

医療法人 山口整形外科医院

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

重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 山口整形外科医院
主たる事務所の所在地	〒812-0893 福岡市博多区那珂3-11-15
代表者	管理者 山口 登
開設年月日	平成31年4月1日
電話番号	092-411-3205
事業所番号	4010213488

2. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は要介護状態である利用者がその有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図り、健康で充実した日常生活を過ごすことができるよう、適正なサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況やその置かれている環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者自身が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、心身機能の維持回復を図り、もって生活機能の維持又は向上と社会参加ができるよう、適切なサービスの提供に努めます。

3. 営業日時・サービス提供体制

営業日	月曜日～土曜日 ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	《平日》午前9時00分から午後6時30分まで 《土曜》午前9時00分から午後3時00分まで
サービス提供時間	平日：《午前の部》午前9時30分から午前11時30分まで 《午後の部》午後2時30分から午後4時30分まで 土曜：《午前の部のみ》午前9時30分から午前11時30分まで
サービス提供定員	20名
サービス提供地域	原則として博多区

4. 職員体制

従業員の職種	人数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者(医師)	1		1			医師
理学療法士	8		8			理学療法士
看護職員	10		10			准看護師、運動器セラピスト
介護職員	3		1		2	

5. 利用者負担金

お支払い頂く利用者負担金は、次の通りです

(1) 介護予防通所リハビリテーション費

要支援1	1月につき 2,393 円
要支援2	1月につき 4,461 円

(2) 通所リハビリテーション費

	1～2 時間
要介護1	389 円
要介護2	420 円
要介護3	453 円
要介護4	483 円
要介護5	518 円

(3) その他の加算

加算内容	費用
短期集中個別リハビリテーション加算	116 円
送迎なし	－100 円

(4) その他の費用

上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費を頂きます。

※介護保険外のサービスとなる場合は、別途超過料金を徴収させていただきます。

端数計算により、お支払い金額が若干相違する場合があります。

（５）支払い方法

請求明細書兼領収書を毎月１５日頃に郵送致しますので、翌月の１５日までに下記の方法で支払いをお願い致します。都合により遅れる場合はご連絡をお願い致します。

○現金払い ――― 外来受付にて定められた時間内に、お支払いをお願いします。

（自分で支払い）（月～金曜日 午前９：００～午後６：３０ 土曜日 午前９：００～午後３：００）

（通所利用日に持参） ※必ず請求書兼領収書をお持ち下さい。

○銀行振込 ――― 振込手数料は利用者の負担となります。

＜振込先＞

福岡銀行 博多南支店

普通預金 口座番号 1450259

口座名義 医療法人 山口整形外科医院

※請求書宛先（利用者 ・ 家族「続柄（ ）氏名」）

6. 事故防止対策及び事故発生時の対応

利用者の状態に変化がある場合、必ずお知らせ下さい。必要に応じてプログラムの変更や必要な観察または介助をさせていただきます。

また、サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び福岡市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7. 苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 ０９２－４１１－３２０５
	苦情・相談担当者：木村秀和（理学療法士）、芳田 祥子（看護師）、蓮子達郎（事務長）

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	福岡市博多区役所福祉・介護保険課	電話番号 ０９２－４１９－１０７８
	福岡県国民健康保険団体連合会	電話番号 ０９２－６４２－７８５９

8. 衛生管理対策

当事業所は日々の業務で必要最低限度の衛生管理等に留意します。また、感染症の等の発生を防止するための措置等について、医師の指示に従い、必要に応じて、保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を図ります。

9. 非常災害対策

従事者は地震及び火災等の非常災害に際して、利用者の安全確保を最優先とした避難、誘導を致します。また、事業所には、消防法上必要な設備を備えており、従業員防災訓練を定期的に行っています。

10. 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変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医、親族、居宅支援事業所等へ連絡します。

医療機関等	病院名	
	主治医氏名	
	TEL	
緊急時連絡先①	氏名	(続柄)
	TEL	
緊急時連絡先②	氏名	(続柄)
	TEL	

11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

12. キャンセルの連絡

諸事情でキャンセルが必要となった際は、利用予定開始時間前までに下記にご連絡下さい。

医療法人 山口整形外科医院 電話番号 092-411-3205

通所リハビリテーション利用同意書

私は、重要事項説明書に基づいて、事業所から(介護予防)通所リハビリテーションサービス内容及び重要事項について説明を受けました。また、在宅生活を支援するにあたり円滑な連携が取れるよう、主治医等の各医療機関及びケアマネージャーへの情報の開示、資質向上のための第三者評価機関への情報の開示を同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____ — _____

<代理人> 本人との続柄 ()

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____ — _____

<事業者>

住 所 福岡市博多区那珂 3 丁目 11 番地 15 号

事業者名 医療法人 山口整形外科医院

代表者名 山口 登 印

電話番号 092 — 411 — 3205

(説明者)

職 名 _____

氏 名 _____

契約を証する為、本書 2 通を作成し利用者及び事業者が署名押印の上、
各 1 通ずつ保有するものとします。