

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)

八女リハビリ病院 通所リハビリテーション

1. 通所リハビリテーション事業者(法人)及び介護予防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	医療法人柳育会
代表者名	柳 克司
所在地・連絡先	(住所) 〒834-0001 福岡県八女市宅間田 1352 番地 1 (電話) 0943-23-2316 (FAX) 0943-23-2040

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	八女リハビリ病院 通所リハビリテーション
所在地・連絡先	(住所) 〒834-0006 福岡県八女市吉田 2220-1 (電話) 0943-23-7501 (FAX) 0943-23-7502
事業所番号	4072300637
管理者の氏名	柳 泉
利用定員	午前 30 名/午後 30 名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数(人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)	非常勤(人)		
医師(管理者と兼務)	1 以上	1 以上		0.5 以上	管理業務、医学的管理
理学療法士 作業療法士	3 以上	3 以上		3.0 以上	リハビリテーションの計画、 実施、評価 相談対応
看護職員 介護職員	3 以上	3 以上		3.0 以上	状態、健康チェック 看護、介護業務 相談対応

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
医師 (管理者と兼務)	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30) 常勤で勤務
理学療法士 作業療法士	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30) 常勤で勤務
看護職員 介護職員	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30) 常勤で勤務

(4) 事業の実施地域

八女市(旧八女市)

隣接する市町村においては、送迎が可能な範囲の区域かつ受入れの状況に応じる

(5) 営業日

月曜日から土曜日(祝日も営業)

営業しない日

日曜日、1月1日～1月3日

(6) サービス提供時間

9時00分～12時05分、13時25分～16時30分

3. サービスの内容及び費用

(1)介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
リハビリテーション	利用者の個別の状況に応じた通所リハビリテーション計画を作成し、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、利用者が有する能力を最大限発揮できるよう、生活機能の改善に努めます。
健康チェック	血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
介護	利用者の状況に応じて適切な介助を行うとともに、自立に向けた適切な援助を行います。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎範囲は当事業所が別途定める通りであり、利用は任意です。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、利用料金のうち、介護保険負担割合証に記載されている割合が利用者の負担額となります。利用者負担額については、重要事項説明書別紙にて記載します。

- ・1単位あたり10円を乗じて算定し、利用者負担は介護保険負担割合証に記載されている割合の額となります。
- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画・介護予防サービス支援計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・通所リハビリテーションサービスにおきましては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、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
※なお、介護予防通所リハビリテーションサービスにおきましては定額となっております。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス(重要事項説明書別紙にて記載します)

○ おむつ代

おむつを使用される方で当事業所から提供した場合は実費が必要となります。

○ その他の日常生活費

通所リハビリテーションサービス及び介護予防通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

(3) 利用料の支払い方法

毎月 15 日過ぎのご利用時に前月ご利用分の請求書をお渡しいたしますので、翌月 10 日までにお支払いください。お支払い時に領収書を発行いたします。

4. 事業所の特色等

(1) 事業の目的

医療法人柳育会が実施する指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーション(以下「指定通所リハビリテーション」という。)の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態又は要支援状態(以下、「要介護状態等」という。)となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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リハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の維持回復を図り生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

(2) 運営方針

- ① 指定通所リハビリテーションは、利用者が要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防並びに利用者を介護する者の負担の軽減に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。
- ② 提供する指定通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ③ 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に努めます。

(3) その他

事 項	内 容
通所リハビリテーション計画・介護予防通所リハビリテーション計画の作成及び事後評価	医師等の従業者が利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、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計画を作成します。また、サービス提供の目標達成状況の評価しその結果を記録に記載し利用者に説明のうえ交付します。
従業員研修	定期的に院内、院外研修等に参加しています。

5. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所 利用者様相談窓口	窓口責任者 ご利用時間 ご利用方法 面接 意見箱	島本 茜、村元 聖治 8:30～17:30 電話 0943-23-7501 (当事業所相談室) (当院事務所受付に設置)
八女市役所 健康推進課 介護サービス係	所在地 電話番号	福岡県八女市本町 647 番地 0943-23-2545
筑後市役所 高齢者支援課 介護保険相談窓口	所在地 電話番号	福岡県筑後市大字山ノ井 898 番地 0942-53-4115
久留米市役所 健康福祉部 長寿支援課	所在地 電話番号	福岡県久留米市城南町 15 番地 3 0942-30-9038
みやま市役所 介護支援課	所在地 電話番号	福岡県みやま市瀬高町小川 5 番地 0944-64-1515
福岡県介護保険広域連合 柳川・大木・広川支部	所在地 電話番号	福岡県柳川市三橋町正行 431 柳川市役所三橋庁舎内 0944-75-6301
福岡県国民健康保険連合会 介護サービス相談窓口	所在地 電話番号	福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 092-642-7859

6. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにご利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者、介護予防サービス支援計画表を作成した地域包括支援センター事業者へ連絡をします。

主治医	病院名		医師名	
	所在地	※番地の記載は不要	電話番号	

①緊急時 連絡先	ふりがな		携帯 電話	
	氏名(続柄)	()		
	住所	※ 同居の場合は記載不要	自宅 電話	
②緊急時 連絡先	ふりがな		携帯 電話	
	氏名(続柄)	()		
	住所	※ 同居の場合は記載不要	自宅 電話	
③緊急時 連絡先	ふりがな		携帯 電話	
	氏名(続柄)	()		
	住所	※ 同居の場合は記載不要	自宅 電話	

7. 非常災害時の対策

別途定める消防計画に基づき対応を行ないます。

防 災 設 備	設備名称	設置状況	設備名称	設置状況
	自動火災報知機	あり	スプリンクラー	あり
	誘導等	あり	熱・煙探知機	あり
	屋内消火栓	あり	防火扉	あり
	屋内消火器	あり	防火カーテン	あり
消防計画に基づき避難訓練を行ないます				

8. サービス利用に当たっての留意事項

- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、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のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

事業者	事業者名	医療法人柳育会 理事長 柳 克司	
	事業所名	八女リハビリ病院 通所リハビリテーション	
	事業所住所	福岡県八女市吉田 2220-1	
	事業所番号	4072300637	
	管理者名	柳 泉	印
説明者	氏名(職種)	☐ 島本 茜(理学療法士) ☐ 村元 聖治(作業療法士)	

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、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のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 氏名 _____ 印 _____

代理人 氏名 _____ 印 _____
(選任した場合)