

重要事項説明書

《通所(予防)リハビリテーション》

利用者：_____様

事業者：社会医療法人崇徳会 長岡西病院

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	社会医療法人崇徳会 長岡西病院
所在地	新潟県長岡市三ツ郷屋町 371 番地 1
連絡先	0258-27-8500
管理者名	院長 永井 恒雄
サービス種類	通所(予防)リハビリテーション
介護保険指定番号	第 1510323367 号 (指定日:平成 4 年 5 月 1 日)
サービス提供地域	新潟県中越地区全域

(2) 営業時間

平日	月・火・水・木・金 ①9:00~10:30 ②10:30~12:00 ③13:30~15:00 ④15:00~16:30
定休日	土曜・日曜・年末年始(12月31日~1月3日) ※利用日が祝日の場合は、相談に応じて別日に振替致します

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	医師	1名	0名	1名
理学療法士	理学療法士免許	0名	3名	3名
作業療法士	作業療法士免許	0名	2名	2名
言語聴覚士	言語聴覚士免許	0名	2名	2名

2 連絡窓口 (相談・苦情・キャンセル連絡など)

【長岡西病院】

TEL : 0258-27-8500 (代表)

担当部署: リハビリテーションセンター

担当者: 酒井 裕美子 (作業療法士)

受付時間: 8:30 ~ 16:30

【市町村等その他の連絡先】

①長岡市介護保険課(給付係)

TEL : 0258-39-2245 FAX : 0258-39-2278

②新潟県国民健康保険団体連合会 介護保険課

TEL : 025-285-3072 FAX : 025-285-3350

3 サービス内容

- (1) 医師の指示に基づいて、ご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、専門のセラピスト(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)が、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、家事動作や作業能力の向上、食事に関わる嚥下機能の改善、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (2) 専門のセラピスト(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)による個別訓練と、マシン等を使用した自主訓練を組み合わせて実施します。

4 守秘義務

- (1) 事業者が得た利用者帯その家族の個人情報については、介護サービス提供以外の目的では原則的に利用いたしません。
- (2) 外部の情報提供については利用者及びその家族に承諾を得ます。

5 利用料金

(1) 費用

原則として、料金表に記載されている利用料金の1割～3割が利用者負担額になります。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めにて、翌月の13～15日頃に請求書を作成し、郵送させていただきます。請求書発行月の月末にお支払いいただきますようご協力をお願いします。

(3) 料金表

《通所リハビリテーション(通常規模型)》

事業所区分 要介護度	サービス 提供時間	1時間以上2時間未満	
		基本単位	基本利用料
通常規模型	要介護1	369	3,690円
	要介護2	398	3,980円
	要介護3	429	4,290円
	要介護4	458	4,580円
	要介護5	491	4,910円

※上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これらの基本利用料も自動的に改訂されます。その場合は事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

※負担割合が2割及び3割場合は、1割負担の2倍及び3倍の利用料となります。

加算	要支援度	基本単位	利用料	算定回数等
科学的介護推進体制加算	区分なし	40	400円	1月に1回

加算		基本単位	利用料	算定回数等
区分なし	短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	1,100円	1日につき
	認知症短期集中リハビリテーション加算(I)	240	2,400円	1日につき
	科学的介護推進体制加算	40	400円	1月につき
	退院時共同指導加算	600	6,000円	1回に限る
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	593	5,930円	6月以内
		273	2,730円	6月超

※当院の通所リハビリテーションにおいては、利用者様の送迎を行わない方針となっております。

そのため通所リハビリテーション利用料から下記の料金を割引(減算)致します。

減算	基本単位	利用料	算定回数等
送迎を行わない場合の減算(片道)	47	-470円	1回・片道につき

《介護予防通所リハビリテーション》

サービス提供区分	要支援1		要支援2	
	基本単位	利用料	基本単位	利用料
通常の場合 (月ごとの定額制)	2,268	22,680円	4,228	42,280円

※上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これらの基本利用料も自動的に改訂されます。その場合は事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

加算	要支援度	基本単位	利用料	算定回数等
科学的介護推進体制加算	区分なし	40	400円	1月に1回

サービス提供区分	要支援1		要支援2	
	減算単位	減算料	減算単位	利用料
利用開始から12月超	120	-1,200円	240	-2,400円

*減算はリハ会議などが実施されなかった場合に生じます。

※負担割合が2割及び3割場合は、1割負担の2倍及び3倍の利用料となります。

加算	要支援度	基本単位	利用料	算定回数等
生活行為向上リハビリテーション実施加算	区分なし	1250	12,500円	利用を開始した日の属する月から起算して6月以内 1月に1回
退院時共同指導加算料	区分なし	600	6,000円	退院につき1回に限る
科学的介護推進体制加算	区分なし	40	400円	1月に1回

(4) キャンセル料

①ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の50%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。
キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

(5) お支払方法

お支払方法は以下の3つになります。

後払いサービス

ご指定の口座から自動的に引き落とされる便利なサービスです。月1回100円の手数料がかかります。
詳細については別紙をご参照ください。

病院窓口払い

現金または各種クレジットカードがご利用いただけます。

(UC・VISA・Master・JCB・ニコス・アメックス・ダイナース)

□ 振込

患者さまのお名前でお振込みください。なお、手数料については患者さまのご負担となります。
振込先は以下の通りです。

第四北越銀行 長岡本店営業部 普通 1146728

口座名義「しゃかいりりょうほうじんすとかい社会医療法人崇徳会 ながおかにしびょういん長岡西病院 りぢちやう理事長 たみやたかし田宮崇」です。

6 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの 連絡基準		

7 留意事項

- ① 他の利用者、または職員に対してハラスメント行為（身体的暴力、精神的暴力、セクハラ）が認められた場合、必要な対策を講じさせていただきます。結果の重大性や再発の可能性などにより、やむを得ずサービス利用継続が難しくなることがあります。
- ② 事業所は、感染症や非常災害の発生時にサービス提供を継続的に実施する、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を社会医療法人崇徳会長岡西病院のBCPに準じ「業務継続計画」を策定し、必要な措置を講じます。
- ③ 事業所はサービス提供中に、当該事業従事者または介護者（利用者の家族等、現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。
- ④ 事業所において感染症の予防及びまん延防止については社会医療法人崇徳会長岡西病院のBCPの基準に準じます。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

通所リハビリテーション利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明いたしました。

【事業所】

住 所：新潟県長岡市三ツ郷屋町 371 番地 1

事業所名：社会医療法人崇徳会 長岡西病院

(指定番号：第 1510323367 指定日：平成 4 年 5 月 1 日)

説明者名： 酒井 裕美子

職 種： 作業療法士

通所リハビリテーション利用契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を受けました。

【ご利用者】

住 所：_____

氏 名：_____

【身元引受人】

住 所：_____

氏 名：_____ (続柄 _____)