



**通所リハビリテーション及び
介護予防通所リハビリテーション 重要事項説明書**
＜令和 年 月 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 中村整形外科医院
代 表 者 名	理事長 中 村 明 生
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住 所) 福岡県中間市長津2丁目16-47 (電 話) (093) 245-0231 (FAX) (093) 245-0552

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	中村整形外科 デイケアセンター
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住 所) 福岡県中間市長津2丁目16-47 (電 話) (093) 245-0256 (FAX) (093) 245-0552
事 業 所 番 号	4072800446
管 理 者 の 氏 名	中 村 明 生
利 用 定 員	

(2) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管 理 者	正規の勤務時間帯（９：００～１８：００） 常勤で勤務	日・祝祭日
医 師	正規の勤務時間帯（９：００～１８：００） 常勤で勤務	日・祝祭日
介 護 職 員	正規の勤務時間帯（８：００～１７：００） 常勤および非常勤で勤務	日・祝祭日
理学療法士 作業療法士	正規の勤務時間帯（８：００～１７：００） 常勤および非常勤で勤務	日・祝祭日
看 護 職 員	正規の勤務時間帯（８：００～１７：００） 常勤および非常勤で勤務	日・祝祭日
事 務 職 員	正規の勤務時間帯（９：００～１８：００） 常勤および非常勤で勤務	日・祝祭日

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	中間市・鞍手郡鞍手町・遠賀郡水巻町・遠賀郡遠賀町・ 北九州市八幡西区
---------	---------------------------------------

(4) 営業日

営業日	営業時間	提供時間
平 日	８：００～１７：００	９：３０～１６：００
土曜日	８：００～１４：００	９：３０～１３：００

営業しない日	日曜日・祝祭日・年末年始（12/30～1/3）・お盆（8/13～8/15）
--------	---------------------------------------

※その年の暦によって開院日が変わる場合があります。

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

通所リハビリテーションは、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画をたて実施し、利用者の心身機能の回復維持を図ることを目的とする。

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 12:00～13:00 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。 一食につき 500円
入 浴	入浴又は清拭を行います。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	理学療法・物理療法 等のリハビリ訓練により、利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。 《当施設の保有するリハビリ器具》 ・ホットパック ・滑車 ・セラバンド ・ニューステップ ・ウォータベッド 等
レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
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。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。

通所リハビリテーション 計画の作成	居宅介護支援事業所が作成した居宅サービス計画に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、目標に応じて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の達成状況を評価し、その結果を診療記録に記載します。
リハビリマネジメント	通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直します。
リハビリテーション会議	定期的なリハビリテーション会議を開催し、利用者の状況を構成員と共有を行い、会議内容を記録します。
短期集中個別 リハビリテーション	利用者の状態に応じて、基本的動作能力向上、身体機能を回復するための集中的なリハビリを個別的に実施します。
創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動の場を提供します。

イ サービス提供にあたって

- (1) サービス提供にあたり、介護保険被保険証に記載された内容を確認させていただきます。被保険者の住所など変更があった場合は速やかにお知らせください。
- (2) 要介護認定の更新の申請を受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 居宅介護支援事業所が作成する居宅サービス計画に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。なお、作成した通所リハビリテーション計画は、利用者または家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただけますようお願いします。
- (4) サービスは通所リハビリテーション計画に基づいて行います。なお、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて通所リハビリテーション計画を変更します。

【料金表】別紙

- ・別紙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。
 - ・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。
 - ・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。
- ・利用者負担額は介護保険負担割合証に記載されている割合となります。（１割負担から３割負担）

(2) 介護保険給付対象外サービス（希望者）

○ 食事提供に要する費用

食事サービスを受ける方は、食費（１食５００円）が必要となります。

○ おやつ代

午後におやつを提供しますので、おやつ代（一回１００円）が必要となります。

○ 創作活動代（教育娯楽費）

利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動の場を提供します。

月１００円程度必要となります。

〔 希望する ・ 希望しない 〕

○ リハビリパンツ代

リハビリパンツを使用される方は、実費が必要となります。

○ 事業の実施地域外の送迎費

2-（3）の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は、実施地域を超える地点からご自宅までの送迎費（３００円程度）が必要となります。

○ その他の費用

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。

○ キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。
ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の2日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日に連絡があった場合	無 料
利用日午前8時までに連絡がなかった場合	900円（交通費＋食費）

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、20日までに下記の方法のいずれかを選んでお支払い下さい。

① 現金払い ※毎月、お支払い袋をお預けします。

② 銀行による自動引き落とし

※代金自動口座引き落とし手続き完了期間が1ヶ月ほどかかりますので、その期間までは、現金にてお支払い頂きます。

尚、自動引き落としの場合は別途手数料として150円頂きますのでご了承ください。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションは、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身機能の回復維持を図ることを目的とする。

(2) 運営方針

当施設では、通所リハビリテーション計画および介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて、利用者の心身機能の回復維持を図り、利用者が一日でも長く居宅での生活を維持できるような在宅ケア支援に努める。

5 虐待防止について

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための責任者を置きます。（責任者：中村明生）
- (5) サービス提供中に当該施設従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町に通報するものとします。

6 身体的拘束適正化について

原則として利用者に対して身体拘束を行わないものとします。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者または家族に対して説明し同意を得たうえで、必要最小限の範囲内で行います。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び様態等についての記録を行うこととし、議論を行い、早期に拘束を解除する努力をします。

7 ハラスメント対策の強化

適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていきます。

また、カスタマーハラスメント（利用者やその家族などからの著しい迷惑行為）の防止にも取り組みます。職員の心身に危害が生ずる恐れがある場合であって、その危害の発生、再発生を防止することが著しく困難な場合、当該従事者ないし事業所が利用者へサービス提供することが困難となった場合は契約解除を行う事があります。

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所のお客様相談窓口	窓口責任者 石 橋 達 郎 ご利用方法 電話（０９３）２４５－０２３１ 面接 中村整形外科医院内 事務室 ※ 苦情等の申し立てにより、契約者が不当な扱いにならないように必要な措置を講じます。担当者には言えないこともお申し出下さい。	
苦情相談窓口	福岡県国民健康保険団体連合会	電話（０９２）６４２－７８００
	中間市役所介護保険課	電話（０９３）２４６－６２４３
	八幡西区役所 地域包括支援センター	電話（０９３）６０１－５４０４
	広域連合遠賀支部	電話（０９３）２９１－５２６６
	水巻町地域包括支援センター	電話（０９３）２０１－４３２１

9 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等へ連絡をします。

主治医	病 院 名 及 び 所 在 地	福岡県中間市長津2丁目16-47 医療法人 中村整形外科医院 院 長 中 村 明 生
-----	-----------------------	--

	氏 名	
	電話番号	

緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住 所	
	電 話 番 号	

10 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	1 個所
	避難階段	1 個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	2 個所		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	中間消防署への届出日：平成13年9月1日 防 火 管 理 者：山 崎 秀 之			

11 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 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。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 現金や貴重品の持ち込みは自己の責任で管理してください。
- お薬の処方、変更時は薬手帳をご持参ください。
- 利用者同士での金品や物のやり取りはトラブル防止のため禁止しております。

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のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住	所	福岡県中間市長津2丁目16-47
	事業者（法人）名		医療法人 中村整形外科医院
	施	設	中村整形外科 デイケアセンター
	（事業所番号）		4072800446
	代	表	者
	名	院	長
		中	村
		明	生

説明者	職	名
	氏	名

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	住所
	氏名

代理人（選任した場合）	住所
	氏名