

重要事項説明書 （ 通所サービス内容説明書 ）

令和 年 月 日 現在

1 事業所の概要

事業所名	医療法人 吉村病院
事業所番号	4011012517
所在地	〒814-0002 福岡市早良区西新3丁目11-27
連絡先	電話： 092-841-0835 FAX： 841-0838

事業の目的及び運営方針

2 (1)事業目的

要介護又は要支援状態にある利用者が、心身の機能の維持回復を目指すとともに、可能な限り居宅においてその能力に応じ自立した日常生活を安心して営むことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。

(2)運営方針

当院を退院される患者さんを中心に医師の指示のもとで、通院困難かつ医療依存度が高い方に対して、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、要介護状態となることの予防を図り、在宅療養ができるよう適切なサービスの提供に努めます。

3 職員の職種、員数および職務の内容

	職 種	勤務の形態	人 数
管理者	医 師	常 勤	1 人
事務職員	事 務	常 勤	1 人
通所リハスタッフ	医 師	常 勤	2 人
	理学療法士	常 勤	2 人
	作業療法士	常 勤	0 人
	言語聴覚士	常 勤	1 人

4 通所リハビリ営業日及び営業時間

営業日及び時間	月～金曜日 8:30 ～ 17:30
サービス提供時間	月・火・木・金 9:00～12:00、13:30～16:30、 水 9:00～12:00
休業日	土・日曜日・国民の祝日(振り替え休日を含む)・水曜日午後 年末年始(12月31日～1月3日)

5 提供するサービスの内容

- ① 療養生活や介護方法の指導
- ② リハビリテーションの評価、指導、実践

6 利用料金

- 1) ・利用者負担金は、介護保険の法定利用料に基づいた金額をご負担いただきます。
(負担割合書に準じてご負担いただきます。)
- ・介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります。
※利用者が要介護認定を受けていない場合にサービスを利用されたときは、サービス利用料金の全額を一旦お支払い頂き、要介護認定を受けた後に自己負担金額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、「居宅サービス計画書」が作成されていない場合にも「償還払い」となり、当事業所より「サービス提供証明書」を交付した後、自己負担金額を除く金額が介護保険より支払われます。
- ・サービス利用の際は、介護保険被保険者証のご提示をお願いします。

2) 交通費

車で訪問致します。駐車場の確保をお願いします。(駐車料のご負担は利用者の方でお願いします。)
別途ご案内の実施地域内にお住まいの方は無料です。(大項目 7 をご参照下さい。)
別途ご案内の実施地域以外にお住まいの方は片道1km毎100円のご負担をお願いします。
(1日あたり100円/km×2(往復分))

3) その他

- ・利用料については、法改正や消費税率が変更となった場合には、自動的に修正されます。
その場合には、事前に新しい利用料を書面でお知らせいたします。

4) 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、利用者の方の病状の急変など、やむを得ない事情がある場合は不要です。

要支援の場合	利用日の3日前までに連絡があった場合	無 料
	利用日前日までに連絡があった場合	月額利用料自己負担分の1/4の25%
	利用日の当日までに連絡があった場合	月額利用料自己負担分の1/4の50%
	連絡がなかった場合	月額利用料自己負担分の1/4の100%
要介護の場合	利用日の3日前までに連絡があった場合	無 料
	利用日前日までに連絡があった場合	1回ごとの利用料自己負担分の25%
	利用日の当日までに連絡があった場合	1回ごとの利用料自己負担分の50%
	連絡がなかった場合	1回ごとの利用料自己負担分の100%

5) お支払い方法

毎月、前月の請求分を23日に銀行より引き落としを致します。もしくは、毎月10日頃に前月分の請求を致しますので、所定の口座にお振り込みください。

※ 他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください。

7 事業の実施地域 * 当院より半径 2 km以内(但し、国道202号線以南を除く)

(福岡市)	中央区	早良区	城南区
	西区		
	※ 記載地域以外でご希望の方はご相談ください。		

- 8 サービス提供中に利用者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡を行い指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	利用者との続柄（ ）
	住所	
	電話番号	

9 その他運営に関する重要事項

(1) 事故発生時の対応

家族・介護支援専門員・関連機関への報告、対応を迅速に行います。

サービスの提供にあたってご利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には当院加入保険「賠償責任保険」によりその損害を賠償します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合はこの限りではありません。わからない点は大小にかかわらず、お尋ねください。

(2) 苦情・相談窓口

当事業所相談窓口

・窓口責任者	医療法人 吉村病院 事務長
・対応時間	8:30～17:30 （緊急の場合を除く）
・面接場所	当事業所の相談室（苦情箱外来受付横に設置）
・電話番号	TEL 092-841-0835 FAX 092-841-0838

公的機関においても苦情申し出ができます。

苦情・相談受付機関

1. 福岡市中央区役所 福祉・介護保険課 （住所） 福岡市中央区大名2丁目5-31 （電話） 718-1099
2. 福岡市早良区役所 福祉・介護保険課 （住所） 福岡市早良区百道2丁目1-1 （電話） 833-4352
3. 福岡市城南区役所 福祉・介護保険課 （住所） 福岡市城南区鳥飼6丁目1-1 （電話） 833-4170
4. 福岡市西区役所 福祉・介護保険課 （住所） 福岡市西区内浜1丁目4-1 （電話） 895-7063
5. 福岡県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談窓口 （住所） 福岡市博多区吉塚本町13-47 （電話） 642-7859

10 サービス利用にあたっての留意事項

- ・ サービス提供の際、職員は各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取り扱いを行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
- ・ 訪問職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはご遠慮ください。
- ・ 体調や容態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介護支援専門員又はの担当者へご連絡ください。

11 診療に関わる料金について

駐車料 車で送迎いたします。駐車場の確保をお願いいたします。

介護保険 介護保険認定を受けている人は以下の指導料がかかります。

※当院が九州厚生局に届けている施設基準・管理料等料金が複雑です。

疑問に思われることはご説明いたしますのでお声かけ下さい。

〈通所リハビリテーション〉1単位＝10.55円

月額料金		基本料金	
要支援給付	要支援 1	月額：2053単位	月額：21,648円
	要支援 2	月額：3999単位	月額：42,189円
		加算料金	
運動器機能向上加算		225単位	2,373円
口腔機能向上加算		150単位	1,582円
選択的サービス複数実施加算 I		480単位	5,064円

1回あたりの料金		基本料金	
介護給付	要介護 1	366単位	3,861円
	要介護 2	395単位	4,167円
	要介護 3	426単位	4,494円
	要介護 4	455単位	4,800円
	要介護 5	487単位	5,137円
		加算料金	
口腔機能向上加算		150単位	1,582円

令和 年 月 日

当事業所は、利用者へのサービス提供開始にあたり、重要事項説明書に基づき、重要事項の説明をしました。

事業者 事業者名 医療法人 吉村病院
所在地 福岡市早良区西新3丁目11-27
管理者氏名 吉村 健史 印
説明者氏名 印 (職名:)

事業者が重要事項説明書に基づいて説明を行ったサービス内容及び重要事項の内容について同意しました。また、この文書が契約書(別紙)の一部となることについても同意します。

利用者
住 所
氏 名
印

利用者家族
住 所
氏 名 印（続柄： ）

署名代行者(又は法定代理人)

住 所 _____
氏 名 _____ 印（続柄： _____）