**重要事項説明書**

１　当院が提供するサービスについての相談窓口

電話番号　：　２６－１２３０（午前８時３０分　～　午後５時００分まで）

担当者氏名：　理学療法士　水間　澄人

※ご不明な点は何でもおたずねください。

２　当院の概要

* 1. 提供できるサービスの種類と地域

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　　　称 | 通所リハビリテーション |
| 所　　在　　地 | 熊毛郡南種子町中之上1700番地22 |
| 介護保険事業所番号 | 4613110578 |
| サービスを提供する地域　＊ | 南種子町，中種子町在住の方 |

　　　　　　　＊上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

　②同センターの設備の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 定　　　員 | ８名 |
| 機能訓練室 | １室 |
| 相　談　室 | 有り |

* 1. 営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 月曜日～金曜日 | 午前8：30　～　午後5：00　　　　　　　　　　　（午前8：30～10：30、午後1：30～3：30） |
| 土・日，祝日 | 休業 |

　　　　　但し，お盆（８月１３日から１５日）及び年末年始（１２月２９日から１月３日）

は休業致します。

３　提供するサービスの内容

　機能訓練

　　医師，理学療法士，その他のスタッフにより，利用される方の状態に応じたプログラムを作成し対応します。

４　利用料金

　　　通所リハビリテーション利用料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 実施時間 | １日あたりの利用料 | １日あたりの自己負担 |
| 要介護１ | １時間以上２時間未満 | ３，６９０円 | ３６９円 |
| 要介護２ | １時間以上２時間未満 | ３，９８０円 | ３９８円 |
| 要介護３ | １時間以上２時間未満 | ４，２９０円 | ４２９円 |
| 要介護４ | １時間以上２時間未満 | ４，５８０円 | ４５８円 |
| 要介護５ | １時間以上２時間未満 | ４，９１０円 | ４９１円 |

　　　介護予防通所リハビリテーション利用料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 利用回数 | １月あたりの利用料 | １月あたりの自己負担 |
| 要支援１ | 週１回 | ２２，６８０円 | ２，２６８円 |
| 要支援２ | 週２回 | ４２，２８０円 | ４，２２８円 |

５　短期集中個別リハビリテーション実施加算

　　一日あたり　１１０円

６　送迎料

　　送迎が行われない場合は上記４の基本料金から片道につき４７０円、自己負担額４７円を

減額されます。

７　サービス提供の記録等

　①サービスを提供した際には，あらかじめ定めた「通所リハビリテーション記録書」等の

　　書面に必要事項を記入して利用者の確認を受けます。

②事業者は一定期間ごとに「通所リハビリテーション計画書」等の内容に沿って，サービス

　　提供の状況，目標達成等の状況等に関する「通所リハビリテーション記録書」その他の

　　記録を作成して，利用者に説明します。

③事業者は，前記「通所リハビリテーション記録書」その他の記録を作成完了後２年間は適正

　　に保管し，利用者の求めに応じて閲覧に供し，又は実費負担によりその写しを交付します。

８　サービス提供責任者

　　サービス提供の責任者は次のとおりです。

　　　管理者　　医師　荒井　恵子　　　サービス提供責任者　　理学療法士　水間　澄人

９　サービス内容に関する相談，苦情

　　当事業所のサービス内容に関するご相談，苦情については，以下までご連絡下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　　　　　　　称 | 電話番号 | 担当窓口 |
| 公立種子島病院 | ２６－１２３０ | リハビリテーション科 |

１０　秘密保持

1. 当事業所の職員は，業務上知り得た利用者及び家族に関する.秘密及び個人情報については，

　正当な理由がある場合を除いて，契約中及び契約終了後第三者に漏らすことはありません。

　②あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は，一定の条件の下で個人情報を利用する

　ことがあります。

１１　非常災害対策

　　非常災害に備えて，年２回以上定期的に避難訓練等を行っております。

１２　その他

サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは，ご遠慮させていただきます。

当院では，駐車場を含め敷地内全面禁煙を実施しておりますのでご協力下さい。

サービス契約にあたり，上記のとおり説明します。

　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　事業所　所在地　鹿児島県熊毛郡南種子町中之上1700-22

　　　　　　　　　　　　事業者名　公立種子島病院

　　　　　　　　　　　　代表者名　　医師　　荒井　恵子　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　説明者　　　　　水間　澄人　　　　　　　　　印

上記の内容について説明を受け，同意しました。

　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　日

　　　　　　　　利用者　住所

　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印