

1 長谷川整形外科医院
通所リハビリテーション重要事項説明書
短時間型 1～2 時間

1 事業者（介護保険事業所番号：2715806762）

事業者の名称 長谷川整形外科医院
事業者の所在地 〒547-0011 大阪市平野区长吉出戸 5-2-13
法人種別 個人診療所
代表者名 院長 長谷川利雄
電話番号 06-6701-5815 FAX 06-6700-3120

2 ご利用施設

施設の名称 長谷川整形外科医院 通所リハビリテーション
施設の所在地 〒547-0011 大阪市平野区长吉出戸 5-2-13
施設長 院長 長谷川利雄
電話番号 06-6701-5815 FAX 06-6700-3120

3 事業の目的と運営の方針

（事業の目的）

長谷川整形外科医院が、通所リハビリテーション施設にて行う事業の適正な運営を確保するために、人員および運営管理に関する事項を定め、施設の理学療法士その他の事業者が、要介護状態または要支援状態にあり、かかりつけの医師が指定通所リハビリテーションの必要を認めた者に対して、適正な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

（運営の方針）

- 1 施設の職員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図ると共に、生活の質の確保を重視した、在宅療養が継続してできるように支援する。
- 2 事業の実施に当たっては、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4 職員体制

管理者（医師）1名、理学療法士 3名以上、看護師、1名以上、介護職員 3名以上

5 営業日及び利用定員

営業日 月・火・水・木・金・土（ただし1月1日～1月3日と国民の祝日を除く）
営業時間 午前8：30-12：30 午後16：00-19：30（木土午後、日祝日休）
利用定員 1日20名

6 実施地域：大阪市平野区

7 通所リハビリテーションの概要

機能回復訓練・各利用者の状況に適した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
日常生活動作訓練・食事・入浴・排泄・着替えなどの日常生活動作の援助を行うと共に、自立に向けて訓練を行います。
健康管理・・・囑託医師により、利用者の健康管理に努めます。また緊急など必要な場合には主治医あるいは協力医療機関などに責任を持って引き継ぎます。
相談及び援助・・・当施設は、通所者およびそのご家族から、いかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

送迎・・・・・・・・・・当院では送迎サービスはございません。

8 利用料

介護報酬の告示上の額（以下は令和3年4月1日在）

要介護のかた（1回の利用あたり）

介護度	1	2	3	4	5
単位	366	395	426	455	487
送迎減算	-94	-94	-94	-94	-94
P T体制強化加算	30	30	30	30	30
合計単位	302	331	362	391	423
合計	3,286	3,601	3,939	4,254	4,602
自己負担（1割）円	328	360	394	425	460

要支援（介護予防サービス）のかた（1ヶ月あたりの利用料）

支援	支援1	支援2
単位	2,053	3,999
運動機能向上加算	225	225
合計単位	2,278	4,224
合計円	24,785	45,957
自己負担(1割)円	2,478円	4,596円

当院では送迎サービスはございません。

9 ただし介護保険の限度枠を超えた場合および保険料の滞納などの理由により介護保険の適応を受けられない場合は別に料金を請求します。

支払い方法：診療毎にご精算ください。

10 個人情報に関して

当施設のご利用に際して、お聞きした情報などは他者に一切漏らしません。

ただし、情報提供を行うことで利用者の利益になると判断される事柄に関しては、「情報提供に関する同意書」により同意を得ます。またご利用終了後から2年間は責任を持って保管いたします。

11 緊急時・事故等に関する対応

利用者の病状に急変が起きた場合や事故等が発生した場合、必要に応じ臨時応急の手当てを行います。家族等緊急連絡先に連絡するとともに、主治医に連絡し適切な処置を行います。事故等により発生した事項に関しては以下に記載する損害賠償の対象とさせていただきます。また事故発生に関しては、保険者（市町）に利用者及び家族の同意のもと連絡をとることがあります。

12 苦情申し立て先

ご利用時間 上記利用時間内

ご利用方法 電話 06-6701-5815

対応者 院長 長谷川利雄

13 協力医療機関

医療機関の名称 長谷川整形外科医院

院長名 長谷川利雄

所在地 〒547-0011 大阪市平野区长吉出戸 5-2-13

電話番号 06-6701-5815

14 非常災害時の対策

防災設備・・・自動火災報知機・誘導灯・屋内消火器を使用しています。災害発生時は速やかに適切な援助を行います。

15 損害賠償

当施設職員の不注意により、ご利用者等の身体に何らかの形で傷害をおよぼしたり、器物を破損した場合その損害を賠償させていただきます。ただしご利用者等に問題があると考えられる場合はこれを除きます。

また、逆に利用者等が故意に施設または事業職員に損害を与えた場合はその損害に対して賠償を請求することがあります。

16 ご利用の際に留意及び禁止いただく事項

留意事項

- 一 金銭、貴重品の持参
- 二 当施設の備品の利用に際しては清潔保持、整理整頓に心がけ大切に使用すること
- 三 食べ物、飲み物の持ち込み

禁止事項

- 一 リハビリ時間中の無断の外出はご遠慮ください。
- 二 火気の使用は遠慮ください。
- 三 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること
- 四 営利目的の行為
- 五 宗教の勧誘
- 六 特定の政治活動
- 七 施設内での喫煙

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて職員（氏名 _____）から上記重要事項の説明を受け同意いたしました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____

個人情報利用同意書

私、及び私の家族は以下の条件に適合する場合には、個人情報の共有あるいは提供に同意いたします。

1 主治医

2 契約を結んだ居宅支援事業所（居宅支援事業所を変更された場合をさします。）

3 ご利用をされている居宅サービス事業者及びボランティア等

4 以上の事業者等と調整会議を行う際

5 ご本人が入院又は入所される場合の入院（入所）先

6 市町村への情報提供が必要な場合

7 緊急時の対応に必要な医療機関

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____