

医療法人 オサダ整形外科クリニック
(介護予防) 通所リハビリテーション重要事項説明書

1. 通所リハビリテーション事業者の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	オサダ整形外科通所リハビリテーション
所在地 連絡先	(住所) 大阪府堺市西区浜寺諏訪森町中1丁目1番2 (電話) 072-265-5554 (FAX) 072-266-2916
事業所番号	大阪府指定 2710117009
管理者	和田 孝彦
利用定員	午前の部・午後の部、各12名

(2) 事業所の職員体制

職種	職務内容	人員数
管理者	1 従業者に、法令等の規定を遵守させるための必要な指揮命令を行います。	常勤 1名
専任医師	1 利用者に対する医学的な管理指導を行います。	常勤 1名
理学療法士	1 利用者の心身の状況、希望等を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的な内容を記載した通所リハビリテーション（実施）計画を作成し利用者等へ交付し説明を行います。 2 通所リハビリテーション（実施）計画に基づき、必要な理学療法、その他のリハビリテーション及び介護を行います。	常勤 1名
介護職員	1 心身の状況に応じ、利用者の自立と日常生活の充実に資するよう適切な介護を行います。	非常勤 5名

2. 事業の目的、運営方針

事業の目的	要介護状態にある利用者に対し適切かつ充実した通所リハビリサービスを提供する。
運営方針	利用者のADL（日常生活動作）の維持・向上を図り、更にはQOL（生活の質）の向上を目指します。なお、第三者評価は行っておりません。

3. 営業日、営業時間

営業日	月曜日、火曜日、木曜日、金曜日、土曜日（午前のみ） ※ 祝日、年末年始等は休み
営業時間	午前8時30分～午後5時00分 サービス提供時間 午前9時～午後12時30分、午後1時15分～午後4時45分

4. 提供するサービスの内容

機能訓練	理学療法、個別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。
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。送迎サービスの利用は任意です。

5. サービス内容に関する苦情・相談

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を把握するために必要に応じ訪問を実施し、状況の聞きとりや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

事業所 窓口責任者	新名 良丙
堺区役所 地域福祉課	072-228-7477 (地域福祉係)
堺市役所本館2階	072-228-7520 (介護保険係)
(堺市堺区南瓦町3番1号)	072-228-7870 (FAX)

6. 緊急時等における対応

サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに主治医の医師へ連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、緊急連絡先（ご家族等）にも連絡します。

緊急連絡先（主治医）

病医院名	
所在地	
電話番号	
主治医（氏名）	

緊急連絡先（家族等）

氏名（続柄）	
住所	
電話番号	

7. 送迎範囲

オサダ整形外科通所リハビリテーションより、片道約10分の範囲内とします。

諏訪森町、船尾町、石津町、元町、昭和町、公園前、等

8. 事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行う通所リハビリテーションの提供により、事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

又、当事業所が利用者に対して行った通所リハビリテーションの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 利用者の虐待防止

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

○研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や技術の向上に努めます

○従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

10. 秘密保持と個人情報の保護

事業者及び事業者の使用する者（以下従業者という）は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。又、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

事業者及び従業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。又、利用者の家族の個人情報についても予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。

11. 居宅介護支援事業者等との連携

通所リハビリテーションの提供に当り、居宅介護支援事業者及び保険医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

12. 非常災害対策

事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

台風による警報や積雪等による道路状況に伴い送迎が困難な場合には、営業の休止や時短営業を行い安全の確保を行います。又、風水害災害時等の緊急避難を実施するにあたっては、指定避難所である浜寺小学校に避難を行います。

13. 利用欠席

利用予定日に利用者の都合により欠席する場合には、サービス実施日の前日までに事業者に出して下さい。（送迎の予定等がありますので、ご協力お願いします）

入院等による正当な理由がない限り、利用者の都合による長期間の休みはお控えください。

尚、2カ月間利用がない場合には契約終了とし、再開希望時には新たに契約を行うものとします。

★ 利用料金

利用料金の目安を下記の表にてお知らせします。

要支援 1

(1) 基本サービス料

利用開始から1年後に、基本サービス料金に変更になります。

2年目以降には変更はありません。

基本料金 1ヶ月	23,927 円		
自己負担額 (A)	1割 2,393 円	2割 4,785 円	3割 7,178 円

(2) 加算対象サービス

リハビリテーション提供体制強化加算 III

1ヶ月に1回算定	253 円		
自己負担額 (B)	1割 25 円	2割 51 円	3割 76 円

○利用者の1ヶ月当たりの自己負担の目安

(A + B) = 1割 2,418 円

2割 4,836 円

3割 7,254 円

(3) 利用者の日常生活において必要なもので、要望があり提供した場合は実費を徴収します。

★ 利用料金

利用料金の目安を下記の表にてお知らせします。

要支援 2

(1) 基本サービス料

利用開始から1年後に、基本サービス料金に変更になります。

2年目以降には変更はありません。

基本料金 1ヶ月	44,605 円		
自己負担額 (A)	1割 4,461 円	2割 8,921 円	3割 13,382 円

(2) 加算対象サービス

リハビリテーション提供体制強化加算 III

1ヶ月に1回算定	506 円		
自己負担額 (B)	1割 51 円	2割 101 円	3割 152 円

○利用者の1ヶ月当たりの自己負担の目安

(A + B) = 1割 4,512 円

2割 9,022 円

3割 13,534 円

(3) 利用者の日常生活において必要なもので、要望があり提供した場合は実費を徴収します。

★ 利用料金

利用料金の目安を下記の表にてお知らせします。

(当事業所は午前又は午後の3～4時間の通所リハビリテーションサービスになっております。)

要介護 1

(1) 基本サービス料

1回当たり(3～4時間)	5,127 円		
自己負担額 (A)	1割 513 円	2割 1,025 円	3割 1,538 円

(2) 加算対象サービス

リハビリテーション提供体制加算

1回当たり(3～4時間)	127 円		
自己負担額 (B)	1割 13 円	2割 25 円	3割 38 円

リハビリテーション提供体制強化加算 Ⅲ

1回当たり	63 円		
自己負担額 (C)	1割 6 円	2割 13 円	3割 19 円

○利用者の1ヶ月当たりの自己負担の目安

(A + B + C) × 利用日数

週 (1) 回、1ヶ月 (4) 回の場合の料金の目安 (1割 2,128 円)

(2割 4,252 円)

(3割 6,380 円)

(3) 利用者の日常生活において必要なもので、要望があり提供した場合は実費を徴収します。

★ 利用料金

利用料金の目安を下記の表にてお知らせします。

(当事業所は午前又は午後の3～4時間の通所リハビリテーションサービスになっております。)

要介護 2

(1) 基本サービス料

1回当たり(3～4時間)	5,961 円		
自己負担額 (A)	1割 596 円	2割 1,192 円	3割 1,788 円

(2) 加算対象サービス

リハビリテーション提供体制加算

1回当たり(3～4時間)	127 円		
自己負担額 (B)	1割 13 円	2割 25 円	3割 38 円

リハビリテーション提供体制強化加算 Ⅲ

1回当たり	63 円		
自己負担額 (C)	1割 6 円	2割 13 円	3割 19 円

○利用者の1ヶ月当たりの自己負担の目安

(A + B + C) × 利用日数

週 (1) 回、1ヶ月 (4) 回の場合の料金の目安 (1割 2,460 円)

(2割 4,920 円)

(3割 7,380 円)

(3) 利用者の日常生活において必要なもので、要望があり提供した場合は実費を徴収します。

★ 利用料金

利用料金の目安を下記の表にてお知らせします。

(当事業所は午前又は午後の3～4時間の通所リハビリテーションサービスになっております。)

要介護 3

(1) 基本サービス料

1回当たり(3～4時間)	6,784 円		
自己負担額 (A)	1割 678 円	2割 1,357 円	3割 2,035 円

(2) 加算対象サービス

リハビリテーション提供体制加算

1回当たり(3～4時間)	127 円		
自己負担額 (B)	1割 13 円	2割 25 円	3割 38 円

リハビリテーション提供体制強化加算 Ⅲ

1回当たり	63 円		
自己負担額 (C)	1割 6 円	2割 13 円	3割 19 円

○利用者の1ヶ月当たりの自己負担の目安

(A + B + C) × 利用日数

週 (1) 回、1ヶ月 (4) 回の場合の料金の目安 (1割 2,788 円)

(2割 5,580 円)

(3割 8,368 円)

(3) 利用者の日常生活において必要なもので、要望があり提供した場合は実費を徴収します。

< 同 意 書 >

年 月 日

通所リハビリテーションの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

オサダ整形外科通所リハビリテーション

説明者 氏名 () 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所リハビリテーションの提供開始に同意しました。

利用者 住所	
利用者 氏名	印

代理人 住所	
代理人 氏名	印