

管理番号 No. _____

重要事項説明書

(通所リハビリテーション)

利用者： _____ 様

事業者： 平田病院通所リハビリテーション

通所リハビリテーション重要事項説明書

[令和7年6月1日]

1 平田病院通所リハビリテーションの概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	平田病院 通所リハビリテーション
所在地	高知県高知市本町5丁目4-23
介護保険指定番号	通所リハビリテーション事業 (高知県 391111065 号)
サービス提供地域	高知市 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください。

(2) 営業時間

月 ~ 土	午前8:30 ~ 午後5:30 ※土曜は午後12:30まで
-------	-------------------------------

(3) サービス提供時間

月 ~ 土	午前9:00 ~ 午後4:30 ※土曜は午後12:15まで
-------	-------------------------------

(4) 職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	計
管理者	医師	1名	名	1名
機能訓練士	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	3名	名	3名
介護職員	介護福祉士	1名	1名	2名
栄養士	管理栄養士	1名	名	1名

(5) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

2 サービス内容

通所リハビリテーション計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、口腔機能向上、アクティビティー
その他必要な介護等を行います。

3 利用料金

(1) 利用料（その他利用時間についても状況に応じて対応致します。詳細料金は別紙にてご説明いたします。）

介護保険適用		3時間以上4時間未満	6時間以上7時間未満
要介護1		486円/日	715円/日
要介護2		565円/日	850円/日
要介護3		643円/日	981円/日
要介護4		743円/日	1137円/日
要介護5		842円/日	1290円/日
短期集中個別リハビリ実施加算(要介護のみ)		110円/日	
要支援1	要支援2	2268円/月	4228円/月
入浴介助加算(入浴実施者のみ) I / II		加算I 40円/日	加算II 60円/日
介護職員処遇改善加算I		総実績の6.6%/月	
サービス提供体制強化加算II		要支援1: 72円/月	要支援2: 144円/月
送迎減算		片道につき47円/回の減算	

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

レクリエーション材料費		実費
オムツ		実費
複写物	一枚につき	10 円
食事	昼食のみ	470 円

（2）交通費

無料送迎のため交通費請求はありません。

4 サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員が対応いたします。通所リハビリテーション計画について検討の上、契約を結びサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（2）サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに口頭にてお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月までに通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
- ・ お客様が亡くなった場合

④ その他

- ・ 当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

5 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

6 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

7 サービス内容に関する苦情

苦情相談窓口担当	平田病院 地域連携室 088-871-3801
受付日	月曜日～土曜日（ただし日曜日・12月30日から1月3日までを除く）
受付時間	午前9：00～午後5：00

各市町村でも受け付けております。（窓口）高知市介護保険課 TEL 088-823-9068
（窓口）高知県国民健康保険団体連合会 TEL 088-820-8410

【事業者】医療法人平田会 平田病院

印

【事業所】平田病院 通所リハビリテーション
（住所）高知市本町5丁目4-23

（指定番号 3910111065 高知県）

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

利用者家族氏名 _____ 印