

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についての相談窓口

電 話	04-7127-3200(病院代表) 04-7129-8155(リハビリテーションセンター直通)
FAX	04-7129-8155
担当者	総合リハビリテーションセンター 保坂 勇太

※ ご相談は、病院診療時間内(午前8時30分～午後5時)にお願いします。

2. 通所リハビリテーションの概要(運営規定の概要)

(1)事業所名、保険指定番号等

事業所名	野田病院 通所リハビリテーション
所在地	千葉県野田市中里1554番地1
電話番号	04-7127-3200
介護保険指定番号	1212010833

(2)当事業所の通所リハビリテーションの目的と運営方針

[目的]

通所リハビリテーションは、介護保険法令の趣旨に従って、要介護状態と認定された利用者に対し、通所リハビリテーション計画を立案・実施し、利用者の心身機能の維持・向上を図る事を目的とする。

(3)通所リハビリテーション担当の職員

担当者	資 格	人 数	兼任業務
病院管理者(院長)	医 師	1名（常勤）	病院業務
施設担当医師(整形)	医 師	1名（常勤）	病院業務
通所リハビリテーション責任者	作 業 療 法 士	1名（常勤）	総合リハビリテーションセンター業務
通所リハビリテーション従事者	理 学 療 法 士 作 業 療 法 士 言 語 聴 覚 士	1名以上 （常勤）	

(4)サービス提供営業日及び時間帯

日	時 間 帯	備 考
月曜 ～ 土曜	☐ 毎週 曜日 午前 9 時 30 分 ～11 時 00 分	別途、送迎時間を要します。
	☐ 毎週 曜日 午前 11 時 05 分～12 時 10 分	
	☐ 毎週 曜日 午後 13 時 10 分～14 時 20 分	
	☐ 毎週 曜日 午後 14 時 30 分～16 時 00 分	
注:日曜 祝祭日,年末年始(12/30～1/3)は提供していません。		

(5)通所リハビリテーションサービスの内容

通所リハビリテーションは、医師、理学療法士、作業療法士等リハビリスタッフによって作成される通所リハビリテーション計画及びリハビリテーション実施計画書に基づいて、理学療法、作業療法、言語療法及びその他必要なリハビリテーションを行う。

3. 利用定員

最大 16 名

4. 利用料金

要介護度および利用時間によって利用料金が異なり、以下の利用料金は、1 割負担の方の1回当たりの利用者負担額です。基本料金＋加算＋その他費用が利用料金となります

《基本料金》

「利用時間:1時間以上 2 時間未満」

1 割負担の場合	
要介護1	369 円(1回につき)
要介護2	398 円(1回につき)
要介護3	429 円(1回につき)
要介護4	458 円(1回につき)
要介護5	491 円(1回につき)

《加算＝追加料金》

1 割負担の場合	
① 理学療法士等体制強化加算	30 円／日
② リハビリマネージメント加算(イ)	(イ)6 ヶ月以内 560 円/月 6 ヶ月超 240 円/月
(ロ)	(ロ)6 ヶ月以内 593 円/月 6 ヶ月超 273 円/月
(ハ)	(ハ)6 ヶ月以内 793 円/月 6 ヶ月超 473 円/月
※1	
③サービス提供体制加算(Ⅲ)	6 円／日
④短期集中個別リハビリテーション実施加算 ・退院(所)日又は介護認定日から3ヶ月以内 ※2 ※3	110 円／日
⑤口腔機能向上加算 ※4	150 円／ 回
⑥退院時共同指導加算	600 円／ 回
⑦業務継続計画未実施減算	所定単位の 100 分の 1 に相当する 単位数を減算
⑧高齢者虐待防止未実施減算	所定単位の 100 分の 1 に相当する 単位数を減算

※1: 医

師が利用者またはその家族に説明した場合、上記に加えて 270 単位を算定します。

※2: 退院(所)日又は介護認定日から1ヶ月は概ね週2日以上、個別リハ40分以上／回実施

※3: 退院(所)日又は介護認定日から1～3ヶ月は概ね週2日以上、個別リハ20分以上／回実施

※4: 3ヶ月超えからは週1回、最大 20 分／回の介入となります。

※4: 月に 2 回を上限に算定します。

《その他＝実費料金》

費目		金額	内容
おむつ代 (各1枚)	尿とりパッド	大:140円 小: 86円	※必要な方は、原則として御自身で 用意して下さい。当事業所のもの をご利用いただいた場合には左記内 容で、お支払いいただきます。
	テープ式おむつ	216円	
	リハパン(M)	248円	
教養娯楽費 (1日につき)		実費	作業活動や行事等に於ける材料費

			(任意)
文書料	(1通)	実費	
交通費	野田市内	無料	野田市を越えた地点から1Km未満の場合にも、100円/kmとなります
	野田市外	100円/km	

5. キャンセル

- (1)サービスの利用を中止する際には、7日間以上前にご連絡ください。
- (2)サービスをお休みする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次頁のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。(但し、利用者の容体の急変など、緊急やむ得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)

(3)キャンセル料は、下記のとおりお支払いいただきます。

期 間	キャンセル料
利用日の前日まで	無 料
利用日の当日(8 時 30 分以降)	利用者負担金の100%

6. 請求と支払方法

請 求	当月分を当月末で締め切り、翌月 27 日～29 日の銀行営業日に口座振替または銀行振込みとなります。※1 請求書は毎月 14 日以降に郵送します。	
支 払	<u>口座振替(自動引落し)利用の方</u> :請求額を毎月 27 日～29 日の銀行営業日に指定口座より引落としとなります。 <u>銀行振込み利用の方</u> :請求額を毎月 29 日までの銀行営業日以内に下記振込口座までお振込み下さい。※2	
支払方法	銀行振込み口座	千葉興業銀行 野田支店 普通預金(口座番号) 1114760 医療法人社団真療会 理事長 金本秀之
通帳表記	口座振替(自動引落)	「ノダビヨウイン」と表記されます。
	口座振り込み	「シンリョウカイ」と表記されます。

※1:入金確認が出来なかった場合、翌月に合算して請求となります。

※2:銀行振込みの場合の手数料は利用者負担となります。

注:2ヶ月の利用者負担額滞納となった場合、契約解除となります。

(第 2 条・11 条・14 条・15 条参照)

7. サービス内容等に関する苦情

当事業所	総合リハビリテーションセンター 相 談 窓 口	電 話 04-7129-8155 担当者 保坂 勇太
市 町 村	お住まいの市町村の相談・苦情窓口 野田市の場合 野田市介護保険課 04-7125-2073	
保 健 関 係	ご加入の健康保険の都道府県団体 千葉県にお住まいの国民健康保険加入者の場合 千葉県国民健康保険団体連合会 043-254-7318	

8. 事業者の表示

名 称	医療法人社団 真 療 会
法 人 代 表	理事長 金 本 秀 之
施 設 名	野 田 病 院
施 設 代 表	院 長 金 本 秀 之
所 在 地	千葉県野田市中里1554番地1
電 話 番 号	04-7127-3200

9. 非常災害時の対策

消防法施行規則第 3 条に規定する消防計画・風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第 8 条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行う。

- (1) 防火管理者及び火元責任者には、事業所を管轄する事業者の職員を充てる。
- (2) 非常災害用の設備点検は契約保守業者に委託するものとする。
- (3) 非常災害用設備は、常に有効に保持するよう努めるとともに、法令に定められた基準に適合するように努める。
- (4) 火災、地震及びその他の災害が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、全職員が減災の任務の遂行に当たる。
- (5) 防火管理者は、従業員に対して防火教育、消防訓練を実施する。

① 防火教育及び基本訓練(消火・通報・避難)・・・年2回以上

② 非常災害用設備の使用方法的徹底

その他の災害防止対策についても、必要に応じて対処する体制をとる。

10. 緊急時の対応

(1) 緊急時診療等を求める医療機関(かかりつけ医)

かかりつけ医: _____

病院名: _____

住 所 〒 _____

電話番号 () _____

(2) 緊急連絡先(家族)

氏名: _____

続柄: _____

住 所 〒 _____

電話番号 () _____

(3) 家族または身元引受人等の緊急連絡先

緊急の場合には「利用契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

11. 個人情報の利用目的

当院では、以下の目的で患者様の個人情報を利用させていただきますので、予め御了承下さい。不同意の場合はお申し出下さい。適切に対処させていただきます。

(1) 患者様等への医療の提供に必要な利用目的

① 当院での利用

- 当院で患者様(健診・ドックを含む)に提供する医療
- 医療保険事務
- 患者様に係わる管理運営業務のうち
 - ・ 入退院等の病棟管理
 - ・ 会計・経理
 - ・ 質向上・安全確保・医療事故あるいは未然防止等の分析・報告
 - ・ 患者様への医療サービスの向上

② 他の事業者等への情報提供

- 当院が患者様等に提供する医療のうち

- ・他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス施設事業所等との連携
- ・他の医療機関等からの照会
- ・患者様等の診療に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・検体検査業務の委託・その他の委託
- ・家族等への病状説明
- 医療事務のうち
 - ・保健事務の委託
 - ・審査支払機関又は保険者へのレセプトの提出及び同機関又は保険者からの照会への回答
- 事業者等の委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
- 医師賠償責任保険等に係わる医療に関する専門家又は団体、保険会社等への相談又は届出等

(2) 上記以外の利用目的

① 当院での利用

- 医療機関等の管理運営業務のうち
 - ・医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ・医師・看護師・薬剤師・検査技師・放射線技師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・栄養士・医療事務等の教育・研修及び実習学生への協力
 - ・病例検討・研究及び剖検・臨床病理検討会等の死因検討
 - ・研究、治験及び市販後臨床試験の場合(関係する法令、指針による)
 - ・治験経過及び予後調査、満足度調査や業務改善のためのアンケート調査

② 学会・医学誌等への発表の場合

- 特定の患者・利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化します。匿名化困難な場合は、ご本人のご了解を得ます。

③ 他の事業者等への情報提供を伴う事例

- 当院の管理運営業務のうち
 - ・外部監査機関への情報提供
 - ・当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅支援事業所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答

○外部公的機関

- ・捜査機関・役所への情報提供、開示
