

重要事項説明書〔介護予防通所リハビリテーション〕

当事業者が提供する介護予防通所リハビリテーションの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 社団 明徳会
主たる事業所の所在地	静岡県浜松市浜名区小松1700番地
電話番号	053(586)1115
法人の種別及び名称	医療法人 社団 明徳会
代表者職	理事長
代表者氏名	白井 岳
事業所の名称	介護老人保健施設 エーデルワイス 介護予防通所リハビリテーション
施設の所在地	静岡県浜松市浜名区平口2405番地
介護保険事業者番号	2258380019
指定年月日	平成18年4月1日
交通の便	遠鉄小松駅を下車、シャトルバスにて旧病院前第2駐車場より2分
通常の送迎の実施地域	浜松市浜名区の全域。その他の地域についてはご相談に応じます。

2 施設職員の概要

職 種	資 格	人 数	勤 務 の 態 勢		
管理者	医 師	1 人	常勤	1 人	
理学療法士		2 人	常勤	2人	非常勤 0人
作業療法士		3 人	常勤	3人	非常勤 0人
言語聴覚士		1 人	常勤	1人	非常勤 0人
介護職員		8 人	常勤	8人	非常勤 0人
看護師		2 人	常勤	2人	非常勤 0人

3 介護予防通所リハビリテーション施設の概要

定員	60 人
リハビリ専用室	171.68 m ²
浴室	○一般浴槽
食堂	64.23 m ²
その他の設備	○送迎車 8 台 ○診察室 20.19 m ² ○レクリエーションルーム 12.59 m ²

4 介護予防通所リハビリテーションの運営の方針

介護を必要とする高齢者にリハビリテーション・看護・介護等のサービスを提供し利用者が可能な限り自宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者に対し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の回復を図る事を目的としている。

5 サービスの提供時間

平日（月～金）	9：00～16：30
営業しない日	土、日曜日、祝日、12月30日から1月3日

6 利用料金

- (1) 当事業者の指定通所リハビリテーションの提供に際しあなたが負担する利用料金（介護保険適用分）は、原則として介護保険の給付割合により、1割または2割もしくは3割です（一定以上の所得がある方は、負担割合が2割もしくは3割になります）。ただし、介護保険の給付の範囲を越えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基本料金

要支援1	2,268 単位/月
要支援2	4,228 単位/月

- この他、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（厚生省告示第19号）に規定される食事、入浴を受けた場合は、一定の料金を負担していただきます。
- その他の加算については居宅介護支援事業所で作成されたケアプラン上に必要であるものについては加算されます。
- 介護保険適用分の合計に1000分の47を乗じた単位を介護職員処遇改善加算として加算されます。
- 短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払は受けられません。
- 浜松市は地域区分が「7級地」であるため、上記表の単位数の合計に10,17円を乗じた金額の1割または2割もしくは3割が自己負担額となります。

(2) その他の費用

通常の事業の実施地域以外の地域に居住する場合の送迎に要する費用、食費、おむつ代等、その他日常生活において通常必要とされる費用はあなたの負担となります。

(3) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法は、月締めの翌月払いで、銀行振り込み又は通所の際にお支払いいただきます。

利用料金の支払いを受けたときは、利用者に領収書を発行します。

(4) キャンセル料

あなたのご都合により介護予防通所リハビリテーションをキャンセルした場合には、キャンセル料はいただきませんが、キャンセルする場合は、ご利用日の午前8時30分までに連絡して下さい。

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載(あなたが保険料を滞納しているためサービスの提供を償還払いとする旨の記載)があるときには、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、保険者の窓口へ提出して差額(介護保険適用部分の9割または8割もしくは7割)の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員が介護予防通所リハビリテーションの内容等についてご説明します。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の専門職が共同して介護予防通所リハビリテーション計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- あなたが居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者または地域包括支援センターにご相談ください。

(2) サービスの終了

ア あなた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30日前までに文書で申し出てください。

イ 当事業者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の提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の30日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが介護保険施設に入所した場合。
- ・あなたの要介護度が非該当（自立）と認定された場合。
- ・あなたが亡くなったとき

エ その他

- ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・あなたがサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

8 サービス利用に当たっての留意事項

- 施設内での飲酒・喫煙は全面禁止となっております
- 金品の盗難・紛失には責任を負いかねますので、多額の現金や貴重品は所持しないようお願いします
- 金銭や物品の貸し借り、授受はしないようお願いします
- 飲食物の持ち込みは禁止となっております
- その他

9 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

内 容	: 送迎 機能訓練 入浴 食事 生活相談 その他
-----	---

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

1 0 担当職員

あなたを担当する介護予防通所リハビリテーション従業者は以下のとおりです。

医師	今村 陽子
理学療法士・作業療法士	清水 千咲 他 5名
介護職員	大田 真治 他 7名

- 職員は常に身分証明書を携行しているので、必要な場合は提示をお求めください。
- あなたはいつでも担当の介護予防通所リハビリテーション従業者の変更を申し出ることができます。（これを拒む正当な理由がない限り、事業者は変更の申し出に応じます。）
- 当事業者は、あなたの担当の介護予防通所リハビリテーション従業者が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の介護予防通所リハビリテーション従業者を変更することができます。

1 1 緊急時の対応方法

介護予防通所リハビリテーションの提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

主治医	診療所・病院	
	氏 名	
	電話番号	
緊急連絡先①	氏 名	続柄
	電話番号	
	携帯番号・勤務先等	
緊急連絡先②	氏 名	続柄
	電話番号	

1 2 情報の保存と開示

施設は利用者のサービス提供に関する記録や書類等を整備して、契約終了後5年間保存し、利用者及び身元保証人より請求があった場合、それらの複写物を速やかに交付します。

令和 年 月 日

(事業者)

介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡県浜松市浜名区平口2405番地

名称 介護老人保健施設 エーデルワイス

説明者 _____

この説明書により、介護予防通所リハビリテーションに関する重要事項の説明を受けました。

(利用者)

住所 _____

氏名 _____

(家族)

住所 _____

氏名 _____

個人情報使用同意書

私(利用者及びその家族)は、下記記載の内容で、事業者が個人情報を必要最低限の範囲内で使用、提供することに同意します。

			令和	年	月	日
事業者	住所	浜松市浜名区平口2405番地				
	氏名	介護老人保健施設 エーデルワイス 施設長 今村 陽子				
利用者	住所					
	氏名					
利用者家族	住所					
	氏名				続柄	
使用する目的	<ul style="list-style-type: none">・介護保険サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議に必要となる場合。・介護支援専門員と介護サービス事業者との連絡調整及びサービス事業者間の連絡調整に必要となる場合。・サービス提供困難時の事業者間の連絡、照会等の場合。・利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡の場合。・利用者の心身の状況などを家族に説明する場合。・介護保険事務に関する情報提供の場合。					
利用期間	サービス提供契約期間に準ずる。					
利用条件	個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に係わる目的以外には利用しません。 また、契約期間外においても第三者に漏らしません。					