

重要事項説明書【指定通所リハビリテーション】

(1 時間以上 2 時間未満)

当事業者が提供する指定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 1 7 0 0 番地
電話番号	0 5 3 (5 8 6) 1 1 1 5
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	臼井 岳
事業所の名称	介護老人保健施設 エーデルワイス 指定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 2 4 0 5 番地
介護保険事業者番号	2 2 5 8 3 8 0 0 1 9
指定年月日	平成 1 2 年 4 月 1 日
交通の便	遠鉄浜北駅よりバスにて 5 分 静岡医療科学専門学校 徒歩 2 分
通常の送迎の実施地域	浜名区 その他 (大原、笠井、新都田、積志、豊岡、中郡、西ヶ崎、 半田、東三方、三幸)

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	
医師		1 人	常勤 1 人	非常勤 0 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
支援相談員		3 人	常勤 3 人	非常勤 0 人

3 指定通所リハビリテーション施設の概要

定員	6 0 人 / 日
リハビリ専用室	1 7 1 . 6 8 m ²
浴室	○一般浴槽
食堂	6 4 . 2 3 m ²
その他の設備	○送迎車 8 台 ○診察室 2 0 . 1 9 m ² ○レクリエーションルーム 1 2 . 5 9 m ²

4 サービスの提供時間

平日	9：00～16：00 (この中で1時間以上2時間未満)
土曜日	無し
営業をしない日	日曜日・国民の祝日・12月30日～1月3日

5 指定通所リハビリテーションの運営の方針

リハビリを受けたい利用者様が医療保険から介護保険に移行しても、ニーズに沿ったリハビリを行なうことが可能になり、個別のリハビリを20分以上受けることができます。能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、個別リハビリを行うことにより、利用者の心身の機能の回復を図る目的としております。

6 利用料金

- (1) 当時業者の指定通所リハビリテーションの提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として介護保険負担割合証に記載してある利用者負担の割合です。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（1回分）

	介護老人保健施設 所要時間 1時間以上 2時間未満
要介護1	369単位
要介護2	398単位
要介護3	429単位
要介護4	458単位
要介護5	491単位

○通所リハマネジメント加算（1月分）

イ：6ヵ月以内560単位 6ヵ月超240単位

事業所の医師が利用者説明し、利用者の同意を得た場合：270単位

○サービス提供体制加算Ⅰ 22単位

○理学療法士等体制強化加算 30単位

○短期集中個別リハビリテーションを受けた場合、退院（所）日又は認定日から3月以内は110単位加算されます。

○介護職員等処遇改善加算Ⅰ 所定単位数の86／1000加算

- 基本料金は、所定の単位に 10.17 円を乗じて得た額です。
- 短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症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。

(2) 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。

(3) キャンセル料

あなたのご都合により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 分に連絡して下さい。

(4) 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、各区役所介護保険担当課へ提出して差額（介護保険適用部分の負担割合に応じた額）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指定通所リハビリテーション（1 時間以上 2 時間未満）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、当事業者の医師が通所リハビリテーション計画を作成し、その指示により理学療法士が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

- 体調の確認
- 利用時間の変更
- 設備、器具の利用
- 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。

ご利用日 : _____ 日
内 容 : 機能訓練
 家庭でのリハビリ相談
 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

あなたを担当する指定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

- 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指定通所リハビリテーション従業者の変更を申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、あなたの担当の指定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、担当の指定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

指定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 非常災害対策

非常時の対応	エーデルワイス自衛消防隊組織図による 地域防災無線設置
近隣との協力関係	平口自治会、十全記念病院、静岡医療科学専門学校 浜松市消防署等
平常時の防災訓練等	年2回施行
防災設備	スプリンクラー、屋外・屋内消火栓、消火器、火災報知器
消防計画	消防署への届出：平成11年9月6日 防火管理者：木下 富広 内 容：この計画は、消防法第8条1項に基づき エーデルワイスにおける防火管理業務に ついて必要な事項を定めて、火災、震災 その他の災害の予防及び人命の安全並び に災害の防止を図ることを目的とする。

1 3 苦情処理

あなたは、当事業者の指定通所リハビリテーションの提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口

担当 清水 千咲

電話番号 053-585-1500

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申立てることができます。

市町村	担当窓口	浜名区役所長寿保険課
	電話番号	053-585-1122
国民健康保険団体連合会	担当窓口	介護保険課
	電話番号	054-253-5590

令和 年 月 日

(事業者)

指定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、指定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 _____

(代理人)

住所 _____

氏名 _____