

御殿場石川リハビリセンター重要事項説明書

(指定通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション)

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

開設者の名称	医療法人社団 駿栄会
主たる事務所の所在地	静岡県御殿場市深沢1285番地の2
電話番号	0550-83-2424
代表者職	理事長
代表者氏名	石川悦久

事業所の名称	御殿場石川リハビリセンター
事業所の所在地	静岡県御殿場市深沢1285番地の2
介護保険事業所番号	2211210295
指定年月日	2000年5月1日
交通の便	JR御殿場線御殿場駅下車タクシー15分
通常の事業の実施地域	御殿場市 小山町

2 事業者の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤 務 の 体 制			
管理者	医師	1人	常勤		人	
医師		1人	常勤	1人	非常勤	人
理学療法士・作業療法士		1人	常勤	人	非常勤	1人
介護職員		4人	常勤	4人	非常勤	人
			常勤	人	非常勤	人

3 指定通所リハビリテーション施設の概要

定員	20人(1単位)	
リハビリ専用室	121.05㎡	
浴室	○一般浴槽	30.66㎡
	○特殊浴槽	62.01㎡
その他の設備	送迎車	4台

4 サービスの提供時間

平日	午前 9時20分～午後 3時30分
営業をしない日	日曜日・祝祭日・土曜日 12月29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

その利用者が可能な限りその居宅において、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、理学療法、その他の必要なリハビリテーションを行なうことにより、利用者の心身の機能の維持・回復を図れるよう努めます。

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（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として厚生労働大臣が定める介護報酬の告示上の額とし当該指定通所リハビリテーション費が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬の告示により計算した利用料のうち、各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。ただし、介護保険の給付の範囲を超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。

介護予防通所リハビリテーション費

要支援1 要支援2
2,053単位/月 3,999単位/月

サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

要支援1 要支援2
24単位/月 48単位/月

運動器機能向上加算 225単位/月

通所リハビリテーション費（利用日ごと）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
半日利用	483単位	561単位	638単位	738単位	836単位
一日利用	710単位	844単位	974単位	1129単位	1281単位

入浴介助加算(Ⅰ) 40単位

サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位

- ① 御殿場市は地域区分が「7級地」であるため、単位数に10.17円を乗じた金額が料金となっています。なお、自己負担は、各利用者の負担割合に応じて異なります。詳しくは介護保険負担割合証をご確認ください。
- ② 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。

(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、食材料費、おむつ代、並びに別に掲げる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) 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対し事前に文書で説明した上で、支払に同意する旨の文書に（記名押印）を受けるものとします。

(4) 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については、月ごとの精算とします。翌月にご利用頂いた前月分のサービス利用料金の請求をします。支払方法は、口座自動引落としとなります。

(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、市町村の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分）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

- ① 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 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あなたのお宅に伺い、当事業者の指定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。
- ③ この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の医師等が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。

(2) サービスの終了

- ① 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10日前までに文書で申出てください。
- ② 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14日前までに、文書によりあなたに通知します。

③ 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。

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

④ その他

- (ア) 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。
- (イ) 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：送迎
機能訓練
入浴
食事
その他

- ① 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。
- ② 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。
- ③ サービスの提供に際し、別紙のご利用案内及び注意事項に記載された不適格事項が判明した場合には、当日のサービスの提供を拒む場合があります。

9 担当の職員

- ① 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下さい。
- ② 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。）

③ 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。

1.0 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	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

1.1 非常災害対策

別に定める防災対策規程のとおりです。

平常時の防災訓練等	年間 2回 消火訓練・避難誘導訓練・通報訓練
消防計画	消防署への届出： 11年 12月 1日 防火管理者： 事務部長 加瀬 晃 内 容： 別紙のとおり

1.2 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 医療介護支援課
電話番号 0550-83-2424

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申立てることができます。

市町村	担当窓口	御殿場市長寿福祉課	小山町住民福祉室
	電話番号	0550-82-4134	0550-76-6669
国民健康保険団体 連合会	担当窓口	苦情相談課	
	電話番号	054-253-5590	

年 月 日

(事業所)

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 静岡県御殿場市深沢 1 2 8 5 番地の 2

名 称 御殿場石川リハビリセンター

説明者 _____ 印

(利用者)

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。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印