

通所リハビリテーション上の山 重要事項説明書

(令和7年3月1日現在)

1 通所リハビリテーション事業者の概要

名 称	医療法人社団研真会		
代表者名	理事長 鎮目研吾		
所在地・連絡先	住 所	静岡県下田市柿崎432-1	
	電 話	0558-23-8820	
	FAX	0558-23-8821	

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	医療法人研真会 通所リハビリテーション上の山		
所在地・連絡先	住 所	静岡県下田市柿崎432-1	
	電 話	0558-23-8822	
	FAX	0558-23-8821	
事業所番号	2210210247		
管理者氏名	鎮目研吾		
利用定員	30人		

3 事業所の職員体制

従業員の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数(人)	職務の内容	
		常勤(人)	非常勤(人)			
管理者	1	1		1		
医 師	2	1	1	1		
介護職員	5	4	1	4.0以上		
看護職員	理学療法士 作業療法士	3	1	2	1.0以上	
	看護師					
	准看護師	1	1		1	

(3) 職員の勤務体制

事業者の種類	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 常勤での勤務 (8:30 ~ 17:30)	13:00~14:00
医師	正規の勤務時間帯 常勤での勤務 (8:30 ~ 17:30)	13:00~14:00
介護職員	正規の勤務時間帯 常勤での勤務 (8:30 ~ 17:30)	13:00~14:00
看護職員	正規の勤務時間帯 常勤での勤務 (8:30 ~ 17:30)	13:00~14:00
理学療法士	正規の勤務時間帯 非常勤での勤務 (9:30 ~ 15:30)	13:00~14:00

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	下田市 河津町 南伊豆町 (三坂地区・南崎地区・三浜地区除く)
---------	------------------------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営業日	営業時間
平日	8:30~17:30 (サービス提供時間 9:30~15:45)
営業しない日	土曜日・日曜日・祝日・8/13~8/15・12/30~1/3

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
食事	(食事時間) 12:00 ~ 13:00 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	理学療法、個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。
レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、介護保険負担割合証の利用者負担割合に基づく金額となります。
 ※利用者負担金 1割の場合（ひと月につき）

基本額	介護度	1	715円/日
		2	850円/日
		3	981円/日
		4	1,137円/日
		5	1,290円/日

上記以外に加算することがあるもの ※利用者負担金 1割の場合（ひと月につき）

リハビリテーション提供体制加算		24円/回
リハビリテーションマネジメント加算 イ	開始日から6ヶ月以内	560単位/月
	開始日から6ヶ月超	240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	開始日から6ヶ月以内	593単位/月
	開始日から6ヶ月超	273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 ハ	開始日から6ヶ月以内	793単位/月
	開始日から6ヶ月超	473単位/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算 (退院・退所又は認定日から起算して3ヶ月以内)		110円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I (週2日限度)		240円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 II		1,920円/月
若年性認知症利用者受入加算		60円/日
口腔機能向上加算 I (月2回限度)		150円/回
科学的介護推進体制加算		40円/月
通所リハ送迎減算		-47円/回 (片道)
サービス提供体制強化加算 I		22円/回
通所リハビリテーション 介護職員処遇改善加算 I		対象となるサービス 合計金額の8.6%/月

- 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間でなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、金額が利用者の自己負担金となりますのでご相談ください。
- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払ください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

ア 通常要する時間を超えるサービス

お客様の要望により、通常提供する時間を超えて提供された通所リハビリテーションサービスの費用から通常提供される通所リハビリテーションサービス費用を差し引いたをいただきます。

イ 食事の提供に要する費用

食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。

昼食 : 660円
おやつ : 120円

ウ おむつに要する費用

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

リハビリパンツ : 200円
おむつ : 150円
ケアパット : 80円

エ 教養娯楽費

作業レクリエーションで使用する材料代の実費が必要となります。

材料費 : 130円

オ 事業の実施地域外の送迎費

事業の実施地域外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。

1km : 50円

カ キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日当日朝8時30分までに連絡があった場合	無 料
利用日当日朝8時30分以降に連絡があった場合	昼食代 660円

キ その他の費用

通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに関わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、10日前後に前月の請求をいたしますので、25日までの利用日にお支払いください。※入金確認後、領収証を発行します。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

○当施設のサービスに関する相談や苦情についての相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者	塩澤 真理
	ご利用時間	8:30～17:30
	ご利用方法	TEL 0558-23-8822 苦情箱(受付に設置)

○公的機関の相談窓口

介護保険相談窓口	電話番号
静岡県国民健康保険団体連合会介護保険課	0542-53-5590
下田市役所市民保健課地域包括支援センター	0558-22-2077
河津町保険福祉課介護係	0558-34-1937
南伊豆町福祉介護保険係	0558-62-6233

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を制作した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。当施設内で事故があった場合は、お客様を管轄する市町村への届け出を行います。

7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。
避難訓練	消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。
防災設備	火災報知器 消火器 誘導灯
避難通路	施設内 2方向 2カ所
防災点検	業者による定期点検(年2回)
	職員による巡回点検
消防計画等	下田地区消防組合下田消防署への提出日:平成24年3月13日
	防火管理者: 白井 永人

8 個人情報

サービス利用の際に知り得た情報については、ご利用中、ご利用終了後にかかわらず保護することをお約束いたします。

- 介護保険サービス利用のための市町村及び居宅介護支援事業所への情報提供
- 適切な在宅療養のための各医療機関への療養情報の提供
- 介護保険サービスの質の向上のための学会や研修会での事例発表
(事例発表時には、個人を特定できないように仮名の使用を厳守いたします。)
- LIFE(科学的介護情報システム)による厚生労働省への個人情報を共有
- 上記の理由により、個人情報の開示をおこなう場合は同意をいただいております。

9 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 施設敷地内は禁煙となっています。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動、勧誘活動はご遠慮ください。

10 サービス利用時にご準備いただく物

- 連絡帳（初回ご利用時にお渡しいたします。）
- お薬（お昼に内服される分）
- おむつ及びケアパット（おむつ及びケアパットは必要とされる枚数をご持参ください。不足した際には、当施設の物を使用させていただきます。おむつの使用料金は、当月のご利用料金と共にご請求いたします。）
- ご利用当日と月初めには健康手帳・介護保険証・各種保険証等をご持参ください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 下田市柿崎432-1

事業者(法人)名 医療法人社団研真会

施 設 名 医療法人研真会
(事業所番号) 介護予防通所リハビリテーション上の山
2210210247

説明者 氏 名 塩澤 真理 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

代理人(選任した場合) 住 所

氏 名 印