

管理番号 No. _____

重要事項説明書

(通所リハビリ)

利用者： _____ 様

事業者： デイケアセンター朝里中央

1 当事業所の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	デイケアセンター朝里中央
所在地	小樽市新光1丁目21番5号
サービス種類	通所リハビリ
介護保険指定番号	0172002214号
サービス提供地域	小樽市内

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

月曜日～土曜日	午前8:45～午後5:15（水・土曜日は12:30まで）
定休日	日曜日・12/30～1/3

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	医師（病院長）	1名	名	1名
施設長	柔道整復師	1名	名	1名
機能訓練員	理学療法士、柔道整復師	4名	名	4名
介護職員	訪問介護員2級	5名	名	5名

(4) 当事業所の設備

定員：26名／単位 4単位／日

機能訓練室：1室

送迎車両：2台

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL：0134-51-2771 FAX：0134-51-2777

担当部署：施設長

担 当 者： 熊谷 裕幸

受 付 時 間：午前 8：45 ～ 午後 5：15

※公的機関においても、苦情申し出ができます。

北海道国民健康保険団体連合会 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 011-231-5161

小樽市役所 医療保険部介護保険課 小樽市花園 2 丁目 12 番 1 号 0134-32-4111

3 サービス内容

ご利用者の通所リハビリ計画に沿った、送迎・身体介護・機能訓練・アクティビティー・その他必要なサービス、ご利用者様・ご家族様からのサービスに関するご相談を行います。

4 利用料金

(1) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月 10 日までに当月分の料金を請求いたします。

次回通所日までに、あらかじめ指定した方法でお支払いください。

領収書につきましては、次回請求書に同封いたします。

(2) 利用料金

介護保険適用	単位	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分
要介護 1	369 単位	369 円	738 円	1,107 円
要介護 2	398 単位	398 円	796 円	1,194 円
要介護 3	429 単位	429 円	858 円	1,287 円
要介護 4	458 単位	458 円	916 円	1,374 円
要介護 5	491 単位	491 円	982 円	1,473 円

加算単位

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位×利用回数の 8.3%
通所リハビリ理学療法士等体制強化加算	30 単位×利用回数
科学的介護推進加算	40 単位（1 か月）

減算単位

通所リハ同一建物減算	－ 94 単位×利用回数
通所リハ送迎減算	－ 47 単位／片道につき

(3) キャンセル料金

ご利用日の前営業日の 16 時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日の 16 時までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の 10%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

通所リハビリ計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。なお、居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① ご利用者様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 1 週間前までに、文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の 1 か月前までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

- ・ ご利用者様が介護保険施設に入所した場合

- ・ 介護保険給付でサービスの提供を受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕または要支援と認定された場合

※非該当〔自立〕または要支援と認定された場合は、条件を変更して再度契約をすることができます。

- ・ ご利用者様が亡くなられた場合
- ・ 事業者が事業を廃止した場合

④ 契約解除

- ・ 当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に反した場合・ご利用者様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合は、文書で通知することで、ご利用者様は即座に契約を解約することができます。
- ・ 当事業所が破産した場合は、ご利用者様に文書で通知することで、即座に契約を解約することができます。
- ・ ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを 3 か月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず 10 日以内に支払われない場合は、事業者が文書で通知することで、当事業所におけるサービスの提供を即座に終了させていただく場合があります。
- ・ ご利用者様やご家族様などが、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、事業者が文書で通知することで、当事業所におけるサービスの提供を即座に終了させていただく場合があります。

⑤ その他

- ・ ご利用者様に、病気・怪我などで健康上に問題がある場合は、当事業所におけるサービスのご利用をお断りする場合があります。
- ・ 当事業所における当日の健康チェックにおいて、ご利用者様の診断結果が悪い場合、サービス内容の変更、または、サービスの提供を中止する場合があります。
- ・ 当事業所のサービス利用中に、ご利用者様の体調が悪くなった場合、サービス提供を中止する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。

・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に悪影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。ご利用者様の疾患（感染症）が治癒するまで、当事業所におけるサービスの利用はお断りさせていただきます。

・サービスのご利用時は、多額の金銭・貴重品類は持参しないでください。また、ご利用者様間での金銭の貸し借り・物品の貸し借り・食べ物のやりとりはご遠慮ください。

・当事業所の施設内では、政治活動・宗教活動・物品の販売などの行為は、禁止させていただきます。

6 賠償責任

- 1.事業者は、サービスの提供にともない、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、利用者に対してその損害を賠償します。
- 2.利用者およびその家族が、故意もしくは重大な過失によって、施設・サービス提供の従事者・他の利用者などに損害を与えた場合は、事業者は当該利用者に対し、その損害について賠償請求することがあります。
- 3.連帯保証人は、契約者と連携して本契約から生じる契約者の債務を負担するものとする。
前項の連帯保証人の負担は、金 500,000 円を限度として、ただちに事業者に対し賠償の責任を負うものとします。

7 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主 治 医	病 院 名	医療法人北光会 朝里中央病院
	主治医氏名	
	電 話 番 号	0134－54－6543

8 事故発生時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に事故が発生した場合は、関係各位に連絡するとともに、賠償すべき事故の場合は、当事業所はご利用者様に対して賠償責任を負うものとします。

【 会社の概要 】

社 名 医療法人 北光会

資本金 10,000,000 円

社員数 360 名（非常勤含む）

設 立 昭和 57 年 4 月

所在地 北海道小樽市新光 1 丁目 21 番 5 号

代表者 篠崎 仁史

【事業内容】

通所リハビリ事業

【事業者】

住 所 : 小樽市新光 1 丁目 21 番 5 号

社 名 : 医療法人北光会

理 事 長 : 篠崎 仁史

【事業所】

住 所 : 小樽市新光 1 丁目 21 番 5 号

事業所名 : デイケアセンター朝里中央

(指定番号 0172002214 北海道)

施 設 長 : 熊谷 裕幸