医療法人 白卯会 白井病院

【指定通所リハビリテーション】
【指定介護予防通所リハビリテーション】

重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人 白卯会
- (2) 代表者氏名 理事長 白 井 誠 一
- (3) 法人所在地 大阪府岸和田市大町436番地
- (4) 電話番号 072-445-0307
- (5) 設立年月日 昭和 43年 2月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所リハビリテーション
(平成13年 6月 1日指定)
指定介護予防通所リハビリテーション
(平成18年 4月 1日指定)
- (2) 指定事業者番号 2715600827
- (3) 事業所の名称 医療法人 白卯会 白井病院
- (4) 事業所の所在地 大阪府泉南市新家2776番地
- (5) 電話番号 072-482-2011
- (6) 管理者の氏名 白 井 誠 一
- (7) 事業所の目的 事業者は、介護保険法令に従い、要介護状態又は要支援状態のご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に適切な通所リハビリテーションサービス・介護予防通所リハビリテーションサービスを提供します。
- (8) 当事業所の運営方針 事業所の従事者は、利用者が要介護状態等となった場合においても、心身の状況、病歴を踏まえて、利用者が可能な限り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、作業療法、その他必要なり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維持回復を図ります。また、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

(9) 開設年月日 平成13年 6月

(10) 通常の事業の実施地域 泉南市、泉佐野市、阪南市、田尻町、熊取町、岬町

(11) 営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土曜日 (休業日は、日曜日、12月30日～1月3日)
サービス提供時間	午前 9時30分 ～ 午後 4時00分
受付時間	午前 9時00分 ～ 午後 5時00分

(12) 利用定員 40人 1単位目40人

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所リハビリテーションサービス〔指定介護予防通所リハビリテーションサービス〕を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤
1. 医師 (管理者)	1 名
3. 理学療法士	1 名
4. 作業療法士	1 名
5. 看護職員	2 名
6. 介護職員	実情に応じた適当数

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	勤務時間：午前9時～午後5時 ※原則として1名の医師が勤務します。
2. 理学療法士	勤務時間：午後1時～午後5時（月曜日～土曜日） ※原則として1名の理学療法士が勤務し、リハビリテーション実施計画を作成し、リハビリテーションを行います。
3. 作業療法士	勤務時間：午後1時～午後5時（土曜日） ※原則として1名の作業療法士が勤務し、リハビリテーション実施計画を作成し、リハビリテーションを行います。
4. 看護職員	勤務時間：午前9時～午後5時 ※原則として2名の看護職員が勤務します。
5. 介護職員	勤務時間：午前9時～午後5時 ※原則として職員1名あたり利用者5名のお世話をさせていただきます。

4. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについては、利用料金が介護保険から給付される場合と利用料料金の全額がご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の（利用料のうち各利用者の負担割合に応じて）介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

1. 入浴

・寝たきりの方でも特別入浴（シャワーバス）を使用して入浴ができます。

2. 排泄

・ご契約者の排泄の介助を行います。

3. 機能訓練

・理学療法士等により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

4. 送迎

・ご契約者が安全にご乗車いただけるよう、車イス用の車両もご用意致しております。

・ご自宅～当事業所との送迎は下記の予定にて実施致します。

○ 送迎予定

・ お迎え（ 時 分頃 ・ なし ）

・ お帰り（ 時 分頃 ・ なし ）

・ 送迎サービスなし

※ 送迎時間の変更希望がございましたら、お申し付け下さい。

☆交通状況等により、予定時間と異なる場合がございます。

〈サービス利用料金〉

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費を除いた金額（自己負担）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

☆通所リハビリテーション費・料金表（自己負担額）1割

サービス利用料金	6～7時間	5～6時間	4～5時間	3～4時間	2～3時間
要介護1	828円	726円	652円	579円	460円
要介護2	967円	845円	744円	661円	518円
要介護3	1103円	963円	835円	741円	579円
要介護4	1264円	1103円	953円	844円	638円
要介護5	1422円	1240円	1070円	947円	697円

☆通所リハビリテーション費・料金表（自己負担額）2割

サービス利用料金	6～7時間	5～6時間	4～5時間	3～4時間	2～3時間
要介護1	1656円	1452円	1304円	1158円	920円
要介護2	1934円	1690円	1488円	1322円	1036円
要介護3	2206円	1926円	1670円	1482円	1158円
要介護4	2528円	2206円	1906円	1688円	1276円
要介護5	2844円	2480円	2140円	1894円	1394円

☆通所リハビリテーション費・料金表（自己負担額）3割

サービス利用料金	6～7時間	5～6時間	4～5時間	3～4時間	2～3時間
要介護1	2484円	2178円	1956円	1737円	1380円
要介護2	2901円	2535円	2232円	1983円	1554円
要介護3	3309円	2889円	2505円	2223円	1737円
要介護4	3792円	3309円	2859円	2532円	1961円
要介護5	4266円	3720円	3210円	2841円	2091円

☆サービス体制強化加算（自己負担額）

	利用料金	算定要件
加算Ⅰ	22円	介護福祉士が、介護職員の70%以上配置されている。
加算Ⅱ	18円	勤続年数10年以上介護福祉士25%以上配置されている。
加算Ⅲ	6円	勤続3年以上の職員が30%以上配置されている

・リハビリテーション（自己負担額）

☆リハビリ体制強化加算（自己負担額）

提供時間	6～7時間	5～6時間	4～5時間	3～4時間
	24円	20円	16円	12円

※この他、口腔・栄養スクリーニング加算42円（6ヶ月に1回）

※科学的介護推進体制加算42円（月1回）が加算されます。

※介護職員処遇改善加算Ⅰ：総単位数の8.6%

☆介護予防通所リハビリテーション費・料金表(月定額制)（自己負担額）1割

		体制強化加算Ⅰ	体制強化加算Ⅱ	体制強化加算Ⅲ
要支援1	2434円	91円	75円	25円
要支援2	4550円	182円	149円	50円

☆介護予防通所リハビリテーション費・料金表(月定額制)（自己負担額）2割

		体制強化加算Ⅰ	体制強化加算Ⅱ	体制強化加算Ⅲ
要支援1	4868円	182円	150円	50円
要支援2	9100円	296円	298円	100円

☆介護予防通所リハビリテーション費・料金表(月定額制)（自己負担額）3割

		体制強化加算Ⅰ	体制強化加算Ⅱ	体制強化加算Ⅲ
要支援1	7302円	273円	225円	75円
要支援2	13104円	546円	447円	150円

※この他、口腔・栄養スクリーニング加算42円（月定額）が加算されます。

※介護職員処遇改善加算Ⅰ：総単位数の8.6%

※利用開始日の属する日から12ヶ月を超える長期利用の場合は減算されます。

要支援1・・・120単位/月減算 要支援2・・・240単位/月減算

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

1 日常生活上必要となる諸費用実費（日用品費）

日常生活の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

例えば 食費 1回 470円（内訳 食事費 345円・おやつ代 125円）
おむつ代 1枚150円

2 交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に要する交通費はその実費を負担いただきます。なお、自動車を使用した場合の交通費は、片道につき以下の額を負担いただきます。

(1) 事業所から片道概ね	5 km以上 10 km未満	300円
(2) 事業所から片道概ね	10 km以上 20 km未満	600円
(3) 事業所から片道概ね	20 km以上	1200円

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、利用月の翌月10日までに利用者に届ける請求書により、利用月の翌月末日までに徴収させていただきます。お支払い方法は、現金一括払い又は指定口座からの引き落とし又は銀行振込にてお支払い下さい。

なお、事業者はご契約者からの支払いを受けたときは、利用者あての領収書を発行します。

銀行振込の場合

銀行支店名：三井住友銀行 泉南支店
当座 221608
口座名義：医療法人 白卯会

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条）

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所リハビリテーションサービス〔指定介護予防通所リハビリテーションサービス〕の利用を中止又は変更、

もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

(5) 利用料金の変更（契約書第9条）

利用料等の変更（増額又は減額）については、介護給付費体系の変更があった場合、事業者は当該サービスの利用料金を変更することができるものとします。

利用料金については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、事業者は、ご契約者に対して、変更を行う日の1ヶ月前までに説明したうえで、当該サービスの利用料金を相当な額に変更することができるものとします。

ご契約者は、前項の変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

5. 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

6. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医に連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地	
	電話番号	
家族等	緊急連絡先の家族等	
	住所	
	電話番号	

7. 事故発生時における対応処理について

- (1) 利用者について万が一事故などが発生した場合に対処するため、東京海上火災保険と契約し、事故等が発生した時には利用者・家族・当事業所の責任者及び東京海上火災保険との協議の上対処していきます。

8. 苦情の受付について（契約書第22条参照）

- (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ◎ 苦情受付窓口（担当者） 壹崎 倫子 [職種] 地域包括事業部 部長
- ◎ 受付時間 月・火・水・木・金・土曜日 午前9時～午後5時
- ◎ 受付電話番号 072-482-2011

(2) 行政機関その他苦情受付機関

当事業所以外に、市町村の介護保険課相談苦情窓口、大阪府国民健康保険団体連合会苦情相談窓口に苦情を伝えることができます。

・各市町村介護保険課の所在地・連絡先

* 名称 泉南市長寿社会推進課
所在地 泉南市樽井1-1-1
電話番号 072-483-8253
ファックス番号 072-480-2134
受付時間 AM9:00～PM5:30

* 名称 泉佐野長寿社会推進市課
所在地 泉佐野市市場東1-295-3
電話番号 072-463-1212
ファックス番号 072-462-5417
受付時間 AM9:00～PM5:30

* 名称 田尻町長寿社会推進課
所在地 泉南郡田尻町大字嘉祥寺883-1
電話番号 072-466-8813
ファックス番号 072-466-8841
受付時間 AM9:00～PM5:30

* 名称 阪南市長寿社会推進課
所在地 阪南市尾崎35-1
電話番号 072-471-5678
ファックス番号 072-473-3504
受付時間 AM9:00～PM5:30

* 名称 岬町長寿社会推進課
所在地 泉南郡岬町深日2000-1
電話番号 072-492-2703
ファックス番号 072-492-5814
受付時間 午前9:00～午後5:30

・大阪府国民健康保険団体連合会

所在地 大阪府大阪市中央区常盤町1-3-8
中央大通FNビル内
電話番号 06-6949-5418
ファックス番号 06-6949-5417
受付時間 AM9:00～PM5:00

令和 年 月 日

指定通所リハビリテーションサービス〔指定介護予防通所リハビリテーションサービス〕の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 住所 大阪府泉南市新家2776番地

事業者名 医療法人 白卯会 白井病院

代表者氏名 白 井 誠 一 印

説明者氏名 _____ 印 (職名: _____)

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定通所リハビリテーションサービス〔指定介護予防通所リハビリテーションサービス〕の提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ 印

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 印