

通所リハビリテーション重要事項説明書 《令和7年3月12日現在》

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(指定 第3370114914号)

当事業所はご契約者に対して指定通所リハビリテーションを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 法人（事業者）の概要

- ・法人名 医療法人 経和会
- ・法人所在地 岡山県岡山市北区御津金川983番地
- ・電話番号 086(724)0008
- ・代表者名 理事長 難波 経豊
- ・設立年月日 平成7年2月10日

2. ご利用施設の概要

- ・事業所の種類 指定通所リハビリテーション事業所（平成29年4月1日指定）
- ・事業所の名称 難波医院通所リハビリテーション御津の木
- ・事業所の所在地 岡山県岡山市北区御津金川963番地
- ・電話番号 086(724)9900
- ・管理者名 難波 経豊
- ・開設年月日 平成29年4月1日
- ・利用定員 19名
- ・サービス提供地域 岡山市北区、赤磐市、久米南町、吉備中央町（吉川・加茂川の中学校区）
- ・設備の概要

食堂兼機能訓練室：1室	静養室：1室
-------------	--------

・営業日およびサービス提供時間

月・火・水・金	午前9時30分～午後16時30分
木・土	午前9時30分～午後12時00分
日曜日	定休日

祝祭日・夏季（8月13日～15日）・年末年始（12月29日～1月3日）は休業です。

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。職員配置については、指定基準を遵守しています。

職種	業務内容	職員数	職員内訳
管理者	事業の管理、運営	1名	常勤1名（医師と兼務）
理学療法士	リハビリテーションの指導	2名	常勤2名
介護職員	利用者の介護業務	2名	常勤1名、非常勤1名
看護職員	利用者の看護業務	2名	常勤1名、非常勤1名

4. 当事業所が提供するサービスの特徴

1) 運営方針

事業所の指定通所リハビリテーション事業の従事者は、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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上のリハビリテーションを行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持回復を図るものとします。

2) 提供するサービス

通所リハビリテーション計画に沿って、送迎、食事提供、その他必要な介護サービスを行います。具体的な内容は、お配りする予定表をご覧ください。

5. 当事業所の利用料金（契約書第6条参照）

下記の利用料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金および加算料金の自己負担額、食費、その他の実費負担額をお支払ください。

1) サービス利用料金の自己負担額（1日あたり）

※介護保険の自己負担が1割の場合

サービス提供時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上8時間未満	775円	919円	1,064円	1,236円	1,403円
6時間以上7時間未満	728円	865円	998円	1,157円	1,312円
5時間以上6時間未満	633円	751円	867円	1,004円	1,139円
4時間以上5時間未満	563円	653円	743円	859円	974円
3時間以上4時間未満	495円	575円	654円	756円	857円
2時間以上3時間未満	390円	447円	507円	565円	623円
1時間以上2時間未満	370円	405円	437円	466円	500円

※介護保険の自己負担が2割の場合

サービス提供時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上8時間未満	1,550円	1,837円	2,128円	2,472円	2,805円
6時間以上7時間未満	1,455円	1,729円	1,996円	2,313円	2,624円
5時間以上6時間未満	1,265円	1,501円	1,733円	2,008円	2,278円
4時間以上5時間未満	1,125円	1,306円	1,485円	1,717円	1,947円
3時間以上4時間未満	989円	1,150円	1,308円	1,512円	1,713円
2時間以上3時間未満	779円	893円	1,013円	1,129円	1,245円
1時間以上2時間未満	751円	810円	873円	932円	999円

※介護保険の自己負担が3割の場合

サービス提供時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上8時間未満	2,325円	2,755円	3,192円	3,707円	4,202円
6時間以上7時間未満	2,182円	2,594円	2,903円	3,469円	3,936円
5時間以上6時間未満	1,898円	2,252円	2,660円	3,012円	3,417円
4時間以上5時間未満	1,688円	1,959円	2,228円	2,575円	2,920円
3時間以上4時間未満	1,483円	1,724円	1,962円	2,207円	2,569円
2時間以上3時間未満	1,169円	1,340円	1,520円	1,694円	1,868円
1時間以上2時間未満	1,126円	1,215円	1,309円	1,398円	1,498円

2) 各種加算料金の自己負担額

リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満	4時間以上5時間未満	5時間以上6時間未満	6時間以上7時間未満	7時間以上
介護保険の自己負担が1割の場合	13円/日	17円/日	21円/日	25円/日	29円/日
介護保険の自己負担が2割の場合	25円/日	33円/日	41円/日	49円/日	57円/日
介護保険の自己負担が3割の場合	37円/日	49円/日	61円/日	74円/日	86円/日

リハビリテーションマネジメント加算	6ヶ月以内	7ヶ月以降	医師が利用者またはその家族に説明した場合
介護保険の自己負担が1割の場合	570円/月	244円/月	275円/月
介護保険の自己負担が2割の場合	1,139円/月	488円/月	549円/月
介護保険の自己負担が3割の場合	1,709円/月	732円/月	824円/月

認知症短期集中リハビリテーション実施加算	(I)	(II)
介護保険の自己負担が1割の場合	244円/日	1,953円/月
介護保険の自己負担が2割の場合	488円/日	3,906円/月
介護保険の自己負担が3割の場合	732円/日	5,858円/月

その他	退院時共同指導加算 (退院につき1回)	短期集中個別リハビリテーション実施加算	重度療養管理加算	若年性認知症利用受入加算	入浴介助加算Ⅰ	入浴介助加算Ⅱ	サービス提供体制強化加算Ⅰ
介護保険の自己負担が1割の場合	611円/日	112円/日	102円/日	61円/日	41円/日	61円/日	23円/回
介護保険の自己負担が2割の場合	1,221円/日	224円/日	204円/日	122円/日	82円/日	122円/日	45円/回
介護保険の自己負担が3割の場合	1,831円/日	336円/日	306円/日	183円/日	122円/日	183円/日	67円/回

※介護職員処遇改善加算(Ⅳ)

1ヶ月に利用されたサービス利用料金および加算料金の自己負担の総額 × 5.3%
当該加算は全てのご契約者に加算されます。当該加算は区分支給限度基準額の算定対象外です。

※送迎について

事業所が送迎を行わない場合、片道に付き、介護保険の自己負担が1割の場合は48円、2割の場合は96円、3割の場合は144円を、自己負担額から差し引きます。

3) 食費

昼食費（1食）	750円
---------	------

ご利用日の前々日午後5時までに食事不要の連絡をいただいた場合は、実費はいただきません。（前日が休業日の場合は、直前の営業日にご連絡をお願いいたします）ご利用日当日のご連絡の場合は700円の実費をいただきます。
※ご利用中に体調不良等の理由、ご利用者のご都合により早退される場合は、700円をいただきます。

4) その他の実費

- ・紙パンツ・尿とりパッド等は別紙記載の通り実費費用をいただきます。またレクリエーションに係る材料代等の費用は実費をいただきます。
- ・サービス実施記録等の複写物を請求した場合は、1枚につき実費10円を負担していただきます。

5) 利用料のお支払方法（契約書第6条参照）

お支払い方法は、先月分の請求を毎月15日までに集金袋にてお渡しいたします。毎月25日までに現金でお支払下さい。

- ・事業所は、料金の支払いを受けたときは、ご契約者等に対し領収証を発行します。
- ・ご契約者等が事業所に支払うべきサービス利用料金を正当な理由なく遅延した場合には、事業所は上記方法によらない支払い方法を指定します。

6. 緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について

- ご契約者に容体の変化等があった場合は、医師または歯科医師など医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じるほか、緊急連絡先に速やかに連絡いたします。
- 風邪、病気の場合および、当日の健康チェックの結果体調が不調の場合は、サービス内容の変更またはサービスを中止することがあります。
- 非常災害時の対応については、消防計画や防災計画に基づいて適切に対応します。
- 緊急連絡先
体調の変化、非常災害時、緊急の場合は次に定める緊急連絡先に連絡します。

主治医	主治医氏名	病院・医院	科	先生
	連絡先			
ご家族	氏名（続柄）			()
	連絡先			

7. 契約の終了について（契約書第15条参照）

当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。従って以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、このような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ご契約者が死亡した場合
- 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立または要支援1、要支援2と判定された場合
- やむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- 事業所の重大な毀損により、ご契約者に対する指定通所リハビリテーションの提供が不可能になった場合
- 事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ご契約者から中途解約・契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- 事業所から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください）

1) ご契約者からの中途解約・契約解除の申し出について（契約書第16条、17条参照）

ご契約者は現にサービスを利用している期間を除き、文書で7日前までに通知することにより、中途解約・契約解除を申し出ることができます。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- 介護保険給付対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- 事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める指定通所リハビリテーションを実施しない場合
- 事業所もしくはサービス従事者が第10条に定める守秘義務に違反した場合
- 事業所もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは、傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応をとらない場合

2) 事業所からの申し出による契約解除について（契約書第18条参照）

以下の事項に該当する場合には、事業所からの申し出により契約解除することがあります。

- ご契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、また不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3カ月以上遅延し、催告した後も30日以内に支払われない場合
- ご契約者が、故意または重大な過失により事業所またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ご契約者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または入院、病気等により、3カ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
- ご契約者が指定介護福祉施設等に入所した場合

8. サービス内容に関する苦情と相談

1) 当事業所のご利用相談・苦情担当

苦情受付担当者 主任 伏見 可菜子 電話 086-724-9900
苦情対応担当者 管理者 難波 経豊

2) 当事業所以外では下記の窓口で受け付けております。

- | | |
|---|---|
| ① 岡山県国民健康保険団体連合会
岡山県岡山市北区桑田町17-5
086-223-8811 | ② 岡山市 事業者指導課
岡山市北区大供3丁目1-18KSB会館4階
086-212-1013 |
| ③ 赤磐市 保健福祉部介護保険課
赤磐市下市344
086-955-1116 | ④ 久米南町 保健福祉課
久米郡久米南町下弓削502-1
086-728-4411 |
| ⑤ 吉備中央町 福祉課
加賀郡吉備中央町豊野1-2
0866-54-1313 | |

9. 非常災害対策

- 災害時の対応 ----- 消防計画に基づき、対応いたします。
- 消防設備 ----- 消防関係法令に基づき、消防設備を設置しています。
- 防災訓練 ----- 消防訓練計画を立案し、定期的に実施しています。
- 防災責任者 ----- 統括事業所長 難波 経豊

10. 事故発生時の対応方法

ご契約者に対する指定通所リハビリテーションサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに主治医、ご契約者のご家族（緊急時の連絡先）、担当介護支援専門員、必要に応じて市町村、警察、消防に連絡を行うとともに、記録して保存するなど必要な措置を講じることとします。

11. 虐待の防止

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。

- 虐待防止に関する責任者を選定しています。（責任者：難波 経豊（管理者・院長））
- 成年後見制度の利用を支援します。
- 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

12. 成年後見制度の活用支援

利用者とは適正な契約手続等を行うため、必要に応じ、成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行います。

13. サービス利用に当たっての留意事項

- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。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。
- 施設内は禁煙となります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
- 所持金品は、自己の責任で管理して下さい。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮下さい。

14. 個人情報の取り扱いについて

ご契約者及びその家族に関する個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲で使用させていただきます。

- 使用目的
 - 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業の間で開催されるサービス担当者会議において、ご契約者の状態、ご家族の状況を把握するために必要な場合。
 - 上記①のほか、介護支援専門員又は、介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
 - 現に介護サービスの提供を受けている場合に、ご契約者が体調等を崩し又は、怪我等で病院へ行ったとき医師、看護師等に説明する場合。
- 個人情報を提供する事業所
 - 居宅介護サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
 - 病院又は、診療所（体調を崩し又は、怪我等で診療することとなった場合）
- 使用する期間
サービスの提供を受けている期間
- 使用する条件
 - 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては、関係者以外に洩れることのないよう細心の注意を払う。
 - 個人情報を使用した会議、相手側、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上、指定通所リハビリテーション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。

事業所名	医療法人 経和会
	難波医院通所リハビリテーション御津の木
	理事長 難波 経豊 ㊟
住 所	岡山県岡山市北区御津金川963番地
説明者	職 名
	氏 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の開始に同意しました。
また、通所リハビリテーションサービスの提供を受けることに伴い、私と家族の個人情報の上記取り扱いにも同意いたします。

令和 年 月 日	
ご 契 約 者	㊟
(代 理 者)	㊟ (続柄：)
ご家族代表	㊟ (続柄：)