

(予防) 通所リハビリ重要事項説明書

令和6年6月1日現在

当事業所は利用者に対して指定（予防）通所リハビリを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 名称 医療法人 西和会 西和往診クリニック
- (2) 所在地 奈良県生駒郡斑鳩町小吉田2丁目7-15
- (3) 電話番号 0745-70-0005
- (4) 代表者氏名 尾崎 誠重

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定（予防）通所リハビリ事業所・平成23年10月1日指定
- (2) 事業所の名称 医療法人 西和会 西和往診クリニック デイケアセンター
指定事業所番号 2910501341

- (3) 事業所の所在地 奈良県生駒郡斑鳩町小吉田2丁目7-15
- (4) 電話番号 0745-70-0005
- (5) 管理者 尾崎 誠重

(6) 当事業所の運営方針

- 1) 指定通所リハビリの提供にあたって、要介護状態の利用者に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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

指定介護予防通所リハビリの提供にあたって、要支援状態の利用者に可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行う事により、要支援者の心身機能の回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

- 2) 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するようにその目標を設定し、計画的に行うものとする。
- 3) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- 4) 事業の実施に当たっては利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保険医療サービス及び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。
- 5) 指定通所リハビリ（指定介護予防通所リハビリ）の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行う。

6) 前5項のほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」、
「指定介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス
等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」に定める内容を厳守
し、事業を実施するものとする。

(7) 開設年月 平成23年10月1日

(8) 利用定員 14名/半日

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

斑鳩町、三郷町、平群町、安堵町

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日（土、日、祝、12月30日～1月3日を除く）	
受付時間	月～金曜日	8:30～17:00
サービス提供時間	月～金曜日	8:30～16:30

電話対応は月～金 8:00～17:00となります。（土、日、祝、12月30日～1月3日
を除く。）

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定（予防）通所リハビリ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> 平成27年8月1日現在 ※指定基準を遵守しています。

職 種	人 数	常 勤 換 算	指 定 基 準
管理者	常勤 1名 非常勤 0名	1.0名	1.0名
介護職員	常勤 0名 非常勤 5名	2.5名	2.0名
理学療法士	常勤 1名 非常勤 0名	1.0名	1.0名

※常勤換算：職員それぞれ1週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における
常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

<主な職種の勤務体制と職務内容>

職 種	勤 務 体 制	職 務 内 容
管理者	勤務時間 8:30～ 17:30 ☆原則として 1名の管理者 が勤務します。	1. 従業者の管理及び利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、 その他の管理を一元的に行います。 2. 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指令を行います。

介護職員	勤務時間 8：30～ 17：30 ☆原則として1名の介護職員が勤務します。	1. 通所（予防）リハビリ計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。
理学療法士	勤務時間 8：30～ 17：30 ☆原則として1名の機能訓練員が勤務します。	1. 通所（予防）リハビリ計画に基づき、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、機能訓練を行います。 2. 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリ計画書を作成するとともに利用者等へ説明を行い、同意を得ます。 3. 利用者への通所リハビリ計画書を交付します。 4. 指定（予防）通所リハビリ実施状況の把握及び通所リハビリ計画の変更を行います。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用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

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご利用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、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

1 排泄

- ・必要に応じて利用者の排泄の介助を行います。

2 送迎

- ・必要に応じて利用者の移動の介助を行います。

3 機能訓練、運動機能向上訓練

- ・理学療法士を中心として個々の利用者の心身状況に応じ、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日常生活動作等を通して実施します。

※定期的なサービスの第三者評価の実施状況・・・なし

<サービス利用料金> (契約書第6条参照)

下記の料金表によって利用者の要介護度（要支援1，2）に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は利用者の要介護度（要支援1，2）、サービス利用内容に応じて異なります。）

地域加算により介護報酬に1.017%上乘せとなります。

要介護1～5

サービス提供時間数	3時間以上4時間未満		
	利用料(1日当たり)	負担額(負担額)	
要介護1	4860円	486円	
要介護2	5650円	565円	
要介護3	6430円	643円	
要介護4	7430円	743円	
要介護5	8420円	842円	
リハビリテーションマネジメント加算ロ	5930円/月	593円/月 (6ヶ月以内)	質の高いリハビリを実現する為のリハビリ計画を作成、他職種と連携を行う
	2730円/月	273円/月 (6ヶ月以上)	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	60円/日	6円/日	勤続年数7年以上の職員が100分の25以上の場合算定
科学的介護推進体制加算	400円/月	40円/月	科学的介護情報システムへのデータ提出とフィードバック情報の活用等科学的介護を推進する取り組みを評価
リハビリテーション提供体制加算	120円/日	12円/日	理学療法士等を1名以上配置している場合に算定

要支援1，2

サービス提供時間数	3時間以上4時間未満(月単位)		
要支援1			2268円/月
要支援2			4228円/月
	加算	利用料	負担額
科学的介護推進体制加算	要支援1・2	400円/月	40円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	要支援1	240円/月	24円/月
	要支援2	480円/月	48円/月

☆利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護（要支援1，2）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、利用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、利用者の負担額を変更します。☆上記金額に、地域区分別（7級地）の単価を加えた金額となります。

(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6条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 1枚につき 50円

② 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担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。

リハビリパンツ : 150円

紙おむつ : 100円

尿とりパット : 大 50円 小 30円

日用品教養娯楽費 : 150円 (脳トレ資料、飲み物、おやつ)

☆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、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。又、必要に応じて徴収、ただし選択していただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第6条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、毎月15日までに前月分の請求を致します。請求書は利用明細を添えて20日前後にお渡しします。

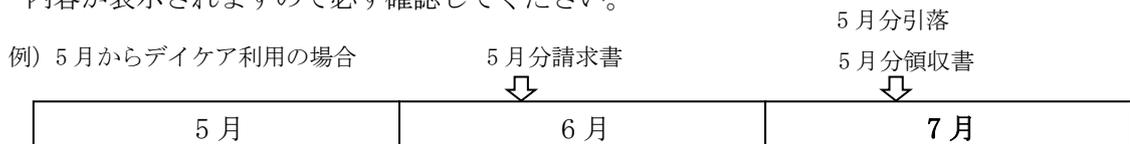
(必ず内容を照合してください。ご不明な点がありましたらお問い合わせください。)

<お支払方法>

○ 預金口座振替によるお支払い (※引落を希望されない場合はご相談ください。)

『預金口座振替依頼』に基づき利用者指定の金融機関の預金口座から自動振替にてお支払いいただきます。利用者が現在取引しているほとんどの金融機関(銀行、信組、信金、農協、郵便局)が可能です。また利用者本人名義の口座でなくても可能です。毎月12日(銀行等休日の場合はその翌営業日)に引き落とされます。引き落としの手数料は弊社が負担します。

領収書は翌月の請求書発送時に同封します。利用者の預金通帳の摘要欄に引き落とし内容が表示されますので必ず確認してください。



(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第7条参照)

○利用予定日の前に、利用者の都合により通所 (予防) 介護リハ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ください。

○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利用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利用者に提示して協議します。

6. 高齢者虐待防止について

当事業者では利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催し、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、従業者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労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。

7. 身体拘束等について

利用者等の生命又は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行ってはならないとし、身体的拘束等行う場合は、緊急やむを得ない理由を記録します。

8. 業務継続計画について

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築する為、計画を策定し、計画に従い必要な措置を講じます。

9. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

医療法人 西和会 西和往診クリニック デイケアセンター 苦情相談係	所在地	: 奈良県生駒郡斑鳩町小吉田2丁目7-15
	電話番号	: 0745-70-0005
	受付時間	: 月～金曜日(土、祝12月30日～1月3日を除く) 8:30～17:00
	担当者	: 多田 千文

※また、苦情受付ボックスを窓口に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

国民健康保険 団体連合会	所在地	: 奈良県橿原市大久保町302番1
	電話番号	: 0744-29-8311
	受付時間	: 9:00～17:00 (月～金)

(3) 行政機関その他苦情受付機関

斑鳩町役場 長寿福祉課	所在地 : 奈良県生駒郡斑鳩町法隆寺西3丁目7-12 電話番号 : 0745-74-1001 受付時間 : 8:30~17:30 (月~金)
----------------	--

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年4月1日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

<重要事項説明書付属文書>

1. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条、第10条参照）

当事業所では、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③利用者へ提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、利用者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④利用者へのサービス提供時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）ただし、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。
また、利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、利用者の同意を得ます。

2. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意（契約書第11条参照）

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) 喫煙

事業所内は全面禁煙です。

3. 損害賠償について（契約書第12条、第13条参照）

当事業所において事業者の責任により利用者へ生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について利用者へ故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

4. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は契約締結の日から利用者の要介護（要支援）認定の有効期間満了日まで

ですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、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、仮に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。(契約書第15条参照)

- ① 利用者が亡くなられた場合
- ② 要介護(要支援)認定により利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ 利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。)

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出(契約書第16条、第17条参照)

契約の有効期間であっても利用者から利用契約を解約することができます。

その場合には契約終了を希望する日の1週間までにお申し出下さい。

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。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 利用者が入院した場合
- ③ 利用者の「居宅サービス計画(ケアプラン)」が変更された場合
- ④ 事業者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通所リハビリを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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
- ⑦ 他の利用者が利用者の身体・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、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出(契約書第18条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① 利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、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
- ② 利用者によるサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合
- ③ 利用者が故意又は重大な過失により事業者又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・信用等を傷つけ、又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

(3) 契約の終了に伴う援助 (契約書第 15 条参照)

契約が終了する場合には、事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

5. 指定 (予防) 通所リハビリ内容の見積りについて

このサービス内容の見積りは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用者の意向に基づき作成したものです。

(1) 提供予定の指定通所リハビリの内容と利用料、利用者負担額 (要介護 1～5)

提供	サービス内容					利用者負担額
時間帯	基本料金	リハビリ提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算Ⅲ	リハビリテーションマネージメント加算 (ロ)	科学的介護推進体制加算	
3～4	/日	12 円/日	6 円/日	/月	40 円/月	円

2) その他の費用

日用品費・教養娯楽費	150 円
事業実施区域外への送迎費用	円

(3) 1 ヶ月当りの支払い額(利用者負担額、その他の費用の合計)の目安

お支払い額の目安	円
----------	---

(1) 提供予定の指定予防通所リハビリの内容と利用料、利用者負担額(要支援 1・2)

提供時間	サービス内容			利用者負担額
	基本料金	科学的介護推進体制加算	サービス提供体制強化加算Ⅲ	
3～4	/月	40 円/月	/月	円

(2) その他の費用

日用品費・教養娯楽費	150 円
事業実施区域外への送迎費用	円

(3) 1 ヶ月当りの支払い額(利用者負担額、その他の費用の合計)の目安

お支払い額の目安	円
----------	---

以上、契約書 (重要事項) の説明を受け、契約を締結致します。この契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業者が署名捺印の上、1 通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

この契約に定める事業所

医療法人西和会 西和往診クリニック デイケアセンター

指定事業所番号：2910501341

所在地：奈良県生駒郡斑鳩町小吉田2丁目7-15

代表者：尾崎 誠重

契約者氏名

<事業者>

事業所名：医療法人 西和会 西和往診クリニック デイケアセンター

指定事業所番号：2910501341

住所：奈良県生駒郡斑鳩町小吉田2丁目7-15

代表者：尾崎 誠重

<利用者>

住所：_____

氏名：_____ 印

<代理人>

住所：_____

氏名：_____ 印