

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

契約書別紙兼（重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 白水会
主たる事務所の所在地	〒509-1106 岐阜県加茂郡白川町坂ノ東5770番地
代表者（職名・氏名）	理事長・野尻 眞
設立年月日	昭和55年4月21日
電話番号	0574-72-2222

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	医療法人 白水会 白川病院 「春夏秋冬」	
サービスの種類	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション	
事業所の所在地	〒509-1106 岐阜県加茂郡白川町坂ノ東5770番地	
電話番号	0574-75-2286	
開所年月日・事業所番号	平成12年4月1日	2111300626
実施単位・利用定員	—	定員60人
通常の事業の実施地域	白川町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

通所リハビリテーション（又は介護予防通所リハビリテーション）は、事業者が設置する事業所（デイケアセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

## 5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで（祝祭日は営業、土・日曜日休み） ただし、年末年始を除きます。
営業時間	午前9時00分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時00分

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤兼務 2人
看護職員	非常勤専従 3人
介護職員	常勤専従 2人・常勤兼務 2人・非常勤専従 7人 ※うち介護福祉士 6人（常勤専従 1・非常勤専従 5）
理学診療要員	常勤専従 2人
管理栄養士	常勤兼務 1人
歯科衛生士	非常勤兼務 2人

## 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。  
サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 野尻 眞
担当職員の氏名	科長 田治見 愛子・主任代行 安江 大地

## 8. 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### （1）通所リハビリテーションの利用料

#### 【基本部分：通所リハビリテーション費】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所リハビリテーション費（通常規模事業所）	
		基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 (基本利用料の1割) ※（注2）参照
6時間以上 7時間未満	要介護1	7,150円	715円
	要介護2	8,500円	850円
	要介護3	9,810円	981円
	要介護4	11,370円	1,137円
	要介護5	12,900円	1,290円

【加算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	算定の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金
入浴介助加算Ⅰ	利用者の入浴介助を行った場合（1回）	400円	40円
入浴介助加算Ⅱ	事業所から専門職が居宅を訪問し、環境を評価・環境整備等の助言を行う。利用者の居宅の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成し、計画に基づいて入浴介助を行う。	600円	60円
リハビリテーション マネジメント加算 イ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハ計画を定期的に評価、必要に応じ見直す。自宅訪問・情報伝達をすること。</li> <li>・事業所の医師が利用者のリハビリ実施のため、事業所の理学診療要員に対し、利用者に対するリハビリ目的・リハビリ開始前又は実施中の留意事項・やむを得ず中止する際の基準・リハビリにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。</li> <li>・医師が当該利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合には、リハビリ計画書の備考欄に、継続が必要な理由、その他の指定居宅サービスへの移行の見通しを記載すること。</li> <li>・リハビリ会議を開催し、利用者の状況を構成員と共有。内容を記録し、理学診療要員が利用者への説明と同意を得る。医師に報告する。</li> </ul>	同意日の属する月から6月以内 5,600円  同意日の属する月から6月超え 2,400円	同意日の属する月から6月以内 1月 560円  同意日の属する月から6月超え 1月 240円
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、リハビリ事業所の医師、または理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行ったあと、初回の通所リハビリを行った場合	6,000円	600円
短期集中個別 リハビリテーション 実施加算	退所日又は認定日から起算して3月以内に個別にリハビリ実施	1,100円	110円
認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算Ⅰ	1週間に2日を限度として個別にリハビリを実施。リハビリマネジメント加算Ⅰを算定していること。退所日又は認定日から起算して3月以内に（1回につき）	2,400円	240円
栄養改善加算	利用者へ食事相談等の栄養改善サービスを行った場合（1回につき。月2回まで）	2,000円	200円
口腔機能向上加算	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能向上サービスを行った場合（1回につき。月2回まで）	1,500円	150円

重度療養管理加算	要介護3、4、5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者を受け入れた場合（1回につき）	100円	10円
送迎減算	利用者に対し送迎を行っていない場合	片道47円の減算	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合（1回につき）	180円	18円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合※（注3）	1月の利用料金（基本部分＋各種加算）の8.3%	左記額に対する各利用負担割合
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	1月の利用料金（基本部分の5%）	

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。その場合は、事前にお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

（注3）当該加算は区分支給限度額の算定基準からは除かれます。

## （2）介護予防通所リハビリテーションの利用料

### 【基本部分：介護予防通所リハビリテーション費】

利用者の要介護度	介護予防通所リハビリテーション費（1月あたり）	
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 （基本利用料の1割）※（注2）参照
要支援1	22,680円	2,268円
	利用期間12月超えると120単位減算	2,148円
要支援2	42,280円	4,228円
	利用期間12月超えると240単位減算	3,988円

【加算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額	
		基本利用料	利用者負担金
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、リハビリ事業所の医師、または理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行ったあと、初回の通所リハビリを行った場合	6,000円	600円
栄養改善加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービス	2,000	200円
口腔機能向上加算	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合（1	1,500円	150円

	回につき。月2回まで)		
一体的サービス提供加算	サービスを受けた日において、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスのうち、いずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けており、算定要件を満たす場合	4,800円	480円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 (1月につき)	要支援1 720円	72円
		要支援2 1,440円	144円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合※(注3)	1月の利用料金(基本部分+各種加算)の 8.3%	左記額に対する各利用負担割合
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	1ヶ月の利用料金(基本部分+延長加算)の5%	

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。その場合は、事前にお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定基準からは除かれます。

### (3) その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間につき1000円の延長料金をいただきます。
食費	食事の提供を受けた場合、1回につき <b>650円の食費</b> をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき60円の実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。

### (4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	不要
利用予定日の当日	利用者負担金の10%の額

## (5) 支払い方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、14日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直前の平日)に、郵便局の口座より引き落とします。 郵便局 口座番号 00860516254
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(休業日の場合は直前の営業日)までに、春夏秋冬受付もしくは病院受付にて現金でお支払いください。

## 9. 緊急時における対応方法

利用者の体調や容体の急変、他に緊急事態が生じたときは、速やかに必要措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称： 主治医氏名：
緊急連絡先	氏名(利用者との続柄) 電話番号

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行い、必要な措置を講じます。

### 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0574-75-2286 相談受付 田治見 愛子・安江 大地 面接場所 白川町坂ノ東5600-1 健遊館ビル1階相談室(月・花)
---------	---

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	白川町保健福祉課	電話番号 0574-72-2317
	岐阜県国民健康保険団体連合会	電話番号 058-275-9820

### 12. サービスの利用にあたっての留意事項は、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者が同時に利用されるため、周りにご迷惑とならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などにより、利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所の担当者又は担当の介護支援専門員へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 岐阜県加茂郡白川町坂ノ東5770番地

事業者（法人）名 医療法人 白水会

代表者職・氏名 理事長・野尻 眞 印

説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名 印

署名代行者（又は法定代理人） 本人との続柄

住所

氏名 印

連帯保証人 住所

氏名 印