

## 「介護予防通所リハビリテーション」重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して「指定介護予防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通り説明します。

### 1、事業所を運営する法人

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 法人名   | 医療法人社団 順養会          |
| 法人所在地 | 宮城県東諸県郡国富町大字本庄 4365 |
| 電話番号  | 0985-75-2115        |
| 代表者名  | 海老原 爲博              |
| 設立年月日 | 平成 15 年 4 月 1 日     |

### 2、事業所の概要

|         |                                                          |
|---------|----------------------------------------------------------|
| 事業所の種類  | 介護予防通所リハビリテーション<br>(但し通所リハビリテーションの指定を併せて受け、一体的に運営しています。) |
| 事業所の名称  | 海老原病院                                                    |
| 事業所の所在地 | 宮城県東諸県郡国富町大字本庄 4365                                      |
| 電話番号    | 0985-75-2115                                             |
| 事業所長名   | 海老原 爲博                                                   |
| 開設年月日   | 平成 18 年 4 月 1 日<br>(但し通所リハビリテーションの指定は平成 15 年 10 月 1 日)   |
| 利用定員    | 通所リハビリテーションと合わせて 20 名                                    |

### 3、事業所の目的

医療法人社団順養会 海老原病院の介護予防通所リハビリテーション事業所は、適切な運営を行うため人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援状態となった場合、本人の有する能力に応じて自立した日常生活が出来るよう心身の状態、環境等に配慮し、介護予防通所リハビリテーションのサービスの提供を通じて自立した日常生活が出来るよう、療養上の生活支援、心身機能の維持回復を目的とします。

### 4、サービス内容

要支援者が施設に通い、心身の機能の回復維持を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なりハビリを行います。

### 5、事業施設地域及び営業時間

- ① 事業の実施地域 :国富町近郊。ただし、相談内容によっては、綾町・宮崎市・西都市まで実施範囲を拡大する。
- ② 送迎実施範囲 :当施設から片道 10km (往復 30 分程度)。ただし、運行状況によっては、これより遠方の方も実施範囲を拡大する。  
(過去実績 : 宮崎市高岡町城ヶ峰・往復 1 時間・同方向利用者と同乗)。

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| 営業日  | 月～金                           |
| 休業日  | 土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始（１２月３０日～１月３日） |
| 営業時間 | ８時３０分～１７時３０分                  |

| 職 種           | 人 数      | 勤務時間       |
|---------------|----------|------------|
| 管理者・医師        | 1 名以上    | 8：30～17：30 |
| 理学療法士または作業療法士 | 1 以上     | 8：30～17：30 |
| 看護職員または介護職員   | 2 名以上    | 8：30～17：30 |
| 言語聴覚士         | 1 名（非常勤） | 8：30～17：30 |

- (1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス
- (2) 利用料金が介護保険から給付とならないサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（所得に応じて9割または8割または7割）が介護保険から給付されます。

※ 以下の料金は1割負担の場合です。2割負担の場合は2倍、3割負担の場合は3倍の料金になります。各自の負担割合は、負担割合証にてご確認ください。

- |   |          |      |                |
|---|----------|------|----------------|
| ※ | 食事提供サービス | 食事時間 | 12:00 から 13:00 |
| ※ | 入浴       |      |                |
| ※ | 排泄       |      |                |
| ※ | 機能訓練     |      |                |

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額を除いた金額（自己負担金）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。）

1割負担の方の料金です。(2割負担の方はこれの2倍、3割負担の方は3倍となります)

|       |        |         |
|-------|--------|---------|
| 要支援 1 | 1 月につき | 2,268 円 |
| 要支援 2 | 1 月につき | 4,228 円 |

|              |        |       |
|--------------|--------|-------|
| ② 若年性認知症受入加算 | 1 月につき | 240 円 |
|--------------|--------|-------|

③ 処遇改善加算Ⅲ 1月につき 所定単位数の8.3%相当額

|                 |      |       |      |
|-----------------|------|-------|------|
| ④・サービス提供体制強化加算Ⅰ | 要支援1 | 1月につき | 88円  |
|                 | 要支援2 | 1月につき | 176円 |

|                |      |       |      |
|----------------|------|-------|------|
| ・サービス提供体制強化加算Ⅱ | 要支援1 | 1月につき | 72円  |
|                | 要支援2 | 1月につき | 144円 |

|                |      |       |     |
|----------------|------|-------|-----|
| ・サービス提供体制強化加算Ⅲ | 要支援1 | 1月につき | 24円 |
|                | 要支援2 | 1月につき | 48円 |

⑤利用開始月から12ヶ月を超える利用の場合、1ヶ月あたり以下の通り減額します。

|              |      |       |
|--------------|------|-------|
| 予防通所リハ12月超減算 | 要支援1 | －120円 |
|              | 要支援2 | －240円 |

(2) 利用料金が介護保険の給付対象とならないサービス

〈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。〉

① 支給限度額を超えたサービス費

② 食費 1回につき 600円

③ オムツ代

|           |    |        |    |        |
|-----------|----|--------|----|--------|
| 紙パンツ      | 1枚 | 132円   |    |        |
| 紙パンツ      | 1袋 | 2,640円 |    |        |
| 尿パット・フラット | 1枚 | 46円    | 1袋 | 1,320円 |

(2) 原則としてオムツ使用の方は、予備を2～3枚持参して下さい。やむを得ず持参されていない場合は、実費を頂きます。

④ 材料費 実費

⑤ 上記①～③の料金に変更が生じる場合には、実際のご利用前に、変更部分の説明を行い、文書による同意をいただきます。

## 8、利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。

①ご利用日に請求書を入れた納入袋をお渡しいたします。ご来院の際、看護職員又は介護職員に納入袋をお渡しください。お支払いは、翌月10日～20日までに、お願い致します。

②口座引落をご希望の場合は口座振替依頼書への記入をお願いします。

## 9、サービスの終了

### ① 利用者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週間前までに担当スタッフまたは介護職員にお申し出ください。

### ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了一ヶ月前までに文書で通知いたします。

### ③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- (1) 利用者の方が、介護保険施設に入所した場合。
- (2) 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の方の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
- (3) 利用者の方がお亡くなりになった場合。
- (4) その他

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、利用者の方及びご家族に対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当所が倒産した場合、利用者の方には文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

利用者の方が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、利用者の方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、利用者の方が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスができない状態であることが明らかになった場合、または利用者の方やご家族などが当所のサービス従業員に対して本契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

### ④ キャンセル

ご利用者の方のご都合でサービスを中止する場合は、ご利用日当日の午前8：30までにご連絡ください。

## 10、サービス内容に関する苦情

- (1) 海老原病院 介護予防通所リハビリテーション ご利用者相談、要望、苦情担当

担当者 川畑 拓也

電話 0985-75-2115 (内線 39)

(2) その他、

市区町村の相談、苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

|                                   |                    |
|-----------------------------------|--------------------|
| 国富町地域包括支援センター<br>(国富町社会福祉協議会内)    | 所在地：国富町大字本庄 6889-2 |
|                                   | 電話：0985-30-6661    |
| 国富町社会福祉協議会                        | 所在地：国富町大字本庄 6889-2 |
|                                   | 電話：0985-75-6267    |
| 国富町役場<br>保健介護課 介護係                | 所在地：国富町大字本庄 4800   |
|                                   | 電話：0985-75-9423    |
| 綾町役場<br>福祉保健課 福祉係                 | 所在地：綾町大字南俣 515     |
|                                   | 電話：0985-77-1114    |
| 宮崎県社会福祉協議会<br>福祉サービス運営適正化委員会      | 所在地：宮崎市原町 2-22     |
|                                   | 電話：0985-60-0822    |
| 宮崎県高齢者総合支援センター                    | 所在地：宮崎市原町 2-22     |
|                                   | 電話：0985-25-1100    |
| 宮崎県消費生活センター                       | 所在地：宮崎市江平西 2-1-20  |
|                                   | 電話：0985-32-7171    |
| 宮崎県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 介護サービス相談係 | 所在地：宮崎市下原町 231-1   |
|                                   | 電話：0985-35-5301    |
| 宮崎市役所<br>福祉部 介護保険課                | 所在地：宮崎市橘通西 1-1-1   |
|                                   | 電話：0985-21-1777    |
| 西都市役所<br>健康管理課 介護保険係              | 所在地：西都市聖陵町 2-1     |
|                                   | 電話：0983-43-3024    |

## 11、緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客さまの主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、居宅サービスを作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

|     |                   |  |
|-----|-------------------|--|
| 主治医 | 病院名<br>及 び<br>所在地 |  |
|     | 氏 名               |  |
|     | 電話番号              |  |

|                  |        |  |
|------------------|--------|--|
| 緊急時連絡先<br>（ご家族等） | 氏名（続柄） |  |
|                  | 住 所    |  |
|                  | 電話番号   |  |

## 12、非常災害時の対策

|            |                               |      |           |     |
|------------|-------------------------------|------|-----------|-----|
| 非常時の対応     | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。        |      |           |     |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり年 2 回避難訓練を行います。 |      |           |     |
|            | 設備名称                          | 個数等  | 設備名称      | 個数等 |
|            | スプリンクラー                       | あり   | 防火扉・シャッター | なし  |
|            | 避難階段                          | なし   | 屋内消火栓     | あり  |
|            | 自動火災報知機                       | あり   | ガス漏れ探知機   | なし  |
|            | 誘導灯                           | 2 箇所 |           |     |

## 13、事故発生時の対応

- （１）当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は、速やかに都道府県・保険者および関係各機関ならびに利用者のご家族または代理人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- （２）事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- （３）通所リハビリテーションサービス利用中の事故のうち、損害を賠償すべき事故である場合には、速やかに損害の賠償をいたします。（当施設は全老健共済会の損害保険に加入しております。）
- （４）利用者の過失による事故が発生した場合は、利用者及びご家族に責任を持って対応していただきます。また、当施設が損害を被った場合は、利用者又は代理人に対してその損害の賠償を請求いたします。

介護予防通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 医療法人社団 順養会 海老原病院  
所在地 宮崎県東諸県郡国富町大字本庄 4365  
名称 介護予防通所リハビリテーション

説明者 氏名 印

私は、本書面により、事業者から介護予防通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、本書面の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名 印

ご家族、成年後見人、代理人

住所

氏名 印