

重要事項説明書

（ 介護予防 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のサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第119条に基づいて、当事業所が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

名 称	和 同 会
所 在 地	山口県宇部市西岐波区岩上229番地の3
法 人 種 別	医 療 法 人
代 表 者 職 名	理事長 高 橋 幹 治

2. ご利用の事業所

名 称	医療法人和同会 宇部西リハビリテーション病院 通所リハビリテーション
所 在 地	山口県宇部市沖ノ旦797番地
管 理 者 の 氏 名	梶 原 浩 司
電 話 ・ F A X 番 号	TEL (0836) 45-1223 (直通) ・ FAX (0836) 45-1224
指 定 事 業 所 番 号	3510214475

3. 事業の目的と運営の方針

事 業 の 目 的	要支援状態にある高齢者に対する適切なリハビリテーションの提供を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図ります。
運 営 の 方 針	<p>① 利用者の皆様の保持しておられる能力に応じて、自立した日常生活をいつまでも続けられるように、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います。</p> <p>② 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス提供者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。</p>

4. 秘密保持

秘 密 保 持	<p>介護予防通所リハビリテーションを提供する上で知り得た利用者及びご家族等に関する個人情報を第三者に漏らしません。</p> <p>サービス提供者会議等において、利用者及びその家族に係る個人情報を、介護支援専門員や他のサービス担当者に提供する場合は、必ず関係者の同意を得ます。</p>
---------	--

5. 職員の職種、人数及び職務体制

従 業 者 の 職 種	員 数	勤 務 形 態	保 有 資 格
管 理 者	1名	常勤兼務・8:30~17:30	医師
医 師	1名	常勤兼務・8:30~17:30	医師
理 学 療 法 士 作 業 療 法 士 言 語 聴 覚 士	2名以上	常勤専従・8:00~17:00 ・8:30~17:30 常勤兼務・8:30~11:30 ・13:30~15:30	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士

看護職員	1名以上	常勤専従・8:30~17:30	看護師・准看護師
その他の職員	1名以上	常勤専従・8:30~17:30	

6. 営業日 *但し、利用者の実情に応じ、下記の営業日及び営業時間を変更することがあります。

営業日	毎週月曜日から金曜日（年末年始を除く）
営業時間	午前8時30分から午後5時30分

7. 通常の事業の実施地域

実施地域	宇部市、山陽小野田市（厚狭以東）
------	------------------

8. 事業の定員

利用定員	月曜日から金曜日	(1時間~2時間) 2単位30名 (1単位15名) ① 9:30~11:00 ② 14:00~15:30
------	----------	--

9. 利用料

(1) 基本利用料（ご利用が法定代理受領サービスの場合、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額といたします。）

区分	基本利用料	
要支援 1	1ヶ月 22,680円	※ 開始から12月超えた場合 - 1,200円
要支援 2	1ヶ月 42,280円	※ 開始から12月超えた場合 - 2,400円

(2) 加算利用料（ご利用が法定代理受領サービスの場合、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額といたします。）

一体的サービス提供加算	1ヶ月	4,800円
退院時共同指導加算	1回	6,000円
サービス提供体制加算 要支援1	1ヶ月	880円
サービス提供体制加算 要支援2	1ヶ月	1,760円
科学的介護推進体制加算	1ヵ月	400円
同一建物に関する減算 要支援1	1ヶ月	-3,760円
同一建物に関する減算 要支援2	1ヶ月	-7,520円
送迎に関する減算	片道	-470円
介護職員等処遇改善加算 (IV)		所定単位数の5.3%加算

(3) その他の費用

<p>特別なサービスの費用</p>	<p>以下の場合、当事業所にて定められた所定の費用を申し受けます。 ①通常の実施地域外に居住する利用者に対して送迎を行った場合。 ②利用者の希望により、通常時間を超えて提供した場合の超過分の費用。 ＊実費相当額をいただきます。 ＊基本利用時間以上ご利用になる場合（お気軽にご相談ください） —延長利用料— 30分毎に 要支援・要介護1. 2 500円 要介護3. 4. 5 700円</p>					
<p>おむつ代</p>	<p>使用するものによって、以下のとおりとなります。（非課税）</p>					
	<p>布</p>	<p>紙パット</p>	<p>紙オムツM</p>	<p>紙オムツL</p>	<p>紙パンツM</p>	<p>紙パンツLL</p>
	<p>40円</p>	<p>40円</p>	<p>170円</p>	<p>200円</p>	<p>175円</p>	<p>195円</p>

10. 苦情など申立先 ＊どのようなことでも申し出てください。迅速、適切丁寧に対応いたします。

<p>当事業所ご利用相談窓口</p>	<p>ご利用時間 毎週月曜日から金曜日の平日（年末年始を除く） ご利用方法 電話（0836）45-1223 当事業所で定められた苦情解決マニュアルにそって適正にすすめていきます。 担当者 通所事業責任者 関本 菊臣</p>
<p>宇部市受付窓口</p>	<p>担当 宇部市役所 健康福祉部 介護保険課 電話 0836-34-8396</p>
<p>山陽小野田市受付窓口</p>	<p>担当 山陽小野田市役所 高齢福祉課 介護保険係 電話 0836-82-1172</p>
<p>国民健康保険団体連合会 受付窓口</p>	<p>担当 介護保険課 苦情相談班 電話 083-995-1010</p>

11. 事故発生時の対応

<p>対応方法</p>	<p>介護予防通所リハビリテーションを実施中に、事故が発生した場合は、速やかにご家族、宇部市、居宅介護支援事業所に連絡を取り、適切に対応いたします。また、関係法例の規定に従い、誠意を持って賠償を行います。</p>
-------------	--

12. 緊急時の対応

<p>対応方法</p>	<p>介護予防通所リハビリテーション担当医に連絡をとり、その指示に従います。又、次の緊急連絡先に連絡します。</p>
-------------	--

	送迎途上において、緊急の事態が発生した場合は、最寄りの医療機関へ応援を要請するか、救急通報をします。
--	--

13. 非常災害対策

非常災害対策	別途作成された宇部西リハビリテーション病院の計画に準じて行います。
--------	-----------------------------------

14. 虐待防止に関する事項

虐待防止	サービス提供中に、当事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、関係市町村等に通報すると共に必要な措置を講じます。
------	---

13. 緊急時の連絡先

ご家族の連絡先	①	氏名..... TEL..... 住所.....
	②	氏名..... TEL..... 住所.....

介護予防通所リハビリテーション事業者 医療法人和同会 宇部西リハビリテーション病院 管理者 梶原 浩 司 印	重要事項説明者 氏名..... 印.....
--	---------------------------

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて上記の重要事項を、事業者から説明を受けたことを確認し、介護予防通所リハビリテーションのサービスの提供開始に同意します。

又、当事業所の担当者が、サービス提供者会議等において、私及び私の家族に係る個人情報を、介護支援専門員や他のサービス担当者へ提供することに同意（します・しません）。

利用者 住所.....

氏名..... 印.....

代理人..... 印.....

利用者の 住所.....
家族など

氏名..... 印.....

(続柄)