

重要事項説明書

社会医療法人 協和会 加納総合病院

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)

当施設が提供する指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーション）サービスの利用にあたり、利用者に対して当事業者が説明すべき事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用料金は次の通りとさせていただきます。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会医療法人 協和会
事業者の所在地	大阪市北区天神橋7丁目5番26号
代表者の氏名	加納 繁照
電話番号	06-6351-5381

2. 事業所（ご利用施設）の概要

事業所の名称	社会医療法人 協和会 加納総合病院
事業所の所在地	大阪市北区天神橋7丁目5番15号
管理者の氏名	久保田 真司
電話番号	06-6351-5381
FAX	06-6351-2667
大阪府指定事業所番号	2714104854
利用定員	1日につき20名
通常の事業実施地域	大阪市北区・都島区（2級地）

3. 事業の目的と運営方針

（1）事業の目的

利用者に対し、利用者が可能な限りその居宅において、その有する身体的・精神的能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにサービスを提供することを目的としています。

（2）運営方針

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、その目標を設定し、計画的に行います。また、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提供に努めます。

4. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（12月30日から1月3日までを除く）
営業時間	午前9時から午後5時

5. 職員の勤務体制

当事業所では、利用者に対しサービス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。

また、職員の配置については指定基準を遵守しています。

(主な職員の配置状況)

職 種	職員数	勤務体制等	職務の内容
管理者（医師）	1 名	常勤（兼任）	従業者の管理、業務実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。
医師	1 名	常勤（兼任）	病状に応じた適切な診療を行い、健康管理上の指導を行う。
理学療法士	1 名	常勤（専任）	病状及び心身の状況に応じて計画を作成し、機能の維持回復を図る。
看護職員	1 名	常勤（専任）	病状及び心身の状況に応じ、必要な看護及び介護を提供する。
介護職員	3 名	常勤（専任）	

6. 提供するサービスの内容

サービス種類	サービス内容
送迎	事業所の自動車での送迎
入浴	居宅サービス計画に基づく入浴
食事	昼食及びおやつの提供
排泄	排泄に係る支援・援助
リハビリテーション	機能訓練及び生活指導
栄養改善サービス	低栄養状態の改善を目的とする食事形態の改善・栄養食事指導等
レクリエーション	利用者に合わせたレクリエーションの援助

7. 利用料金のご案内

(1) 通所リハビリテーションの基本料金（自己負担 1 割の場合）

種 別	1 回（1 日） あたりの料金 （自己負担分）	備 考
要介護 1	7 7 8 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
要介護 2	9 2 5 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
要介護 3	1, 0 6 8 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
要介護 4	1, 2 3 7 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
要介護 5	1, 4 0 4 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
要介護 1	8 2 9 円	7 時間以上 8 時間未満（1 日につき）
要介護 2	9 8 3 円	7 時間以上 8 時間未満（1 日につき）
要介護 3	1, 1 3 8 円	7 時間以上 8 時間未満（1 日につき）
要介護 4	1, 3 2 2 円	7 時間以上 8 時間未満（1 日につき）
要介護 5	1, 5 0 1 円	7 時間以上 8 時間未満（1 日につき）
リハビリテーション提供体制加算	2 7 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
リハビリテーション提供体制加算	3 1 円	7 時間以上（1 日につき）
入浴介助加算（Ⅰ）	4 4 円	1 日につき
入浴介助加算（Ⅱ）	6 6 円	1 日につき

リハビリテーションマネジメント加算 (イ)	(1) 610円	6月以内(1月につき)
	(2) 262円	6月超(1月につき)
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	(1) 646円	6月以内(1月につき)
	(2) 297円	6月超(1月につき)
リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)	(1) 863円	6月以内(1月につき)
	(2) 515円	6月超(1月につき)
事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合 ※リハビリテーションマネジメントに加算	294円	1月につき
短期集中個別リハビリテーション実施加算	120円	退院(所)日又は認定日から3ヶ月以内(1日につき)
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ)	262円	退院(所)日又は通所開始日から3月以内 (1日につき週2回まで)
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ)	2,089円	退院(所)日又は通所開始日の属する 月から3月以内(1月につき)
栄養アセスメント加算	55円	1月につき
栄養改善加算	218円	3月以内に限り1月に2回
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	22円	1回につき(6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	6円	1回につき(6月に1回を限度)
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	164円	3月以内に限り1月に2回
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	(イ) 169円 (ロ) 174円	3月以内に限り1月に2回 3月以内に限り1月に2回
重度療養管理加算	109円	1日につき
中重度者ケア体制加算	22円	1日につき
科学的介護推進体制加算	44円	1月につき
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	24円	1回につき
退院時共同指導加算	653円	退院時1回を限度

*介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 上記により算定した料金の8.6%を加算します。

(2) 通所リハビリテーションの基本料金(自己負担2割の場合)

種 別	1回(1日) あたりの料金 (自己負担分)	備 考
要介護1	1,556円	6時間以上7時間未満(1日につき)
要介護2	1,850円	6時間以上7時間未満(1日につき)
要介護3	2,135円	6時間以上7時間未満(1日につき)
要介護4	2,474円	6時間以上7時間未満(1日につき)
要介護5	2,807円	6時間以上7時間未満(1日につき)
要介護1	1,658円	7時間以上8時間未満(1日につき)
要介護2	1,965円	7時間以上8時間未満(1日につき)
要介護3	2,276円	7時間以上8時間未満(1日につき)
要介護4	2,644円	7時間以上8時間未満(1日につき)
要介護5	3,001円	7時間以上8時間未満(1日につき)

リハビリテーション提供体制加算	5 3 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
リハビリテーション提供体制加算	6 1 円	7 時間以上（1 日につき）
入浴介助加算（Ⅰ）	8 7 円	1 日につき
入浴介助加算（Ⅱ）	1 3 1 円	1 日につき
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	(1) 1, 2 1 9 円	6 月以内（1 月につき）
	(2) 5 2 3 円	6 月超（1 月につき）
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	(1) 1, 2 9 1 円	6 月以内（1 月につき）
	(2) 5 9 4 円	6 月超（1 月につき）
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	(1) 1, 7 2 6 円	6 月以内（1 月につき）
	(2) 1, 0 3 0 円	6 月超（1 月につき）
事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合 ※リハビリテーションマネジメントに加算	5 8 8 円	1 月につき
短期集中個別リハビリテーション実施加算	2 4 0 円	退院(所)日又は認定日から3ヶ月以内（1 日につき）
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	5 2 3 円	退院(所)日又は通所開始日から3月以内 （1 日につき週2回まで）
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	4, 1 7 8 円	退院(所)日又は通所開始日の属する月から 3月以内（1 月につき）
栄養アセスメント加算	1 0 9 円	1 月につき
栄養改善加算	4 3 9 円	3 月以内に限り1 月に2 回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	4 4 円	1 回につき（6 月に1 回を限度）
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1 1 円	1 回につき（6 月に1 回を限度）
口腔機能向上加算（Ⅰ）	3 2 7 円	3 月以内に限り1 月に2 回
口腔機能向上加算（Ⅱ）	(イ) 3 3 8 円	3 月以内に限り1 月に2 回
	(ロ) 3 4 8 円	3 月以内に限り1 月に2 回
重度療養管理加算	2 1 8 円	1 日につき
中重度者ケア体制加算	4 4 円	1 日につき
科学的介護推進体制加算	8 7 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	4 8 円	1 回につき
退院時共同指導加算	1, 3 0 6 円	退院時1 回を限度

＊介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 上記により算定した料金の8. 6%を加算します。

(3) 通所リハビリテーションの基本料金（自己負担3割の場合）

種 別	1 回（1 日） あたりの料金 （自己負担分）	備 考
要介護1	2, 3 3 4 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
要介護2	2, 7 7 5 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
要介護3	3, 2 0 2 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
要介護4	3, 7 1 1 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
要介護5	4, 2 1 1 円	6 時間以上 7 時間未満（1 日につき）
要介護1	2, 4 8 7 円	7 時間以上 8 時間未満（1 日につき）
要介護2	2, 9 4 8 円	7 時間以上 8 時間未満（1 日につき）

要介護 3	3, 4 1 4 円	7 時間以上 8 時間未満 (1 日につき)
要介護 4	3, 9 6 6 円	7 時間以上 8 時間未満 (1 日につき)
要介護 5	4, 5 0 1 円	7 時間以上 8 時間未満 (1 日につき)
リハビリテーション提供体制加算	7 9 円	6 時間以上 7 時間未満 (1 日につき)
リハビリテーション提供体制加算	9 2 円	7 時間以上 (1 日につき)
入浴介助加算 (Ⅰ)	1 3 1 円	1 日につき
入浴介助加算 (Ⅱ)	1 9 6 円	1 日につき
リハビリテーションマネジメント加算 (イ)	(1) 1, 8 2 8 円 (2) 7 8 4 円	6 月以内 (1 月につき) 6 月超 (1 月につき)
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	(1) 1, 9 3 6 円 (2) 8 9 1 円	6 月以内 (1 月につき) 6 月超 (1 月につき)
リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)	(1) 2, 5 8 9 円 (2) 1, 5 4 4 円	6 月以内 (1 月につき) 6 月超 (1 月につき)
事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合 ※リハビリテーションマネジメントに加算	8 8 2 円	1 月につき
短期集中個別リハビリテーション実施加算	3 5 9 円	退院(所)日又は認定日から 3 ヶ月以内 (1 日につき)
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ)	7 8 4 円	退院(所)日又は通所開始日から 3 月以内 (1 日につき 週 2 回まで)
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ)	6, 2 6 7 円	退院(所)日又は通所開始日の属する 月から 3 月以内 (1 月につき)
栄養アセスメント加算	1 6 4 円	1 月につき
栄養改善加算	6 5 3 円	3 月以内に限り 1 月に 2 回
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	6 6 円	1 回につき (6 月に 1 回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	1 7 円	1 回につき (6 月に 1 回を限度)
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	4 9 0 円	3 月以内に限り 1 月に 2 回
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	(イ) 5 0 6 円 (ロ) 5 2 2 円	3 月以内に限り 1 月に 2 回 3 月以内に限り 1 月に 2 回
重度療養管理加算	3 2 7 円	1 日につき
中重度者ケア体制加算	6 6 円	1 日につき
科学的介護推進体制加算	1 3 1 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	7 2 円	1 回につき
退院時共同指導加算	1, 9 5 9 円	退院時 1 回を限度

* 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 上記により算定した料金の 8. 6 %を加算します。

(4) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金 (自己負担 1 割の場合)

種 別	1 月あたりの料金 (自己負担分)	備 考
要支援 1	2, 4 6 8 円	1 月につき
要支援 2	4, 6 0 0 円	1 月につき
栄養アセスメント加算	5 5 円	1 月につき
栄養改善加算	2 1 8 円	1 月につき

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	2 2 円	1 回につき（6 月に 1 回を限度）
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	6 円	1 回につき（6 月に 1 回を限度）
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1 6 4 円	1 月につき
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1 7 4 円	1 月につき
科学的介護推進体制加算	4 4 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	9 6 円	要支援 1
	1 9 2 円	要支援 2

＊介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 上記により算定した料金の 8. 6 %を加算します。

(5) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金（自己負担 2 割の場合）

種 別	1 月あたりの料金 (自己負担分)	備 考
要支援 1	4, 9 3 5 円	1 月につき
要支援 2	9, 2 0 0 円	1 月につき
栄養アセスメント加算	1 0 9 円	1 月につき
栄養改善加算	4 3 6 円	1 月につき
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	4 4 円	1 回につき（6 月に 1 回を限度）
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1 1 円	1 回につき（6 月に 1 回を限度）
口腔機能向上加算（Ⅰ）	3 2 7 円	1 月につき
口腔機能向上加算（Ⅱ）	3 4 8 円	1 月につき
科学的介護推進体制加算	8 7 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1 9 2 円	要支援 1
	3 8 3 円	要支援 2

＊介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 上記により算定した料金の 8. 6 %を加算します。

(6) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金（自己負担 3 割の場合）

種 別	1 月あたりの料金（自己負担分）	備 考
要支援 1	7, 4 0 3 円	1 月につき
要支援 2	1 3, 8 0 0 円	1 月につき
栄養アセスメント加算	1 6 4 円	1 月につき
栄養改善加算	6 5 3 円	1 月につき
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	6 6 円	1 回につき（6 月に 1 回を限度）
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1 7 円	1 回につき（6 月に 1 回を限度）
口腔機能向上加算（Ⅰ）	4 9 0 円	1 月につき
口腔機能向上加算（Ⅱ）	5 2 2 円	1 月につき
科学的介護推進体制加算	1 3 1 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	2 8 8 円	要支援 1
	5 7 5 円	要支援 2

＊介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 上記により算定した料金の 8. 6 %を加算します。

(7) その他の利用料金

種 別	料 金	備 考
食事の提供に要する費用	6 1 0 円	1 日につき（おやつ含む）
日常生活品費	1 2 0 円	1 日につき（石鹸・シャンプー等の費用）
教養娯楽費	1 2 0 円	1 日につき（レクリエーション活動時の材料費等）
おむつ代（紙おむつ）	1 6 0 円	1 枚につき（事業所で用意しているもの）
おむつ代（尿取りパット）	6 0 円	1 枚につき（事業所で用意しているもの）
診断書等の文書料	1, 0 0 0 円	1 通につき
コピーの料金	1 0 円	1 枚につき（サービス実施記録等の複写依頼があった時）

※1 上記以外で、利用者に負担いただくことが適当と認められるものについては、事前に協議の上、同意を得た後に徴収いたします。

※2 上記利用料金について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由があり変更する場合は、変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、変更いたします。

8. 料金の支払時期と支払方法

(1) 請求及び支払時期

基本料金・その他の利用料金は、利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額と利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計金額を利用月ごとに計算し請求いたします。

請求書は、利用月の翌月15日以降に郵送いたします。

その月の末日までにお支払いください。

(2) 支払方法

① 指定口座からの自動振替。お引き落とし日は、毎月26日とします。

② 事務所窓口にてお支払い。

【お取り扱い時間】 ※日祝祭日の対応は不可

月曜日・水曜日・金曜日	9：00～19：00
火曜日・木曜日	9：00～17：00
土曜日	9：00～12：00

9. 利用料・諸費用の滞納について

利用料・その他の費用の支払いについて、支払期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合、契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくこととなります。

10. 身体拘束について

原則として利用者に対し、身体拘束は行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。

11. 秘密保持と個人情報の保護について

サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

また、この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。利用者またはその家族からあらかじめ書面で同意を得ない限り、サービス担当者会議や他の医療機関や介護施設への紹介の際、利用者の個人情報を用いせん。

1 2. 緊急時の対応

利用者の健康状態に急変があった場合は、医師に連絡する等、必要な処置を講ずるとともに、病状の急変を含む緊急時にはご家族の方に速やかに連絡いたします。

1 3. 非常災害時の対策

(1) 非常時の対応

別途定める「社会医療法人協和会 加納総合病院 消防計画」にのっとり対応を行います。

(2) 防災訓練

別途定める「社会医療法人協和会 加納総合病院 消防計画」にのっとり年2回避難・消火その他訓練を行います。

(3) 防災設備

スプリンクラー、消火器、非常階段、自動火災報知器、誘導灯、ガス漏れ報知器、防火扉・シャッター、屋内消火栓、非常通報装置、漏電火災報知設備、自家用発電装置（非常用電源）

※カーテン、布団等は、防災性能のあるものを使用しております。

1 4. 苦情申立て窓口

当事業所のサービスについて、ご不明の点や疑問・苦情がございましたら、当事業所の相談担当者までお気軽にご相談ください。また、当事業所設置の「ご意見箱」での受付もいたしておりますのでご利用ください。

（当事業所ご利用者相談・苦情担当） 担当 中岡 孝太

（その他相談窓口）

【役 所 相 談 窓 口】 大阪市区 介護保険担当 （電話番号） 0 6 - 6 3 1 3 - 9 8 5 9

【大 阪 市 相 談 窓 口】 大阪市介護保険課 （電話番号） 0 6 - 6 2 4 1 - 6 3 1 0

【公的団体相談窓口】 国民健康保険団体連合会 （電話番号） 0 6 - 6 9 4 9 - 5 4 1 8

1 5. 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にはご家族の方に速やかに連絡を行うとともに、市町村に連絡するなど必要な措置を講じます。

1 6. 高齢者虐待防止について

当事業所は利用者の人権の擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。 虐待防止責任者 病院長 久保田真司

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。

(4) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。

(5) 職員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努め、虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に実施し、適切に実施するための担当者を設置しています。

(6) 個別支援計画の作成など、適切な支援の実施に努めます。職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員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。

17. サービスご利用の際の留意事項

①利用者宅の鍵の預かりについて

やむを得ない理由により、利用者宅の鍵を借用する場合があります。事業所は、契約時に借用書を作成し、契約終了時まで鍵を使用・保管します。契約終了時に鍵を返却する時、借用書を返していただきますので、借用書は大切に保管してください。

②家族又は第三者による送迎について

事業所は、家族又は第三者による送迎時の事故等については、一切の責任を負いません。

③利用者の都合によりサービスを中止する場合

事前に連絡帳等に記入されるか、当日の午前9時までにご連絡ください。

④金銭・貴重品及び所持品の管理

原則として、利用者の自己責任の下で管理していただきます。現金をはじめ貴重品等は盗難や紛失等の恐れがありますので、必要なもの以外持ち込まないようにしてください。事業所内での盗難や紛失については、事業所では責任を負いかねます。

⑤迷惑行為等

騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。

⑥宗教活動・政治活動

事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

⑦飲食物の持ち込み禁止

許可なく飲食物等の持込はご遠慮ください。