

契約書別紙(重要事項説明書)

<令和6年6月1日現在>

サービス提供にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は次の通りです。
下記文章における「通所リハビリテーション」には、「介護予防通所リハビリテーション」が含まれています。それぞれ説明が必要な部分については、別に記載しております。

(1)事業者

事業者名称	社会福祉法人 桑の実会
所在地	〒359-1106 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2835-2
代表者	理事長 濱野 賢一
設立年月日	昭和51年6月21日
電話番号	04-2921-1160
ホームページ	https://kuwanomikai.jp

ご利用事業所	くわのみ本郷クリニック 通所リハビリテーション
所在地	〒359-0022 埼玉県所沢市本郷268-1
管理責任者	医師 木津 隆元
電話番号	04-2946-8098 (FAX 04-2946-8099)
事業所番号	埼玉県 1172505774号 (平成22年4月1日指定)
利用定員	定員45人
通常の事業の実施地域	所沢市 清瀬市 三芳町 新座市 東村山市 (直行15分圏内)

(2)事業の目的

介護保険法令の趣旨に従って、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、理学療法士、作業療法士、その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図ることができるよう、通所リハビリテーション計画(介護予防通所リハビリテーション計画)に沿って、通所リハビリテーションサービス(介護予防通所リハビリテーションサービス)を提供する事を目的とします。

(3) サービス内容

通所リハビリテーション計画(介護予防通所リハビリテーション計画)に沿って、送迎・食事の提供・入浴介助・機能訓練・その他必要な介護・リハビリテーションを行います。

※サービスの特徴等は、別の資料またはホームページをご覧ください。

(4) 営業日時

営業日	月曜日～土曜日(祝日営業)
休業日	日曜日 年末年始(12/30～1/3)
営業時間	8:30 ～ 17:30
利用時間目安	9:30 ～ 16:00

(5) 利用料金

利用料は介護保険法で定められた計算法により算出され、一月ごとの利用料として事業所より請求されます。(負担料金は表のとおりです。)

利用者自己負担金は、その所得に応じて負担割合が定められており、介護保険負担割合証により確認されます。(1～3割負担)

- ・ 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。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行致します。サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。
- ・ 利用料金は要介護状態区分(要介護度)によって定められています。
- ・ 要介護状態区分が変更された場合は、変更された要介護度(要支援)ごとの利用料に切り替わります。
- ・ 自己負担額計算方法

$$\left[\begin{array}{l} \text{「利用総単位数」} + \text{「介護職員処遇改善加算(I) (総単位数} \times 8.6\%) \text{」} \\ \times \text{「地域区分 6 級地(1 単位 10 円 33 銭)」} \times 1 \text{ 割又は } 2 \text{ 割又は } 3 \text{ 割} \end{array} \right]$$

- ・ 実際の請求額は端数処理のため 10 円未満の誤差が出る場合があります。
- ・ 下表の「自己負担額」の表記は、各々の単位数×地域区分 6 級地(10.33 円)の 1 割及び 2 割及び 3 割の金額を表記しています。

① 通所リハビリテーション【大規模型通所リハビリテーション費】

利用時間	要介護度	単位数 (1回)	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
1時間以上 2時間未満	1	357 単位	¥368	¥737	¥1,106
	2	388 単位	¥400	¥801	¥1,202
	3	415 単位	¥428	¥857	¥1,286
	4	445 単位	¥459	¥919	¥1,379
	5	475 単位	¥490	¥981	¥1,472
2時間以上 3時間未満	1	372 単位	¥384	¥768	¥1,152
	2	427 単位	¥441	¥882	¥1,323
	3	482 単位	¥497	¥995	¥1,493
	4	536 単位	¥553	¥1,107	¥1,661
	5	591 単位	¥610	¥1,221	¥1,831
3時間以上 4時間未満	1	470 単位	¥485	¥971	¥1,456
	2	547 単位	¥565	¥1,130	¥1,695
	3	623 単位	¥643	¥1,287	¥1,930
	4	719 単位	¥742	¥1,485	¥2,228
	5	816 単位	¥842	¥1,685	¥2,528
4時間以上 5時間未満	1	525 単位	¥542	¥1,084	¥1,626
	2	611 単位	¥631	¥1,262	¥1,893
	3	696 単位	¥718	¥1,437	¥2,156
	4	805 単位	¥831	¥1,663	¥2,494
	5	912 単位	¥942	¥1,884	¥2,826
5時間以上 6時間未満	1	584 単位	¥603	¥1,206	¥1,809
	2	692 単位	¥714	¥1,429	¥2,144
	3	800 単位	¥826	¥1,652	¥2,479
	4	929 単位	¥959	¥1,919	¥2,878
	5	1,053 単位	¥1,087	¥2,175	¥3,263
6時間以上 7時間未満	1	675 単位	¥697	¥1,394	¥2,091
	2	802 単位	¥828	¥1,656	¥2,485
	3	926 単位	¥956	¥1,913	¥2,869
	4	1,077 単位	¥1,112	¥2,225	¥3,337
	5	1,224 単位	¥1,264	¥2,528	¥3,793
7時間以上 8時間未満	1	714 単位	¥737	¥1,475	¥2,212
	2	847 単位	¥874	¥1,749	¥2,624
	3	983 単位	¥1,015	¥2,030	¥3,046
	4	1,140 単位	¥1,177	¥2,355	¥3,532
	5	1,300 単位	¥1,342	¥2,685	¥4,028

【加算】 下記加算の対象の方には別途ご説明致します

	加算の種類	単位数	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
①	入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/回	¥41	¥82	¥123
②	入浴介助加算（Ⅱ）	60 単位/回	¥61	¥123	¥185
③	リハビリテーション マネジメント加算 イ <u>6月以内</u>	560 単位/月	¥578	¥1,156	¥1,735
④	リハビリテーション マネジメント加算 イ <u>6月以降</u>	240 単位/月	¥247	¥495	¥743
⑤	リハビリテーション マネジメント加算 ロ <u>6月以内</u>	593 単位/月	¥612	¥1,225	¥1,837
⑥	リハビリテーション マネジメント加算 ロ <u>6月以降</u>	273 単位/月	¥282	¥564	¥846
⑦	リハビリテーション マネジメント加算 ハ <u>6月以内</u>	793 単位/月	¥819	¥1,638	¥2,457
⑧	リハビリテーション マネジメント加算 ハ <u>6月以降</u>	473 単位/月	¥488	¥977	¥1,465
⑨	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	上記に加えて 270 単位/月	¥278	¥557	¥836
⑩	退院時共同指導加算	600 単位/回	¥619	¥1,239	¥1,859
⑪	栄養アセスメント加算	50 単位/月	¥51	¥103	¥154
⑫	科学的介護推進体制加算	40 単位/月	¥41	¥82	¥123
⑬	短期集中リハビリテーション実施加算	110 単位/回	¥113	¥227	¥340
⑭	リハビリテーション提供体制加算 6時間以上7時間未満	24 単位/回	¥24	¥49	¥74
⑮	リハビリテーション提供体制加算 3時間以上4時間未満	12 単位/回	¥12	¥24	¥37
⑯	リハビリテーション提供体制加算 4時間以上5時間未満	16 単位/回	¥16	¥33	¥49
⑰	リハビリテーション提供体制加算 5時間以上6時間未満	20 単位/回	¥20	¥41	¥61
⑱	リハビリテーション提供体制加算 7時間以上	28 単位/回	¥28	¥57	¥86
⑲	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位/回	¥22	¥45	¥68
⑳	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位/回	¥18	¥37	¥55
㉑	重度療養管理加算	100 単位/回	¥103	¥206	¥309
㉒	中重度者ケア体制加算	20 単位/回	¥20	¥41	¥61
㉓	送迎減算	-47 単位/片道	¥-49	¥-98	¥-146
㉔	感染症又は災害の発生を理由とする対応	通所リハビリテーション費×3%又は規模区分の変更			
㉕	介護職員処遇改善加算Ⅰ	利用総単位数×8.6%			

※①～②、③～⑩、⑱～⑲は、要件に応じて一つのみの加算となります。

※⑬～⑰は、利用時間に応じて一つのみの加算となります。

② 介護予防通所リハビリテーション

要介護度	単位数	自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1	2268 単位/月	¥2,342	¥4,685	¥7,028
要支援 2	4228 単位/月	¥4,367	¥8,735	¥13,102

【加算】 下記加算の対象の方には別途ご説明いたします

	加算の種類	単位数	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
①	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援 1	88 単位/月	¥90	¥181	¥272
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援 2	176 単位/月	¥181	¥363	¥545
②	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援 1	72 単位/月	¥74	¥148	¥223
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援 2	144 単位/月	¥148	¥297	¥446
③	介護職員処遇改善加算 I	利用総単位数×8.6%			
④	退院時共同指導加算	600 単位/回	¥619	¥1,239	¥1,859
⑤	栄養アセスメント加算	50 単位/月	¥51	¥103	¥154
⑥	科学的介護推進体制加算	40 単位/月	¥41	¥82	¥123

※②～③は、要件に応じて一つのみでの加算となります。

⑦	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた機関に介護予防通所リハビリテーションを行った場合	要支援 1 (-120 単位/月)	¥-123	¥-247	¥-371
		要支援 2 (-240 単位/月)	¥-247	¥-495	¥-743

③ その他共通の費用

	費用
食費	食事に関する費用(材料費・人件費・光熱費ほか) ¥750/1食
その他	上記以外で日常活動や外出リハビリ等においても必要とされる経費であり、利用者の負担が適当と認められるもの 実費

④ キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。(連絡先 電話 04-2946-8098)

利用予定日前日(前営業日)の 17:00 までの連絡	無料
利用予定日当日の 8:30 までの連絡	基本料金の 10%
利用当日の 8:30 以降の連絡、または連絡なし	基本料金の全額+③の費用

※基本料金とは①の【加算】なしの料金となります。②該当の場合は予定されているご利用が、キャンセル料発生事項により該当月に一度もご利用が無い場合に発生します。

※キャンセル料は内税です。

⑤ 支払方法

上記のご利用料(自己負担額)は、ひと月ごとにまとめて請求いたします。請求書はサービスを利用した翌月の15日頃にお渡ししますので、下記の方法でお支払い下さい。なお、ご利用料の受領に関わる領収書等につきましては、翌月の請求書を合わせてお渡しします。

お支払方法	
口座引き落とし	指定の用紙によりお申し込み下さい。 サービスを利用した翌月の28日(祝休日の場合は直前の平日)にご指定の口座より引き落としいたしますので、ご準備下さい。
銀行振り込み	サービスを利用した翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記口座にお振り込みください。 <div style="text-align: center;"> 銀行 : 飯能信用金庫 狭山ヶ丘支店 口座 : 普通 2045767 口座名義: 社会福祉法人 桑の実会 理事長 濱野賢一 </div>
現金払い	サービスを利用した翌月の末日までに、現金でお支払い下さい。

(6)同センター職員体制

職務	職務内容等	常勤	非常勤	計
管理医師	医療・健康管理及びサービス全般	1名		1名
管理責任者	サービス全般の管理	1名		1名
リハビリ専門職	リハビリテーション・機能回復訓練等	2名		2名
事務職員	一般事務・料金請求等	1名		1名
看護師	医療・健康管理業務	2名		2名
介護職員	介護福祉士	4名	4名	8名
	介護職員初任者研修相当		3名	3名
その他の職員	介護・送迎運転手等		2名	2名

(7)サービス提供の担当者

担当職員	金山稔光
管理責任者	医師 木津隆元

(8)事故発生時の対応

- ① 利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員等に連絡を行うとともに必要な策を講じます。
- ② 前項の事故の状況、及び事故に際して取った処置を記録します。
- ③ 利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

(9)虐待防止に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施します。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- ⑤ 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)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、これを市町村に通報するものとします。

(10) 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

- ① 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容の変更または中止を行うことがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ 利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

利用者本人の連絡先	自宅電話	-	-
利用者本人氏名	携帯電話	-	-
	メール(任意) はっきりと記入を	@	

① 緊急連絡先		自宅電話	-	-
ふりがな 氏名	続柄	携帯電話	-	-
		メール(任意) はっきりと記入を	@	
勤務先社名(任意)		電話番号	-	-

② 緊急連絡先		自宅電話	-	-
ふりがな 氏名	続柄	携帯電話	-	-
		メール(任意) はっきりと記入を	@	
勤務先社名(任意)		電話番号	-	-

かかりつけ医療機関(主治医)	
病院	(科)
医師	
電話	- -

居宅介護支援事業所(地域包括センター)	
事業所	
担当者	
電話	- -

(11) サービス利用方法

① サービスの利用開始

当施設職員がお伺いし、通所リハビリ計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。居宅介護サービス計画の作成を依頼している場合は、事前にその介護支援専門員とご相談下さい。

② サービス利用計画の終了

- ・ 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合
⇒ サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。
- ・ 当施設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 30 日前までに文書で通知いたします。
- ・ 自動終了
⇒ 以下の場合、双方の通知が無くても、自動的に契約を終了いたします。
 - ※ 利用者が介護保険施設に入所した場合 …… 入所日の翌日
 - ※ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合 …… 非該当となった日
 - ※ 利用者がお亡くなりになった場合 …… 死亡日の翌日

③ その他

- ・ 当施設が正当な理由無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、または当施設が破産した場合、利用者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。
- ・ 利用者がサービス利用料金の支払いを 30 日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15 日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が、入院または病気等により、3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背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ことがあります。

(12) 個人情報の利用目的

当事業所では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下の通り定めます。

① 介護・医療提供

- ・ 当事業所での介護・医療サービスの提供
- ・ 他の介護(保険)施設、病院、診療所、薬局、介護保険サービス事業者等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
- ・ 他の介護(保険)施設、医療機関等の照会の回答
- ・ 利用者様の診療の為、外部の医師の意見・助言を求める場合
- ・ ご家族等への心身の状況説明
- ・ その他、利用者様の介護・医療提供に関する利用

② 介護保険費用請求のための事務

- ・ 当事業所での介護・医療・労災保険・公費負担に関する事務及びその委託
- ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ・ 公費負担に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ・ その他、介護・医療・労災保険、及び公費負担に関する介護保険請求のための利用
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社への相談又は届出等
- ・ 情報システム運用・守秘義務の委託あるいはASPサービスの利用

③ 当事業所の管理運営業務

- ・ 会計・経理
- ・ 介護・医療事故等の報告
- ・ 利用者様の介護・医療サービスの向上
- ・ 利用者様の作成した作品の写真、名前等の施設内における掲示
- ・ 定期発行のデイ便りにおける、写真、名前等の記載
- ・ 法人ホームページ内、スタッフブログへの写真等の掲載
- ・ その他、当事業所の管理運営業務に関する利用

④ その他

- ・ 企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等への結果の通知
- ・ 介護・医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・ 当事業所内において行われる介護・医療実習への協力
- ・ 介護の質の向上を目的とした当事業所内外の学会等での研究発表
- ・ 外部監督機関への情報提供

⑤介護関係事業者の義務

- ・ サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ・ 居宅介護支援事業所との連携
- ・ 利用者様が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市長村への通知
- ・ 利用者様に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ・ 生命・身体の保護の為必要な場合(災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等)

(13)相談・要望・苦情等の窓口

① 当施設に関する相談・要望・苦情等は下記窓口までお申し出下さい。

	担当者	電話番号
苦情相談等サービス窓口	大倉 寛明	04-2946-8098

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事が出来ます。

苦情等受付機関	電話番号
法人第三者委員	杉本孝一郎 04-2923-8086
	小林ゆきゑ 04-2928-6442
所沢市 福祉部 介護保険課	04-2998-9420
新座市 介護保険課	048-424-9609 (代表)
三芳町役場 福祉課	049-258-0019 (代表)
清瀬市 高齢支援課	042-492-5111
東村山市 高齢介護課	042-393-5111 (代表)
東京都国民健康保険団体連合会	03-6238-0011
埼玉県国民健康保険団体連合会	048-824-2568

※お住いの地域包括支援センターでも受付できます。

【契約書別紙(兼重要事項説明書) 署名同意欄】

令和 年 月 日

(事業者)

私は、通所リハビリテーション及び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事項を説明いたしました。

所在地 埼玉県所沢市本郷 268-1
事業所名 社会福祉法人桑の実会
くわのみ本郷クリニック通所リハビリテーション

代表者名 理事長 濱野 賢一 印

説明者 _____ 印

(利用者)

私は、契約書及び本書面により、事業者から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同意いたします。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。

住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 私は本人の意思を確認の上、本人に代わり上記署名を行いました。

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____) 印

(家族代表)

私は、契約書及び本書面により、事業者から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同意いたします。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。

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____) 印