

【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】

重要事項説明書

公益財団法人白浜医療福祉財団

白浜はまゆう病院

通所リハビリテーションセンター

当院では、契約者に対して、通所（介護予防通所）リハビリテーションサービスを提供します。設備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. 事業所の概要

法人名： 公益財団法人白浜医療福祉財団 白浜はまゆう病院
法人所在地： 和歌山県西牟婁郡白浜町1447番地
法人種別： 公益財団法人
介護保険事業者番号： 第3012410589号
代表者氏名： 理事長 松尾 晃次
電話番号： 0739（43）6200

2. ご利用施設

施設の種類： 通所リハビリテーション事業所
施設の目的： 通所（介護予防通所）リハビリテーションサービス提供
施設の所在地： 和歌山県西牟婁郡白浜町1447番地
施設の名称： 白浜はまゆう病院 通所リハビリテーションセンター
管理者の氏名： 病院長 木村 泰典
電話番号： 0739（43）6200
0739（43）8190（通所リハセンター直通番号）
FAX番号： 0739（43）8189
開設年月日： 2016年4月1日
利用定員： 35人

3. 施設の目的と運営の方針

〔目的〕

公益財団法人白浜医療福祉財団白浜はまゆう病院が開設する通所リハビリテーション事業所の適正な運営を行うために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が、要支援状態又は要介護状態にある利用者に対し、適正な通所（介護予防通所）リハビリテーションサービスを提供することを目的とします。

〔方針〕

通所（介護予防通所）リハビリテーションは、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、作業療法、言語療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとします。

事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業所その他保健医療サービス、又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合

的なサービスの提供に努めます。利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了承を得ることとします。

4. 通常の実施地域

実施地域 白浜町、旧田辺市、上富田町

5. 営業日及び営業時間

営業日 毎週月曜日から金曜日（12月29日から1月3日を除く）

営業時間 午前8時30分から午後5時30分

提供時間 午前9時から午後4時30分

6. 利用料金

(1) 通所(介護予防通所)リハビリテーションを提供した場合の基本利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとする。詳しくは、【重要事項説明書 利用料について】にて説明します。

(2) 前項のほか、介護保険給付外サービスの支払いは、利用者から徴収します。

(3) 支払い方法は、月ごとの精算とし、翌月15日までに前月分の請求をいたしますので、翌月末までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。お支払いの方法は、現金集金、金融機関口座自動引き落としの中から選べます。また、後日支払い方法の変更も可能です。※口座自動引き落としの場合は、翌月25日に引き落とし致します。ただし、取引金融機関が休業日の場合は、翌営業日に引き落とし致します。

7. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかにご連絡ください。

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日午後5時までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。（但し、利用者の容体の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）

(3) キャンセル料は、下記のとおりお支払いいただきます。

① 利用日の前日午後5時までの場合 無料

② 利用当日の場合 昼食代（500円＋消費税）

8. 設備の概要

当施設には、以下の設備があります。

| 設備の種類 | 室数 | 備考 |
|-------|----|-----------------------|
| 食堂 | 1室 | |
| 機能訓練室 | 1室 | 【主な設置器具】 平行棒、車椅子 等 |
| 浴室 | 1室 | 一般浴室 |
| 事務室 | 1室 | |

9. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して通所（介護予防通所）リハビリテーション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。（職員の配置状況については、指定基準を厳守しています。）

| 職種 | 職員数 | 常勤換算 | 指定基準 |
|----------------|-----|------|------|
| 介護職員 | 6 | 5.5 | 2.0 |
| 看護職員 | 2 | 2.0 | 1.0 |
| 理学療法士 作業療法士 | 3 | 3.0 | 1.0 |

※ 常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務時間総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

（主な職種の勤務体制）

| 職種 | 勤務体制 |
|----------------|-----------------------------------------|
| 介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 日中 8：30 ～ 17：30 2名 |
| 看護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 日中 8：30 ～ 17：30 1名 |
| 理学療法士 作業療法士 | 標準的な時間帯における最低配置人員 日中 8：30 ～ 17：30 1名 |

10. 当施設が提供する介護保険の給付対象となるサービスの概要
以下のサービスについては、介護保険の給付対象となります。

① 送迎

専用自動車等でご契約者の自宅まで送迎します。

② 健康チェック

体温、血圧、脈拍等、ご契約者の健康状態に留意します。

③ 入浴

一般浴槽にて、状態に応じて入浴を介助します。

④ 介護

居宅サービス計画に沿って下記の介護を行います。入浴、食事、排泄、着替え等の介助、おむつ交換、体位交換、施設内外の移動の付添い等

⑤ 日常動作訓練（個別・集団）

心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、またはその減退を防止するための機能訓練として日常動作訓練を行っていただきます。

⑥ その他自立への支援

清潔で快適な生活が送れるよう適切な環境の整備に努めます。

⑧ リハビリテーション

通所リハビリテーションは、医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等リハビリスタッフによって作成される通所リハビリテーション計画及びリハビリテーション実施計画書に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なリハビリテーションを行います。

11. その他のサービス

以下のサービスについては、利用料金の全額がご契約者負担となります。

① 給食サービス

栄養並びにご契約者の身体の状態、嗜好を考慮した食事を提供します。

・利用料金：昼食代 500円＋消費税

② その他、おむつ代、レクリエーションにかかる諸費用等は自己負担となります。

12. 緊急時及び事故発生時の対応

サービス提供を行っているときに、利用者様の病状が急変した場合や事故が発生した場合、その他必要な場合はご家族または緊急連絡先へ連絡し、主治医にも連絡を取る等、必要な措置を講じます。

1 3. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情等がございましたら、お気軽にご相談ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

相談窓口 苦情対応窓口
電話番号 0739(43)6200
0739(43)8190(通所リハセンター直通番号)
Fax 番号 0739(43)8189
担当者 吉田 貴方
受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

白浜町役場 民生課 介護保険係 0739(43)5555
和歌山県国民健康保険団体連合会 介護保険係 0734(27)4662
和歌山県運営適正化委員会 073(435)5527
上富田町役場 住民生活課 住民グループ 介護保険担当
0739(47)0550
田辺市役所 やすらぎ対策課 介護保険係 0739(26)4931

1 4. 当施設をご利用の際にご留意いただく事項

- ① 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
- ② 喫煙・飲酒 全館禁煙となっております。
- ③ 迷惑行為等 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
- ④ 準備物などに関しては別用紙にて説明します。

1 5. 各種書類の送付先、事故発生時の連絡先

【契約書第9条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏 名 (続柄)

住 所

電話番号 ()

【契約書第11条の事故発生時の連絡先】

氏 名 (続柄)

住 所

電話番号 ()

年 月 日

通所（介護予防通所）リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項についての説明を行いました。

公益財団法人白浜医療福祉財団

白浜はまゆう病院通所リハビリテーションセンター

説明者氏名

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

ご契約者 住 所

氏 名

（代理人）住 所

氏 名

この重要事項説明書は、厚生省令第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。