

重要事項説明書

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

1. 事業者の概要

名 称	医療法人CLS すがはら
所在地	福岡県大牟田市小川町30番地1
代表者名	菅原謙三
電話番号及びFAX番号	TEL0944-55-1212 FAX0944-55-1102

2. 事業所の概要

名 称	菅原病院 通所リハビリテーション すがはら
所在地	福岡県大牟田市小川町 30 番地 1
介護保険事業者番号	4014414330
電話番号及びFAX番号	TEL0944-55-1212 FAX0944-55-1102
管理者名	菅原謙三

3. 営業日および営業時間

営業日	月曜～金曜日、祝日（12月31日～1月3日を除く）
営業時間	午前8時30分～午後17時30分まで
サービス提供時間	9時30分～11時、13時30分～15時、15時～16時30分 （送迎に関する時間を除く）

4. サービスの内容

ご利用者が可能な限り居宅において、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、作業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。

(1) 1時間以上 2 時間未満の指定通所リハビリテーション

(2) 自宅と事業所間の送迎

①原則として、玄関の中までお迎え、玄関の中までお送りします。

季節により寒暖の差で身体に及ぼす影響は様々ですので、自宅でお待ちください。

交通事情等で到着が遅れる場合がありますのでご了承ください。お迎えの時間など変更に関しましては書面または電話にてご連絡いたします。自家用車、バイク及び交通機関をご利用の際の事故、けがに関しましては、当院での責任は負いかねますのでご了承ください。送迎中の途中下車、買い物などはご遠慮ください。

(3) 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の立案）

(4) 健康チェック

(5) 個別リハビリテーション

(6) 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画等で定められた通所リハビリテーション等利用時間の終了に間に合わない場合に適用）

(7) その他

5. 通常の実施地域

・大牟田市及び荒尾市

6. 職員体制

- ・管理者（医師兼務） 1名
業務の管理及び職員等の管理を一元的に行う
- ・医師 1名以上
利用者及び理学療法士等に対して、介護、機能訓練及び健康管理上の指導等を行う
- ・理学療法士等 2名以上
リハビリテーションの計画及び実施、またその指導等行う。
- ・介護職員 3名以上
利用者に対し必要な介護を行う。
- ・歯科衛生士 1名
利用者に対し口腔機能向上サービスを行う。
- ・管理栄養士 1名
利用者に対し栄養管理を行う。

7. 緊急時の対応

利用者の主治医または事業者の協力機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先に連絡いたします。		
協力医療機関	医療機関名称	菅原病院
	院長名	菅原謙三
	所在地	福岡県大牟田市小川町30番地1
	電話番号	TEL0944-55-1212
	診療科	内科、呼吸器内科、胃腸科、循環器内科、放射線科 整形外科、リハビリテーション科

8. サービスの料金

1) 通所リハビリテーション費

通常規模（1日につき）

所要時間	要介護度	基本単位
1時間以上 2時間未満	要介護1	369
	要介護2	398
	要介護3	429
	要介護4	458
	要介護5	491

加算種類	内容	加算単位
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	開始日から6ヶ月以内／月	560
	開始日から6ヶ月超／月	240
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	開始日から6ヶ月以内／月	593
	開始日から6ヶ月超／月	273
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	開始日から6ヶ月以内／月	793
	開始日から6ヶ月超／月	473
医師が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た場合	上記の単位に270単位加算	
短期集中リハビリテーション実施加算 (退院(所)日又は認定日から起算して3月以内)	1日につき	110
理学療法士等体制強化加算	1日あたり	30
認知症短期集中リハ加算Ⅰ	週2日を限度として1日あたり	240
栄養アセスメント加算	1月につき	50
栄養改善加算 (3月以内の期間に限り1月に2回を限度)	1回あたり	200
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回を限度)	1回あたり	20
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)	1回あたり	5
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1回あたり	150
科学的介護推進体制加算	1月につき	40
選択的サービス複数実施加算Ⅱ(介護予防のみ)	1月につき	700
重症度療養加算	1日につき	100
送迎なし	片道	-47
介護職員処遇改善加算Ⅱ	報酬額の8.3%	

2) 介護予防通所リハビリテーション費(1月につき)

要介護度	基本料金
要支援Ⅰ	2268
要支援Ⅱ	4228

加算料金	内容	加算単位
栄養アセスメント加算	1月につき	50
栄養改善加算 (3月以内の期間に限り1月に2回を限度)	1回あたり	200

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回を限度)	1回あたり	20
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)	1回あたり	5
口腔機能向上加算(Ⅰ) (3月以内)	1月につき	150
口腔機能向上加算(Ⅱ) (3月以内)	1月につき	160
科学的介護推進体制加算	1月につき	40
介護職員処遇改善加算Ⅱ	報酬額の8.3%	

* 通所リハビリテーション費、介護予防通所リハビリテーション費及び加算につきましては、1割負担での表記となっています。所得に応じて2割または3割負担の場合がございますので、介護保険負担割合証をご確認の上、ご了承ください。

3) その他の費用

厚生労働大臣の定める基準によるもののほかに以下の費用がかかります。

通常事業の実施地域以外の地域に係わる送迎の追加費用	実施区域以外から片道10km以下の時	無料
	片道10km以上20km以下のとき	300円(往復)
	片道20km以上のとき	500円(往復)
パンツ代	使用サイズにより費用が異なります	実費(120~160円)
オムツ代	使用サイズにより費用異なります	実費(120~160円)
尿パッド	使用サイズにより費用違異なります	実費(70~90円)

9. サービスの実施区域以外の実費交通費

- | | |
|-------------------------|--------|
| ①実施区域以外から片道10km未満 | 無料 |
| ②実施区域以外から片道10km以上20km以下 | 往復300円 |
| ③実施区域以外から片道20km以上 | 往復500円 |

10. キャンセル料

- | | |
|--------------------------|-----------|
| ①利用日の前営業日までの連絡いただいた場合 | 無料 |
| ②午前利用の方で午前9時まで連絡いただいた場合 | 利用料金の50% |
| ③午後利用の方で午前12時まで連絡いただいた場合 | 利用料金の50% |
| ④利用日当日連絡がない場合 | 利用料金の100% |

* 急な体調不良等による時はこの場合とは限りません。

11.利用者からの苦情対応

本事業所では利用者からの苦情に適切に対応するため下記設置し苦情解決に努めます

相談窓口	松永幸浩 電話:0944-55-1212
医療法人CLS すがはら苦情解決責任者	菅原謙三 電話:0944-55-1212
大牟田市福祉課介護保険担当	所在地:大牟田市有明町 2-3 電話:0944-41-2683
荒尾市健康生活課介護保険係	所在地:荒尾市宮内出目 390 番地 電話: 0968-63-1418
福岡県国民健康保険団体連合会	所在地:福岡市博多区吉塚本町 13-47 電話: 092-642-7800
熊本県国民健康保険団体連合会	所在地:熊本市健軍 1 丁目 18 番 7 号 電話: 096-214-1101

12.衛生管理等について

事業所において感染症が発生し又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための検討委員会(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。)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備し事業継続、再開への取り組みをおこなっていく
- (3) 事業所において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

13.虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する相談窓口と責任者を選定しています。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(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します。

虐待相談窓口	松永幸浩
虐待防止に関する責任者	菅原 謙三

14. 身体拘束について

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、

利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。
また事業所として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

15. 個人情報の保護について

事業所は、利用者又は家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いに関するためのガイドンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。事業所が得た利用者又は家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的 では原則利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又は家族の同意を、予め書面により得るものとする。

16. 事故発生時の対応

事業所及びその従業者は、サービスの提供中に事故が発生したときは、速やかに主治医に連絡し適切な措置を講ずるとともに、管理者の指示に従い、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に報告を行います。

17. 非常災害対策

事業所及びその従業者は、地震、火災等の非常災害に際して、利用者の安全確保を最優先とした避難、誘導等の措置を取ります。非常災害等を発見又は発生の危険性を察知したときは、臨機の措置を取るとともに、所轄消防署に通報する等の適切な措置を講じ、その被害を最小限にとどめるように努めます。なお消防法に規定される防火管理者を定め、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を策定し、事業継続、再開に向けた取り組みをおこなっていきます。また非常災害時の関係機関への通報体制を整備し、定期的に従業者に周知するとともに、非常災害に備えるため、年2回以上避難、救出その他必要な訓練を行います。

18. ハラスメントに関する事項

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

19. お支払い方法

毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、15日以内にお支払い下さい。
お支払い方法は、原則窓口現金支払いとなります。

20. お支払い方法

毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、15日以内にお支払い下さい。
お支払い方法は、原則窓口現金支払いとなります。

令和6年12月1日

重要事項説明書及び個人情報使用同意書

私（利用者およびその家族）は、サービスの利用に際して重要事項説明書の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。さらに私の（利用者およびその代理人）個人情報については次に記載するところにより必要最低限の範囲で使用することに同意します。

1. 利用目的

- ☐当法人（内）での医療・介護・福祉サービスの提供
- ☐他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ☐他医療・介護・福祉施設等からの照会への回答
- ☐患者様・利用者様に対する当法人が提供するサービスに関して外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ☐ご家族等への説明
- ☐その他、患者様・利用者様への当法人が提供するサービスに関わる情報連携

◎審査支払期間への請求に関わる事務

- ☐当法人での医療・介護・福祉・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
- ☐審査支払機関へのレセプト等の提出
- ☐審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ☐公費負担医療・介護・福祉に関する行政機関等へのレセプト等の提出、照会への回答
- ☐その他、医療・介護・福祉・労災保険、および公費負担医療に関する請求のための利用

◎当法人の管理運営業務

- ☐会計・経理
- ☐当法人が提供するサービスの範囲内における事故等の報告
- ☐当該患者様・利用者様のサービスの向上に関わる報告
- ☐その他、当法人の管理運営業務に関する利用

◎当法人内において行われる教育実習への協力

◎当法人が提供するサービスの質の向上を目的とした事例研究

◎外部監査機関への情報提供

なおあらかじめ利用者の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を扱うことはいたしません。また個人情報について利用者様より開示を求められた場合には、遅延なく内容を確認し当法人の指針に従って開示いたします。

2. 使用する期間

サービス提供に関わる契約期間に準ずる

3. 条件

個人情報の提供は、必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のものに漏れることのないよう最新の注意を払う

令和 年 月 日

(事業者)	住 所	大牟田市小川町 30-1			
	事業者(法人)名	医療法人 CLS すがはら			
	事業所	通所リハビリテーションすがはら			
	代表者	理事長	菅原謙三		印
	説明者	氏名			印

(利用者)	住 所				
	氏 名				印
	電話番号				

(署名代行者)	住 所				
	氏 名				印

連絡先 _____

理 由 _____

— (利用者およびその家族)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

連絡先 _____