

# 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)

社会医療法人孝仁会  
留萌セントラルクリニック

# 通所リハビリテーション及び介護予防リハビリテーション重要事項説明書

## 1. 事業者の概要

名称・法人種別	社会医療法人 孝仁会
主たる所在地	釧路市芦野1丁目27番1号
法人種別	社会医療法人 孝仁会
代表者名	理事長 齋藤 孝次
電話番号	0154-37-5512

## 2. 事業所の概要

### (1) ご利用事業所

事業所の名称	社会医療法人孝仁会 留萌セントラルクリニック
指定番号	0176400414
所在地	留萌市栄町1丁目5番26号
電話番号	0164-43-9555
FAX番号	0164-43-9555

### (2) 事業の目的と運営方針

事業の目的	通所リハは介護保険法令に従い、ご契約者(利用者)居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。
運営方針	通所リハビリテーションを通して、日常生活動作の維持及び改善と精神的安定を図ることを目的とする。また、社会的交流の場を提供し安心して利用できる施設を運営していきます。

### (3) 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	人数	区分				常勤換算後の人員	保有資格
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
施設長	1		1			0.1	医師1名施設長兼務
医師(再掲)	2		2			0.2	
介護職員	4	4				4.0	介護福祉士2名 他2名
作業療法士	2	2				2.0	
理学療法士	2	2				2.0	

### (4) 事業の実施地域

事業の実施地域	留萌市(大和田まで)
---------	------------

### (5) 営業日

営業日	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 月曜日～金曜日(祝日営業)</li> <li>● 年末、年始 12/30～1/3を除く</li> </ul>
営業時間	9時から12時まで 13時30分から16時30分まで

### 3. サービスの内容及び費用

#### (1) 介護保険給付サービス

##### ① サービス内容

種 類	内 容
排せつの介助	利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。
レクリエーション	利用者の生活面での指導、援助、各種レクリエーションを実施します。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>● リハビリスタッフによる通所者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。</li> <li>● 平行棒、CGT、集団運動、物理療法、運動療法など身体的・精神的に充実したサービスを提供します。</li> </ul>
相談及び援助	利用者とその家族からの相談に応じます。

##### ② 費用

介護保険の適用のある場合は、原則として下記利用料の1割が利用者の負担額となります。  
※所得に応じて2～3割負担の対象となる方もいます。(負担割合証確認)

【通所リハビリテーション利用料金・加算額】 1日あたり			
所定時間3時間以上4時間未満(8:55～12:00と13:25～16:30)			
区分・加算	給付10割額	1割負担額	該当
要介護1	4,860 円	486 円	
要介護2	5,650 円	565 円	
要介護3	6,430 円	643 円	
要介護4	7,430 円	743 円	
要介護5	8,420 円	842 円	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	180 円	18 円	
リハビリテーション提供体制加算	120 円	12 円	
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ 6ヵ月以内	5,930 円	593 円	
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ 6ヵ月超	2,730 円	273 円	
医師の説明に係る加算	2,700 円	270 円	
同一建物減算	-960 円	-96 円	
送迎減算(片道あたり)	-470 円	-47 円	
科学的介護推進体制加算(1ヶ月あたり)	400 円	40 円	

【介護予防通所リハビリテーション利用料金・加算額】 1ヶ月あたり			
所定時間3時間以上4時間未満(8:55～12:00と13:25～16:30)			
区分・加算	給付10割額	1割負担額	該当
要支援1	22,680 円	2,268 円	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	720 円	72 円	
同一建物減算	-3,760 円	-376 円	
12ヶ月超減算	-1,200 円	-120 円	
要支援2	42,280 円	4,228 円	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1,440 円	144 円	
同一建物減算	-7,520 円	-752 円	
12ヶ月超減算	-2,400 円	-240 円	
科学的介護推進体制加算(1ヶ月あたり)	400 円	40 円	

【共通加算】 1ヶ月あたり		
加算	割合	該当
介護職員等処遇改善加算Ⅱ(※1)	8.3%	
中山間地域等へ居住する者へのサービス提供加算(※2)	5.0%	

※1:基本料金＋各種加算の合計に加算割合を乗じた数値が加算額となります。

※2:通常の実施地域、留萌市内(大和田まで)以外の方が加算対象となります。

基本料金の合計に加算割合を乗じた金額が加算額となります。

### ③おむつ代

- ・紙オムツ類は、原則として個人で持参していただくこととなっております。
- ・緊急時、当スタッフが必要と判断した際には、当事業所が用意したものをお使い頂きます。
- ・費用は、自己負担となります、もしくは自宅で使用している物を代わりに次回持参頂きます。

リハビリパンツ	M	1枚	87円
	L	1枚	98円
紙オムツ テープ止め	M	1枚	91円
	L	1枚	102円
	XL	1枚	113円
尿取りパッド	S	1枚	33円
	M	1枚	41円
	L	1枚	52円

### ④その他の費用

通所リハサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活において通常必要とするものに係る費用であって、ご利用者様に負担させることが適当と認められる費用は、利用者様の負担となります。

- (1) 連絡帳・料金袋・・・初回費用について連絡帳は350円、料金袋は250円請求させていただきます。紛失または破損した場合は、連絡帳350円/料金袋250円を再発行代として請求させていただきますのでご了承ください。
- (2) 利用料等のお支払い方法・・・毎月1回、10日過ぎに前月分の請求をいたしますので、事業所指定銀行への振込又は直接利用時に当施設(※)へお支払い下さい。  
**※祝日の領収は行えません。**
- (3) お支払い後、領収書を発行します。

## 4. サービス内容に関する苦情等に関するお問い合わせ

当施設担当窓口 電話番号 0164-43-9555

苦情受付責任者 : 院長・管理者 鈴木 進

苦情受付担当者 : 作業療法士 向井 敏晴

※(緊急、夜間等の場合はこの限りではありません。)

留萌市役所担当窓口 電話番号 3164-49-2558

介護保険担当 介護支援課 介護高齢者係

### ①苦情等の申し立て方法

苦情等の申し立ては、書面、来設されての口頭申し立て、電話いずれでも受付いたします。

## ②受付時間

9:00～16:30(平日) ※(緊急、夜間等の場合はこの限りではありません。)

## ③苦情等への対応の流れ

- (1) 苦情等受付担当者が受付(他の職員が受けた場合、所属長及び受付担当者に報告)
- (2) 受付担当者は解決責任者に内容を報告、関係部署職員と共に直接申し立て者に会うか又は電話等により内容の詳細を伺い、事実確認をします。

- (3) 事実確認後すみやかに内容を検討し、翌日もしくは近日中には具体的な対応策を講じ申し立て者に直接回答します。又匿名によるご質問等には掲示板による回答を示します。(内容の検討については必要に応じ苦情処理委員会を開催し、又は緊急性のあるものについては直接管理者との協議により処理します。)

※相談担当者は苦情等に関する対応後、改善状況を点検、確認すると共に一連の経過を記載し、関係部署職員に顛末を周知し今後の再発防止のために記録として保管します。

## ④苦情等の秘密厳守

お寄せいただいた苦情等に関する事は他にもらす事はありません。又、掲示板等で回答させていただく場合には内容、固有名詞等には十分に配慮するものとします。

- (5) 当施設では各部署に担当委員を配置し、定期的(年4回、又は必要に応じ随時)に委員会を開催し、自ら改善案等を検討し、接遇にかかわる研修会の企画、参加により、より良い施設作りに努めます。

## 5. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「留萌セントラルクリニック 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	栄町町内会と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「留萌セントラルクリニック 消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	有無	設備名称	有無
	自動火災報知設備	あり	非常警報設備	あり
	漏電火災警報機	あり	消火器	あり
	誘導灯	あり	避難器具	あり
	非常通報装置	あり		
	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。			
消防計画等	消防署への届出日:平成22年4月1日 防火管理者:濱田 範子			

## 6. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により、事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 前項の事故状況及び事故に際して採った処置について記録するものとします。
- (3) 利用者に対するサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

## 7. 協力医療機関

医療 機関	病院名及び 所在地	社会医療法人孝仁会 留萌セントラルクリニック 留萌市栄町1丁目5番12号
	電話番号	0164-43-9500
	診療科	脳神経外科、循環器科、リハビリテーション科
	入院設備	ベッド数 19床
	救急指定の有無	①有 ・ 無
	契約の概要	当事業所と留萌セントラルクリニックとは、利用者に 病状の急変があった場合の診療契約を締結

## 8. 乙が加入している損害賠償責任保険

全日病居宅介護事業者総合補償制度加入 保険会社 東京海上火災保険株式会社
---

## 9. サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や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、弁償していただく場合があります。
- 喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 報道機関からの取材対応として、当施設が実施する各種行事、事業等について新聞・テレビ等の取材を受けることがあります。当施設の取り組みについて広く地域の皆様にご理解いただくために、取材に応じてまいりたいと考えております。利用者様への取材や写真撮影をご依頼することがありますのでご承諾のお願い申し上げます。尚、写真撮影等取材をご辞退される方はお申し出下さい。

## 個人情報提供に関する同意書

貴施設のサービス担当者会議等において、必要がある場合には、私の個人情報並びに家族の個人情報をを用いることに同意します。

### 当施設における個人情報の利用目的

- 介護の提供
  - ◆ 当施設での介護サービスの提供
  - ◆ 他の居宅サービス事業者、居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - ◆ その他の業務委託
  - ◆ ご家族等への心身の状況説明
  - ◆ その他、利用者様への介護提供に関する利用
  
- 介護報酬請求のための事務
  - ◆ 当施設での介護保険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の提出
  - ◆ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
  - ◆ その他介護保険に関する介護報酬請求のための利用
  
- 当施設の管理運営業務
  - ◆ 入退所等の管理
  - ◆ 会計・経理
  - ◆ 事故等の報告
  - ◆ 当該利用者様の介護サービスの向上
  - ◆ その他、当施設の管理運営業務に関する利用
  
- 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
  
- 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

## 利用時のリスクに関わる同意書

貴施設利用にあたり、以下に記載されている利用時のリスクに関する事項について同意します。

### 特徴

通所リハは病院ではありませんので、怪我や病気の治療は出来ません。体調が優れない場合や治療を要する際には、利用を中止し御家族様等にお迎えに来ていただく場合がございます。

- また、感染症等のリスクもありますので送迎車にてお送りすることは出来ません。ご家族様のお迎えが難しい場合は公共交通機関(タクシー等)を使用し帰宅していただくことになります。来院後に病院受診された場合、診察等が早く終わった場合でも当日の通所リハビリ再利用は出来ません。
- 通所リハは看護師の配属義務がなく、当事業所は看護師が不在となります。
- 通所リハは身体拘束を行わない事、常時の見守りが出来ない事から転倒・転落のおそれがあります。そのような事故を起こさないように移動方法等については職員の指示に従っていただきます。
- 通所リハはリハビリテーション施設ですので、個別リハや集団作業など身体活動を行う様々なメニューがあります。事故や怪我につながる危険性もありますので、活動の際は必ず職員の誘導に従っていただきます。

### 心身状況

- 骨がもろくなっているため、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 皮膚が薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- 血管がもろいため、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状が起こることで水分や食物を飲み込む力が低下します。それにより
- 誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態となります。
- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転倒・転落等による骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 一定の期間を利用後、所定の検査を経て、デイケア内の移動に介助・見守りを要しないと判断された利用者様に関しましては、本人様・ご家族様の了承のもとデイケア内の移動は自由に行っていただいて構いません。  
ただし、一人歩き中の転倒や怪我等は自己責任となります。

### 急変について

- 高齢者であることにより、利用中に予測できない頭や心臓の疾患にて、急変・急死される場合もございます。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行う場合がございます。
- 年齢、身体状況及び服用されている薬の影響等から生じる急変については、ご自宅でも施設でも同様に起こりうる事であるため避けられない場合がございます。

## 送迎に関する同意書

貴施設利用にあたり、送迎使用の有無に関わらず、以下に記載されている送迎に関する事項について同意します。

- 送迎は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みに関わるものとする。
- 送迎費用は所定の料金に包括されている為掛かりません。
- 送迎範囲は当事業所の実施地域、留萌市内(大和田まで)とし、実施地域外の方は中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算が掛かります。
- 送迎時刻は午前の部 8:00～8:50、午後の部 12:40～13:20を予定しておりますが、最大で利用者様 8 名の送迎となる為、お迎え時刻には 5～10 分程度変動があります。
- 送迎車両へ一人での乗降が困難な利用者様はご家族の介助をお願いする場合がございます。
- 車内での体調管理(嘔気嘔吐・失禁・車酔い・頭痛・腹痛など)は原則として自己責任となります。その際、希望によって留萌セントラルクリニックにて緊急の受診・治療をお受けすることが出来ます。
- お休みやご家族の送迎等にて送迎が不要となった場合は、前日(月曜日 AM 利用の方は 7:30 まで)までに当事業所までご連絡ください。(急遽の場合はなるべく早めの連絡をお願い致します。)
- 送迎時における交通事故や乗降時等における転倒など当事業所の過失にて生じた障害等については損害賠償保険にて補償致します。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、通所リハのサービス内容及び重要事項、個人情報に関わる利用目的、利用時のリスク、送迎に関わる事項を説明致しました。

令和 年 月 日

留萌市栄町 1 丁目 5 番 26 号

社会医療法人孝仁会

留萌セントラルクリニック

理事長 齋藤孝次

TEL 0164-43-9555

説明者

印

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハのサービス内容及び重要事項、個人情報に関わる利用目的、送迎に関わる事項の説明を受け、サービスの利用に同意します。

利用者又は家族

住所

電話

氏名

(代理人等氏名)

印