

重要事項説明書

1 通所リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 瑞穂会
代表者名	理事長 越野 慶隆
所在地・連絡先	住所：金沢市森山一丁目5番26号 TEL：252-0416 FAX：251-6982

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	こしの内科クリニック
所在地・連絡先	住所：金沢市朝霧台1丁目176番地 TEL：076-260-0500（代表）FAX：076-260-0560
事業所番号	1710121722
管理者	友杉 直久
利用定員	40名（1単位 20名 2単位 20名）
事業の実施地域	金沢市

(2) 事業所の職員体制

職種	人数	氏名
管理者	1名	友杉 直久(医師との兼務)
医師	1名	友杉 直久(管理者との兼務)
看護師	0.1名以上（常勤換算）	
理学療法士及び作業療法士	2.0名以上（常勤換算）	
介護職員	1.0名以上（常勤換算）	

(3) 事業の目的及び運営方針

事業目的	利用者に対し介護保険法令の趣旨にしたがって、要介護（要支援）状態にある高齢者に対し、適正な指定通所リハビリテーションを提供致します。
運営方針	心身の特性をふまえて、その有する能力に応じて自立した在宅生活を送ることが出来るよう生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他のリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図ります。

(4) 営業時間、及びサービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日 （休日は日曜。 年末年始・お盆の長期休暇の営業についてはスタッフにお尋ねください。）
営業時間	8:00～17:00
サービス提供時間	9:00～12:30、12:30～16:00

3 サービス内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
食 事	栄養士の管理した食事で、利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

機能訓練	理学療法、作業療法、言語療法を用いた個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。 <当施設の保有する主なリハビリ器具> 歩行器 4台 車いす 3台 平行棒 1台、滑車 1台 赤外線治療器 1台 ウォーターマッサージパッド 1台 ILDメーター 2台 ホットパック 1台
レクリエーション	利用者の生活面での支援・援助を行います。各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	居宅から事業所までの送迎を行います。送迎サービスの利用は任意です。
リハビリテーション会議	リハビリテーション会議の開催によりリハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況などに関する情報を利用者及びその家族の参加を基本とする構成員と共有するよう努めます。

イ サービス提供の流れ

介護支援専門員の計画書を基に、介護サービス計画書(リハビリテーション実施計画書)を作成し、利用者の同意を得た上で、介護サービスを行います。毎月のサービス実施状況を介護支援専門員に報告致します。

ウ 費用

介護保険の適用がある場合は、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額 (料金表)が利用者の負担となります。

【料金表】

要介護者・要支援者共通

加算名	単位	金額 (円)	自己負担金 (1割)	自己負担金 (2割)	自己負担金 (3割)
科学的介護推進体制加算(1か月につき)	40	406	40	81	122
退院時共同指導加算(退院時1回のみ)	600	6102	610	1220	1830

- ・介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)：所定単位数の5.3%を加算致します。
- ・その他、感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合は所定単位数の3%を加算致します。(当該月の利用者数の実績が、当該月の前年度における月平均の利用者数よりも5%以上減少している場合)

要介護者(1回のご利用につき)

○所要時間 1 時間以上 2 時間未満の場合

要介護度	単位	金額 (円)	自己負担金 (1割)	自己負担金 (2割)	自己負担金 (3割)
1	369	3752	375	750	1125
2	398	4047	404	809	1214
3	429	4362	436	872	1308
4	458	4657	465	931	1397
5	491	4993	499	998	1497

○所要時間 2 時間以上 3 時間未満の場合

要介護度	単位	金額 (円)	自己負担金 (1割)	自己負担金 (2割)	自己負担金 (3割)
1	383	3895	389	779	1168
2	439	4464	446	892	1339
3	498	5064	506	1012	1519
4	555	5644	564	1128	1693
5	612	6224	622	1244	1867

○所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

要介護度	単位	金額 (円)	自己負担金 (1割)	自己負担金 (2割)	自己負担金 (3割)
1	486	4942	494	988	1482
2	565	5746	574	1149	1723
3	643	6539	653	1307	1961
4	743	7556	755	1511	2266
5	842	8563	856	1712	2568

○加算 (1日につき)

加算	単位	金額 (円)	自己負担金 (1割)	自己負担金 (2割)	自己負担金 (3割)
短期集中個別リハ ^レ リー ^テ ヲ ^ン 実施加算 (退院又は、認定日から起算して3ヶ月以内)	110	1118	111	223	335
サービス提供体制強化加算(I)	22	223	22	44	66
サービス提供体制強化加算(II)	18	183	18	36	54
重度療養管理加算	100	1017	101	203	305

○加算 (1ヶ月につき)

加算	単位	金額 (円)	自己負担金 (1割)	自己負担金 (2割)	自己負担金 (3割)	
リハ ^レ リー ^テ ヲ ^ン マ ^サ ヲ ^ト 外加算 ※1ヶ月につき	<input type="checkbox"/> 6月以内	593	6030	603	1206	1809
	<input type="checkbox"/> 6月以降	273	2776	277	555	832
	<input type="checkbox"/> 医師の説明あり	270	2745	274	549	823

○減算 (1日につき)

減算	単位	金額 (円)	自己負担金 (1割)	自己負担金 (2割)	自己負担金 (3割)
送迎を行わない場合(片道)	-47	-477	-47	-95	-143

要支援者（月額）

要支援	単位	金額 (円)	自己負担金 (1割)	自己負担金 (2割)	自己負担金 (3割)
要支援1	2268	23065	2306	4613	6919
要支援2	4228	42998	4299	8599	12899

○加算（1ヶ月につき）

加算	単位	金額 (円)	自己負担金 (1割)	自己負担金 (2割)	自己負担金 (3割)	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援1	88	894	89	178	268
	要支援2	176	1789	178	357	536
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援1	72	732	73	146	219
	要支援2	144	1464	146	292	439

- ・自己負担金は概算です。
- ・金沢市は地域加算として1単位あたり10.17円になります。
- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

（2） 介護保険給付対象外サービス（全て税込）

○食事代 1食 611円

- ・治療食などの特別な食事や、特別なご要望にも対応させていただきます。（その場合には、追加料金をいただくことがあります。）
- ・利用予定日の午前9時までには連絡がなかった場合は、全額負担となります。

○おむつ代 1枚 125円

○パット代 1枚 30円

○その他の費用

通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

（3） 利用料等のお支払方法

利用料,その他の費用の請求	ア サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 請求書は、利用月の翌月の中旬頃に発行されます。
費用の支払い	ア サービス提供の利用控えと内容を照合のうえ、30日以内に下記のいずれかの方法によりお支払いください。 (ア) 現金払い (イ) ※指定口座への振込み (ウ) クレジット払い (エ) 口座引き落とし イ お支払いを確認しましたら、領収書をお渡しいたしますので、必ず保管をお願いします。 ※ 振込み手数料については、利用者のご負担となります。

4 サービス内容に関する苦情等相談窓口

提供したサービスに苦情がある場合、または通所リハビリテーションサービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合は、速やかに対応を行います。

お客様相談窓口	窓口責任者	友杉 直久
	ご利用時間	8:30-17:00
	お電話	076-260-0500

介護保険の苦情や相談に関する窓口

(介護保険全般)金沢市役所介護保険課	TEL: 220-2264
(要介護認定、保険料に不服がある場合) 石川県介護保険審査会	TEL: 223-9127
(介護保険サービスの苦情) 石川県国民健康保険団体連合会	TEL: 231-1110

5 記録の整備

利用者の通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。また必要がある場合には、記録の閲覧及び自費による謄写も可能です。

記録の内容及び業務上知りえた事柄についての秘密は厳守します。

6 秘密の保持について

利用者やそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物、サービスを提供する上で知り得た情報に関しては、善良な管理者の注意をもって管理を行い、処分の際にも漏洩の防止に努めます。

但し、サービス担当者会議などでサービスの調整を行う必要が出たときなど個人情報が必要となる場合がありますので、担当者の間では情報の交換をさせていただきます。

7 契約期間途中での解約の場合

この契約は、契約期間中であっても利用者の方から解約を希望する7日前までにお申し出いただければ解約することが出来ます。この場合、解約料のお支払いは必要ありません。

※利用者において緊急入院等の正当な理由がある場合はこの限りではありません。

※解約の場合は、次の事業所への引継ぎなど、利用者がサービスを滞りなく利用していただくための手続きが必要となる場合がありますのでご注意ください。

8 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族、居宅介護支援事業者に連絡を行うと共に、必要な対応を行います。

その際に、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います。

9 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変が発生した場合は、速やかに主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）へ連絡をします。

利用者の主治医	医師
所属医療機関名称	
所在地と電話番号	住所： TEL：
緊急連絡先の家族等	続柄（ ）
住所と電話番号	住所： TEL：

10 非常災害時の対策

非常時対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。	
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。	
	設備名称	個数等
	避難階段	1㉔
	自動火災報知機・防火扉	1㉔
	誘導灯	6㉔
	消火器	4㉔
消防計画等	金沢中央消防署への届出日：R3年 10月 1日 防火管理者：余田 昭彦	

11 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介護保険負担割合証、居宅介護支援事業所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。

○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。

12 虐待防止に関する事項

○利用者の人権の擁護、虐待などの防止のため、従業者に対する研修の実施、苦情処理体制の整備、その他虐待防止のために必要な措置を講じます。

○サービス提供中に従業者または養護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へ通報します。

13 業務継続計画の策定について

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者へのサービスを継続的に実施するため、および早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、必要な措置を講じます。

14 地域連携について

事業所運営に当たり、地域住民またはその自発的な活動等との連携および協力を行う等の地域との交流に努めていきます。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者

所在地	金沢市森山一丁目5番26号
法人名	医療法人社団 瑞穂会
代表者名	理事長 越野 慶隆
事業所名	こしの内科クリニック
説明者氏名	

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所	
氏名	

利用者のご家族又は代理人

住所	
氏名	

平成30年5月7日 作成
令和6年6月1日 改定