

重要事項説明書

1 指定通所リハビリテーションサービスを提供する事業者について

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| 事業者名称 | 医療法人輝栄会 |
| 代表者氏名 | 中村 吉孝 |
| 本社所在地 (連絡先及び電話番号等) | 福岡市東区千早4丁目14-40 092-681-3115 |
| 法人設立年月日 | 平成19年4月9日 |

2 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|--------------------|---|
| 事業所名称 | 福岡輝栄会病院 |
| 介護保険指定 事業所番号 | 4010211698 |
| 事業所所在地 | 福岡市東区千早4丁目14-40 |
| 連絡先 相談担当者名 | TEL:092-681-3115・FAX:092-681-3972 リハビリテーション科・高谷 聡美 |
| 事業所の通常の 事業の実施地域 | 福岡市東区(概ね、事業所より5キロメートル以内) |

(2) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 医療法人輝栄会が開設する事業所が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所リハビリテーションサービスを提供する。 |
| 運営の方針 | 通所リハビリテーション事業者は、利用者が居宅において、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、その他の必要なリハビリテーションを行う事により、心身の機能の維持回復を図る。 |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|------|----------------------------------|
| 営業日 | 毎週月曜日～金曜日 祝日・12月29日～1月3日までを除く |
| 営業時間 | 9時～17時 |

(4) サービス提供可能な日と時間帯

| | |
|----------|----------------------------------|
| サービス提供日 | 毎週月曜日～金曜日 祝日・12月29日～1月3日までを除く |
| サービス提供時間 | 10時00分～12時00分、14時00分～16時00分 |
| 総利用定員 | 12名(1単位6名) |

(5) 事業所の職員体制

| 管理者 | 中村 吉孝 | |
|-------------------|---|---|
| 職 | 職務内容 | 人員数 |
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | <p>1 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。</p> <p>2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が多職種協同により、リハビリテーションに関する解決すべき課題を把握します。計画作成に当たっては、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、具体的な目標や具体的なサービスを記載します。通所リハビリテーション計画を作成するに当たっては、居宅サービス計画にそって作成し、利用者、家族に説明したあとで、利用者の同意を得ます。また作成した計画は、利用者に交付します。</p> <p>3 通所リハビリテーション計画に基づき、指定通所リハビリテーションのサービスを提供します。</p> <p>4 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。</p> <p>5 それぞれの利用者について、指定通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。</p> | <p>管理者 1 名</p> <p>医師 1 名</p> <p>理学療法士 4 名</p> <p>作業療法士 1 名</p> <p>言語聴覚士 1 名</p> |

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類 | サービスの内容 |
|---------------|--|
| 指定通所リハビリテーション | <p>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</p> <p>② 自宅と事業所間の送迎</p> <ol style="list-style-type: none"> 原則として、玄関までお迎え、玄関までお送りします。 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。 <p>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）</p> <p>④ 健康チェック</p> <p>⑤ 個別リハビリテーション</p> |

(2) 通所リハビリテーションの禁止行為

指定通所リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ④ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について
別紙参照

4 その他の費用について

| | | |
|--|--|--------------------------|
| ① 交通費 | 指定通所リハビリテーションに要した交通費を請求することがあります。 | |
| ② キャンセル料 | サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。 | |
| | 24 時間前までのご連絡の場合 | キャンセル料は不要です |
| | 12 時間前までにご連絡の場合 | 1 提供当りの料金の 50%を請求いたします。 |
| | 12 時間前までにご連絡のない場合 | 1 提供当りの料金の 100%を請求いたします。 |
| ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 | | |

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

| | |
|---|--|
| ① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等 | <p>ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額は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。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用月の翌月 10 日以降に利用者あてにお届けします。</p> |
| ② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等 | <p>ア サービス提供の都度お渡りするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記の方法によりお支払い下さい。</p> <p>●現金払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）</p> |

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、14 日以上の間を定めて、その期間内に滞納額の全額の支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

| | | |
|--|-------------|---------------------|
| 利用者のご事情により、担当する職員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。 | ア 相談担当者氏名 | 高谷 聡美 |
| | イ 連絡先電話番号 | 092-681-3115 |
| | 同ファックス番号 | 092-681-3972 |
| | ウ 受付日及び受付時間 | 月曜日～金曜日 9 時～17 時 |

※ 担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、介護予防通所リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。
- (4) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|------------------|
| 虐待防止に関する責任者 | リハビリテーション科・高谷 聡美 |
|-------------|------------------|

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|--------------------------|--|
| ① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <ol style="list-style-type: none"> ① 事業者は、利用者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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業員に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。 |
| ② 個人情報の保護について | <ol style="list-style-type: none"> ① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞な |

| | |
|--|---|
| | <p>く調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとしします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p> |
|--|---|

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、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、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所リハビリテーション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います。

福岡市東区役所 福祉・介護保険課 092-645-1071

医療法人輝栄会 みゆきケアプランセンター

福岡市東区千早5丁目12-10 荒津ビル401号

092-663-3311

担当介護支援専門員

福岡輝栄会病院

092-681-3115

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：東京海上日動、損保ジャパン等

保険名：医療従事者包括賠償責任保険、賠償責任保険等

11 身分証携行義務

指定通所リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回通所時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

12 心身の状況の把握

指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとしします。

13 居宅介護支援事業者等との連携

通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

14 サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は、提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

15 衛生管理等

- ① サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 指定通所リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

16 指定通所リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅を通所し、あなたの心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて、あなたの療養生活の質の向上を図るために作成したものです。

- (1) 提供予定の指定通所リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

| | 通所リハビリ 利用時間 | サービス 区分・種類 | サービス内容 | 介護保険 適用の有無 | 利用料 | 利用者 負担額 |
|----|----------------|-------------------------|---------------|---------------|-----|------------|
| 1日 | 90分 | 理学療法士による通所 リハビリテーション | リハビリテー ション | 有 | | |

※負担割合が1割の場合

- (2) その他の費用

| | |
|---------|---------------------|
| ①交通費の有無 | 無 |
| ②キャンセル料 | 重要事項説明書4-②記載のとおりです。 |

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

17 サービス提供に関する相談、苦情について

- (1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定通所リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- 苦情があった場合は、直ちに相談担当者が本人または家族に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに担当の職員からも事情を確認する。
- 苦情内容については管理者に報告するとともに、相談担当者が必要があると判断した場合は、事業所全員で検討会議を行う。
- 検討の結果等を踏まえて、必ず翌日までに具体的な対応をする。
- 記録を台帳（パソコンのデータベース）に保管し、再発防止と今後の改善に役立てる。

- (2) 苦情申立の窓口

| | |
|--|---|
| 【事業者の窓口】 医療法人輝栄会 福岡輝栄会病院 | 所在地 福岡市東区千早4丁目14-40 TEL: 092-681-3115 FAX: 092-681-3972 受付時間 月～金曜日 9時から17時 |
| 【市町村（保険者）の窓口】 福岡市東区保険福祉センター 福祉・介護保険課 | 所在地 福岡市東区箱崎2-54-1 TEL: 092-645-1069 FAX: 092-631-5025 受付時間 月～金曜日 9時から17時 |
| 【公的団体の窓口】 福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課 | 所在地 福岡市博多区吉塚本町13番47号 TEL: 092-642-7859 FAX: 092-642-7857 受付時間 月～金曜日 9時から17時 |

18 重要事項説明の年月日

| | |
|-----------------|----------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和 年 月 日 |
|-----------------|----------|

通所リハビリテーションの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項の説明をいたしました。

| | | |
|-----|-------|-----------------|
| 事業者 | 所在地 | 福岡市東区千早4丁目14-40 |
| | 法人名 | 医療法人輝栄会 |
| | 代表者名 | 理事長 中村 吉孝 印 |
| | 事業所名 | 福岡輝栄会病院 |
| | 説明者氏名 | 印 |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

| | | |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

| | | |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

【重要事項説明書・別紙】

○ 料金規程

1. 基本料金（厚生労働大臣の定める基準による）

【重要事項説明書・別紙】

【通所リハビリテーション】

| 介護保険一割負担（表示金額） | （要介護） | サービス内容及び加算についての説明 |
|----------------|---------|-------------------|
| 要介護1 | 390 円/日 | |
| 要介護2 | 420 円/日 | |
| 要介護3 | 453 円/日 | |
| 要介護4 | 484 円/日 | |
| 要介護5 | 519 円/日 | |

*表記は1割負担の場合

| 加算 | | サービス内容及び加算についての説明 |
|----------|---------|---|
| 短期集中個別加算 | 116 円/日 | 退院又は認定日より3月以内の期間に、1週につき2日以上、1日あたり40分以上個別リハビリテーションを実施した場合に算定します。 |

概算

| | | |
|----------|---------|----------------------|
| 要介護1 | 347 円/日 | 週3回×4週=347×12=4,164 |
| マネジメント加算 | 349 円/月 | 349 |
| 短期集中個別加算 | 110 円/日 | 110×12=1,320 |
| 1月の目安 | | 5,833 円（1月12回利用した場合） |

（1割負担）