

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

< 2025年 3月 1日 現在 >

あなたに対する介護予防通所リハビリ・通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条および厚生労働省令第35号第120条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者名称	芳和会
主たる事務所の所在地	熊本市中央区神水1丁目14番41号
法人種別	社会医療法人
代表者名	理事長 積 豪英
電話番号	096-381-5887

2. ご利用事業所の概要

(1) 事業所名及び事業所番号

事業所の名称	くすのきクリニック
所在地	熊本県熊本市北区龍田5丁目1-41
事業所番号	4370113625号 通所リハビリ : 2019.4.1 指定 介護予防通所リハビリ : 2019.4.1 指定
管理者	東雲 芳朗（医師）
サービス提供地域	熊本市北区（龍田校区 楡木校区 楠校区 弓削校区）菊陽町 合志市
電話番号	096-339-0187（代） 096-339-0450（通所リハビリ直通）
FAX番号	096-339-4419（通所リハビリ直通）

3. ご利用事業所の設備概要

建物の構造	平屋建て
延べ床面積	118.42㎡
利用定員	30名
居室の概要	食堂 兼 機能訓練室、浴室、相談室

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	社会医療法人芳和会が開設するくすのきクリニックが行う指定通所リハビリテーション事業所（以下、「事業所」という）の適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が要介護状態にある利用者に対し、適切な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とする。
運営の方針	事業所の従業者は、利用者の心身の状況を踏まえて、可能な限りその居宅においてその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法その他必要なり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る。

5. ご利用事業所の職員体制

※（ ）は兼務を表します

ご利用事業所の 従業者の職種	員数	勤務の体制	職務の内容
医 師	(1) 人以上	常勤1名以上、非常勤1名以上 勤務時間 8:30～17:00	運営管理・診察・医療業務
理学療法士 作業療法士	1人以上	常勤1名以上、非常勤1名以上 勤務時間 8:30～17:00	リハビリ業務全般
看護師	1以上	常勤1名以上 勤務時間 8:30～17:00	看護業務全般 介護・生活援助業務
介護福祉士 介護職員	1以上	常勤1名以上 勤務時間 8:30～17:00	介護・生活援助業務
事務職員等	(1) 以上	常勤1名以上 勤務時間 8:30～17:00	事務業務全般

6. 営業時間

営業日	月 ～ 金曜日（祝祭日を含む）
営業時間	8:30～17:00
サービス提供時間	9:20～15:35（6時間以上7時間未満）を基本としますが、曜日・地域によっては他の時間帯での提供も可能です。
休業日	土曜日・日曜日・年末年始（12/30～1/3）

7. 提供するサービス内容、ご利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類		内 容
リハビリテーション計画の作成		利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所リハビリテーション計画を作成します。
送 迎		事業所が所有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。
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。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。 また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排泄介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
リハビリテーション	日常生活動作を通じた訓練	理学療法、作業療法、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。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、理学療法士等又は看護職員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
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。

イ 費用

- ・介護保険の適用がある場合は、原則として負担割合証に記載された割合に基づき、料金表における利用料金の一部が利用者負担となります。お客様のご利用料金については、**【契約書別紙】サービス内容説明書**に記載します。
- ・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。

- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますので予めご了承下さい。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表のご利用料金全額をお支払いください。ご利用料金のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

尿とりパット	実 費
リハビリパンツ	実 費
食事代・おやつ代	550円(税込)

・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。

・キャンセル料

お客様の都合によるサービスを中止する場合のキャンセル料はいただいております。

(3) 利用料等のお支払い方法

- ・毎月20日頃までに前月分の請求をいたします。
- ・お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、原則として口座引落としとさせていただきます。なお、銀行振込、現金払い等のご希望がある場合は、お申し出下さい。

8. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間 ご利用方法	窓口責任者： 谷口 留美子 平日 午前8時30分～午後5時 電話 096-339-0450 面接場所：くすのきクリニック1階 相談室
熊本市介護保険課	ご利用時間 ご利用方法	平日 午前8時30分～午後5時15分 電話 096-328-2347 面接場所：熊本市介護保険課
熊本県国民健康保険 団体連合会	ご利用時間 ご利用方法	平日 午前8時30分～午後5時 電話 096-214-1101 面接場所：熊本県町村自治会館3階 介護サービス苦情（相談）窓口

9. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療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	医療機関の名称	くすのきクリニック
	院長名	東雲 芳朗
	所在地	熊本県熊本市北区龍田5丁目1-41
	電話番号	096-339-0450
	診療科	内科
	入院設備	なし

10. 損害賠償保険への加入

当事業所が利用者に対して行う通所リハビリテーションサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、応急処置や医療機関への搬送等の必要な措置を講じます。

なお、当事業所が利用者に対して行った通所リハビリテーションサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、当事業所に故意、過失がない場合はこの限りではありません。

11. 高齢者虐待防止

当事業所は、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) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 各種計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

12. 非常災害時の対策

非常災害に備えるため、消防計画を作成し当該消防計画に基づく次の業務を行います。

- ①消火、通報及び避難の訓練
- ②消防設備、施設などの点検及び整備
- ③従業者の火気の使用又は取扱いに関する監督
- ④その他防火管理上必要な業務

13. その他

- ・ご利用に際する留意事項については別紙をご確認下さい。
- ・職員に対するお心付けは、固くご辞退させていただきます。

当事業者は、指定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提供開始に当たり、別紙サービス内容書及び本書面に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明をしました。

年 月 日

事業者

住 所 熊本市中央区神水1丁目14番41号

事業者（法人） 社会医療法人 芳和会

代表者名 理事長 積 豪英 ㊞

事業所名 くすのきクリニック

（事業所番号） 4370113625

説明者

氏 名 _____ ㊞

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、上記説明者により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サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

代理人（選任した場合）

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞