

# 重要事項説明書

(介護予防) 通所リハビリテーションサービスの提供開始あたり、介護保険法第8条および関係法令に基づいて、当時業者が利用者様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 事業所の概要 (介護保険事業を行う法人全体のご説明)

事業所の運営法人	医療法人 なごみ会
所在地	佐賀県西松浦郡有田町戸杓丙 673-1
管理者名	院長 口石倫太郎
電話番号	0955-41-1737

### (法人施設・事業)

介護保険事業	(介護予防) 通所リハビリテーション
医療保険事業	整形外科クリニック

## 2. 事業所の概要 (通所リハビリ事業所についてのご説明)

事業所の名称	口石やすひろ整形外科デイケアセンター
指定番号	4 1 1 1 5 1 0 4 4 4 号
所在地	佐賀県西松浦郡有田町戸杓丙 673-1
電話番号	0955-41-1737
建物及び居室	58 m <sup>2</sup>

## 3. 事業所の目的及び運営方針

事業所の目的	要支援または要介護状態となった場合においても、利用者の維持又は向上を目指し、介護保険法令の趣旨に従って、(介護予防) 通所リハビリテーション計画を立て理学療法、その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能維持回復、生活機能の維持又は向上を図ることを目的とします。
事業の方針	(介護予防) 通所リハビリテーション計画に基づいて、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が居宅での生活を維持できるよう支援に努めます。

## 4. 提供するサービスの内容

当該施設において、身体機能維持及び改善、予防等に資するよう医学的管理下(介護予防) 通所リハビリテーションサービスの目標をケアプランに沿って設定・作成し、要支援・要介護状態にある利用者の日常生活の自立及び心身機能の維持向上を図るため、リハビリテーション計画に基づき利用者に適した質の高いリハビリテーションサービスを提供します。

- ①リハビリテーションマネジメント
- ②バイタルチェック
- ③個別リハビリテーション (運動機能向上、身体機能維持・向上、日常生活動作訓練)
- ④自主訓練指導
- ⑤マシーントレーニング
- ⑥物理療法

## ⑦送迎

※送迎サービスに関して

利用者の居宅と事業所との間の送迎を行います。送迎区域は以下の通りとし、

【有田町（一部対象外）、波佐見町（折敷瀬、湯無田、村木、宿）】

段差昇降や自立歩行が可能な方、重度の認知症症状を認めない方を送迎利用の対象とします。

## 5. 利用定員

（介護予防）通所リハビリテーションの利用定員は1単位9名と定めています。

## 6.事業所の職員体制

（介護予防）通所リハビリテーションの従事者の職員及び員数は次の通りとなり、必要職については法令の定める通りです。

職種	人員
医師	1名
理学療法士	1名以上
看護師	1名以上
介護福祉士	1名以上
事務員	1名以上

## 7.営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日
休業日	土曜日、日曜日、祝日、当院の定める休診日
営業時間	10時30分から12時00分

## 8.対象者

介護保険被保険者証をお持ちで、要支援1・2、要介護1～5に認定された方

## 9.利用料金

介護保険法に基づき、原則として1割～3割の自己負担となります。

【地域特別単価は1単位＝10円】

①：要支援1・2の場合の介護保険該当料金/1月につき

介護度	単位	利用料金（1割負担）	利用料金（2割負担）	利用料金（3割負担）
要支援1	2268単位	約2268円	約4536円	約6804円
要支援2	4228単位	約4228円	約8456円	約12684円

介護予防リハビリの長期化の最適化

※利用開始から12月超の利用の場合、1月あたり以下の単位数を減算

要支援1 120単位 要支援2 240単位

②：要介護 1～5 の場合の介護保険該当利用料/1 日につき

介護度	1 時間～1 時間半コース			
	単位	利用料金（1 割負担）	利用料金（2 割負担）	利用料金（3 割負担）
1	369 単位	約 369 円	約 738 円	約 1107 円
2	398 単位	約 398 円	約 796 円	約 1194 円
3	429 単位	約 429 円	約 858 円	約 1287 円
4	458 単位	約 458 円	約 916 円	約 1374 円
5	491 単位	約 491 円	約 982 円	約 1473 円

③-1：加算料金表/1 月につき

加算項目	単位	利用料金	6 月超の利用の場合	利用料金
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	560 単位	560 円	240 単位	240 円

※要支援利用者様対象外

③-2：加算料金表

加算項目	単位	利用料金（1 割負担）	利用料金（2 割負担）	利用料金（3 割負担）
送迎減算（事業所が送迎を行わない場合、片道につき）	-47 単位	約-47 円	約-94 円	約-141 円

※要支援利用者様対象外

④通常のサービス実施区域

伊万里市、武雄市、有田町、波佐見町、及び佐世保市

10. 料金のお支払方法

当事業所は前月料金の合計額を以下の方法でお支払いいただきます。

- ・口座引き落とし（自動振替）

11.緊急時・事故発生時の対応方法

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービスの提供にあたって、事故及び気分不慮等が発生した場合は、当院医師の判断にて速やかに併設病院への受診等の必要な措置を講じる場合があります。その際は、保証人等のご家族へ連絡いたします。また、医療機関等への受診を行う場合もあります。

事故についての検証は「事故発生の防止のための検討委員会」がおこない、経過・原因究明・今後防止策を検討し、必要に応じた対応をおこないます。

- ・利用者の主治医又は事業者の併設医療機関へ連絡を行い、医師の指示に従います。
- ・利用者の緊急連絡先に連絡いたします。

併設医療機関	医療機関の名称	医療法人なごみ会 口石やすひろ整形外科クリニック
	院長名	口石 倫太郎
	所在地	佐賀県西松浦郡有田町戸杓丙 673-1
	電話番号	0955-41-1737
	診療科	整形外科、形成外科、リハビリテーション科
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名所	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 (1)	名称	
	住所	
	電話番号	
(2)	名称	
	住所	
	電話番号	

## 12. 苦情相談窓口

有田町役場 健康福祉課 介護保険担当	住所：佐賀県西松浦郡有田町南原甲 664-4
	電話番号：0955-43-2179
	FAX 番号：0955-43-2301
有田町 健康福祉課 地域包括支援担当	住所：佐賀県西松浦郡有田町南原甲 664-4
	電話番号：0955-43-2196
国保連介護サービス苦情処理相談窓口	住所：佐賀県呉服元町 7番28号 佐賀県国保会館
	電話番号：0952-26-1477
	対応時間：平日 9:00~17:00
伊万里市地域包括支援センター	住所：佐賀県伊万里市立花町 1355番地1
	電話番号：0955-23-2155
波佐見町役場 健康推進課 介護保険系	住所：東彼杵郡波佐見町宿郷 660
	電話番号：0956-85-2111
長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理担当	住所：長崎県今博多町 8番地2
	電話番号：095-826-1599
武雄市包括支援センター 健康課内	住所：佐賀県武雄市武雄町大字昭和 12-10
	電話番号：0954-23-9135
口石やすひろ整形外科クリニック 理学療法士 中野涼耶	(電話番号) 090-2514-5007 (受付時間) 午前9時から午後18時 (水・土曜日：13時まで、日・祝日：休)

### 13.非常災害時の対策

当事業所では、火災、地震、風水害その他の非常災害に備え、利用者の生命及び身体の安全を確保するため、次の通り非常災害対策を講じています。

#### ① 非常災害時の対応体制

職員が連携し、利用者の安全確保を最優先として行動します。管理者または防火管理者の指示のもと、速やかに避難誘導、必要な応急対応を行います。

#### ② 避難・誘導

非常災害発生時には、利用者の心身の状況に配慮しながら、定められた避難経路および避難場所へ速やかに誘導します。非難にあたっては、歩行困難な利用者については職員が介助を行います

#### ③ 関係機関への連絡

非常災害時発生時には、消防署、警察等の関係機関へ連絡し、必要な支援を要請します。

#### ④ 家族等への連絡

速やかに家族等の緊急連絡先へ連絡し、状況の報告を行います。

#### ⑤ 非常災害への備え、防災訓練の実施

事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防火計画を作成し、非常災害に備るため、定期的（年2回）に避難・救出等訓練を行っています。

非常時の対策は別途定める消防計画にのっとり対応します。

	設備名称	個数等
避難訓練及び防火設備	煙探知機	32
	誘導灯	9
	屋内消火栓	8

\* 消防計画の消防署への提出日： 令和7年 4月 23日

防火管理者：村本諒二

### 14.サービス利用にあたっての留意事項

従業者は、利用者に対して従業員の指示に従ってサービス提供を受けてもらうよう指示を行います。

- ① 時間に遅れた場合は、サービスや送迎が受けられない場合があります。
- ② 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を確認させていただきます。
- ③ 他の利用者も多く、他人の人にご迷惑がかからないようお願いいたします。
- ④ 利用料金は期日までに所定の方法にてお支払い下さい。
- ⑤ 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。
- ⑥ 現金・貴重品等は原則として所持していただかないようお願いいたします。所持金品や貴重品等の紛失ついて当事業所では責任は負えませんのでご了承ください。
- ⑦ 施設内での営利行為、宗教活動、特定の政治活動等は禁止しております。
- ⑧ 職員への次のようなハラスメントは固くお断りします。ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。
  - (1) 身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為
  - (2) 精神的暴力：個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

(3) セクシャルハラスメント：意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

## 15.説明・同意欄

この重要事項説明書は、説明と同意の確認のため2通作成し、利用者と事業者が各々署名押印して1通ずつ保有します。利用期間中はいつでも確認できる場所での保管をお願いいたします。（なお、署名押印は契約書にも一括して行います。

本書面により、（介護予防）通所リハビリテーションの提供にあたり、重要事項についての説明を受け、その内容を理解し同意をしました。

事業者 住所地：佐賀県西松浦郡有田町戸杓丙 673 - 1  
事業者名：医療法人なごみ会 院長 口石 倫太郎  
事業所名：口石やすひろ整形外科デイケアセンター

説明者名 \_\_\_\_\_ 印

サービス契約の締結にあたり、上記の通り説明を受け、その内容について同意承諾いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代理人または立会人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名（続柄： \_\_\_\_\_） \_\_\_\_\_ 印