

重要事項説明書

この説明書は、当事業所の運営規定の概要や通所リハビリテーション従事者などの勤務体制等、利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1 当事業所の概要

事業所名	ちゅうざん整形外科・内科・胃腸内科
所在地	鹿児島市中山町5237-1
事業所番号	4670112335
代表者名	理事長 小城 琢朗
電話番号	099-266-6366
指定介護サービスの種類	介護予防通所リハビリテーション 通所リハビリテーション
その他設備等	

2 当事業所の職員体制

職種	人員数
医師	1名（常勤1名）
理学療法士	6名（常勤6名）
看護師	1名（常勤1名）
管理栄養士	0名
介護補助者	1名

3 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（祝祭日・年末年始・お盆を除く） 年末年始 12/28～12/31、1/1～1/3 お盆 8/13～8/15
営業時間	9時00分から17時00分まで
サービス提供時間	9時00分から12時00分まで 13時00分から17時00分まで

4 提供するサービスの内容

指定通所リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法等その他必要なリ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の維持回復をはかる。

指定介護予防通所リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の従業者は、要支援者が可能な限りその居住において自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法等、その他必要なりハビリテーションを行うことにより、要支援者の心身機能の維持回復を図り、さらに要支援者の機能の維持又は、向上を目指すものとする。

5 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

提供したサービスが介護保険の給付を受ける場合、市町村が交付した介護保険負担割合証に記載された負担割合をお支払いいただきます。ただし、被保険者証に「給付額減額」の旨が記載されている方は、負担額が介護保険負担割合証に記載された負担割合と異なる場合があります。

【通所リハビリテーション】 ※1割負担の場合（2割負担の場合は2倍の額）

- ・基本単位（1日あたり）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者負担額	369円	398円	429円	458円	491円

- ・送迎減算

送迎を実施しない場合・・・94円／日

片道の送迎なら・・・47円／日

【介護予防通所リハビリテーション】 ※1割負担の場合（2割負担の場合は2倍の額）

- ・基本単位（月ごとの定額制）

	要支援1	要支援2
利用者負担額	2,268円	4,228円

要支援1で週1回、要支援2で週2回ご利用になれます

※基本単位、加算以外に、利用者はサービスの実施に必要な費用を負担します。

オムツ代1回あたり200円、尿取りパッド1回あたり60円（当院の物を使用した場合）

6 請求及び支払い方法について

請求方法	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。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日前後までに利用者あてに発行します。
------	---

支払い方法	ア サービス提供の都度お渡し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、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 ① 当院窓口にて清算（現金支払い） ② 指定口座への振り込み（振込手数料は利用者負担） イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡します。 ウ 領収書の再発行は承れませんので、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なことがあります。）
-------	--

7 キャンセル

利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかにご連絡ください。

8 緊急時の対応方法について

サービス提供中、利用者に病状の急変が生じた場合には、速やかに当院外来担当医へ状態を報告し、指示を受けます。同時に別紙緊急連絡先票に従い、かかりつけ医療機関及び家族に連絡するなど必要な措置を講じます。

9 事故発生時の対応方法について

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

サービス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。当院は、前述の損害賠償の為に、損害賠償保険に加入しております。

10 非常災害対策

- （１）災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- （２）非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- （３）定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います（年２回）。

11 秘密の保持と個人情報の保護について

- （１）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・介護関係事業所における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を順守し、適切な取り扱いに努めます。

- (2) サービス担当者会議等において利用者又はその家族の個人情報を用いる場合は、予め別紙個人情報使用同意書で同意を得ない限り、利用者又はその家族の個人情報を使用いたしません。

12 衛生管理について

- (1) 事業所内において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (2) 食品衛生面と誤嚥防止の観点から、食物の持ち込みは原則禁止となります。注入食やカロリーゼリーなどの場合においてはこの限りではありませんので、お申し出ください。

13 その他の留意事項

サービス利用中は、不要な現金や高価な貴重品の持ち込みを固く禁止しております。これらを事業所内へ持ち込まれ、万が一盗難・紛失が発生したとしても、当事業所は責任を負いかねますのでご了承ください。

14 サービス提供に関する相談、苦情について

- (1) 提供したサービス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、窓口を下記の通り設置します。ご不明な点は何でもお尋ね下さい。

中山整形外科 相談窓口	担当者	中道 将治、川上 粧子
	苦情解決責任者	西村 謙一
	電話番号	099-266-6366
	受付時間	9:00～17:00 (土は9:00～12:00、日祝は休み)

- (2) 公的機関においても苦情・相談窓口が設けられています。

鹿児島市 介護保険課	所在地	鹿児島市山下町11-1
	電話番号	099-216-1277
日置市 介護保険課	所在地	日置市伊集院町郡一丁目100番地
	電話番号	099-216-1277
鹿児島県国民健康 保険団体連合会	所在地	鹿児島市鴨池新町6-6
	電話番号	099-213-5122

- (3) 提供するサービスの第三者評価の実施状況（ 有 ・ 無 ）

(介護予防) 通所リハビリテーション 利用契約書

利用者_____様（以下「甲」という）と事業者 中山整形外科（以下「乙」という）は、通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションサービス（以下「サービス」という）の利用に関して次のとおり契約（以下「本契約」という）を締結します。

（契約の目的）

第1条 乙は、甲に対し、介護保険法令の趣旨に従って、甲が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、一定の期間、サービスを提供し、一方、甲は、乙に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

（契約の期間）

第2条 本契約は、契約締結の日から効力を有します。

2 本契約の契約満了日は、甲の要介護認定又は要支援認定（以下「認定」という）の有効期間満了日とします。但し、契約期間満了日以前に甲から更新拒絶の申し出がなく、甲の認定有効期間の満了日が更新された場合には、更新後の有効期間満了日を契約期間満了日とし、契約は自動更新されるものとします。

3 甲から更新拒絶の意思表示された場合は、乙は、他の事業者の情報を提供する等、必要な措置を講じます。

（居宅サービス計画又は介護予防サービス支援計画変更の援助）

第3条 乙は、甲が居宅サービス計画又は介護予防サービス支援計画の変更を希望する場合は、速やかに甲を担当する介護支援専門員又は地域包括支援センターへの連絡調整等、必要な援助を行います。

（サービス内容の変更）

第4条 乙が提供するサービスのうち、甲が利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険適用の有無については、別紙「重要事項説明書」の通りです。

2 甲は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。乙は、甲からの申し出があった場合、第1条に規定する居宅介護サービス契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

3 サービス内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について記載した「利用サービス変更合意書」を交わします。

（介護保険の適用を受けないサービスの説明）

第5条 乙は、その提供するサービスのうち介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料を説明し、甲の同意を得ます。

(甲の解約権)

第6条 甲は、乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、3日以上予告期間をもって届け出るものとし予告期間満了日に契約は解除されます。

(甲の解除権)

第7条 甲は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。

- ① 乙が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、甲の請求にもかかわらずこれを提供しようとししない場合。
- ② 乙が、第12条に定める守秘義務に違反した場合。
- ③ 乙が、甲の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど本契約を継続しがたい重大な事由が認められるとき。

(乙の解除権)

第8条 乙は、甲が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが困難となったときは、文書により2週間以上の予告期間をもって、この契約を解除します。

- 2 乙は、前項によりこの契約を解除する場合には、甲担当の介護支援専門員、若しくは地域包括支援センター又は甲が住所を有する市町村に連絡を取り、必要な措置を講じます。

(利用料及びその滞納)

第9条 甲は、乙からサービスの提供を受けた時は、乙に対し、利用料自己負担分を支払います。その金額及び支払方法については別紙に記載する通りとします。

- 2 甲が、乙に支払うべき利用料の自己負担分を3ヶ月分以上滞納した場合には、乙は甲に対し、1ヶ月以上の期間を定めて、期間内に滞納額の全額の支払いがないときは本契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 3 乙は、前項の催告をした場合には、甲担当の介護支援専門員、若しくは地域包括支援センター又は甲が住所を有する市町村と連絡を取り、本契約の解除後も甲の健康・生命に支障のないように、必要な措置を講じます。
- 4 乙は、前項の措置を講じた上で、甲が第2項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもってこの契約を解除することができます。

(契約の終了)

第10条 次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- ① 第6条に基づき、甲から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- ② 第7条に基づき、甲から解約の意思表示がなされたとき。
- ③ 第8条又は第9条に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- ④ 甲が介護保険施設へ入所、又は病気などにより2カ月以上にわたってサービスの利用ができない状態が明らかになった場合。
- ⑤ 甲の要介護状態区分が、自立とされた場合。
- ⑥ 甲が死亡したとき。

(損害賠償)

- 第11条 乙は、甲に対するサービスの提供にあたって、甲の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに甲又は甲の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- 2 前項の場合において、当該事故の発生につき乙の故意若しくは重大な過失がある場合には損害を賠償します。
- 3 甲の行為により乙が何らかの被害・損害を受けた場合は、甲又は甲の代理人、甲の家族等は連帯して乙の被害を賠償します。

(秘密保持)

- 第12条 乙及び乙の従業員は、サービスを提供する上で知り得た甲又は甲の家族に関する秘密については、正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- 2 前項の規定にかかわらず、乙は、高齢者虐待防止法に定める通報ができるものとし、その場合、乙は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

(苦情処理)

- 第13条 甲又は甲の家族は、乙により提供されたサービスに不満がある場合、いつでも別紙「重要事項説明書」記載の苦情申立機関に苦情を申し立てることができます。
- 2 乙は、前項による苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上に努めます。
- 3 乙は、甲が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(サービス内容等の記録作成・保存)

- 第14条 乙は、甲に対してサービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を所定の書面に記載します。
- 2 乙は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から5年間保存します。

(契約外条項)

- 第15条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、甲及び乙の協議により定めます。

以上、契約及び重要な事項について、乙の担当者より甲及び甲の家族に対して説明を行い、甲及び甲の家族が十分理解の上同意し、この契約を証するため、甲乙記名押印して本書 2 通を作成し、各自 1 通ずつを保有することとする。

年 月 日

(甲) 私は、以上の契約及び重要な事項について説明を受け、その内容を理解し、本契約に基づくサービスの利用を申し込みます。

住 所			
氏 名	Ⓔ		
署 名 代 行 者		続 柄	

(甲の家族：私は本人の契約意思を確認しました)

住 所			
氏 名	Ⓔ	続 柄	

(乙) 私は、甲のサービス利用の申し込みを受け、甲に対し、契約及び重要な事項について説明を行い、本契約に定める義務を誠実に履行します。

説明者 _____ Ⓔ

事業者 (住 所) 鹿児島市中山町 5 2 3 7 - 1
(名 称) 医療法人 中山整形外科
(代表者) 理事長 小城 琢朗 Ⓔ