

介護予防通所リハビリテーション及び通所リハビリテーション
芦城クリニック健康スタジオ 重要事項説明書

1. 事業所の概要

- (1) 事業所名 芦城クリニック健康スタジオ
 開設者 特定医療法人社団勝木会
 所在地 〒923-8552 石川県小松市土居原町175番地
 連絡先 電話番号 0761-23-0011 FAX 0761-23-3641
 介護保険事業者番号 1710312248

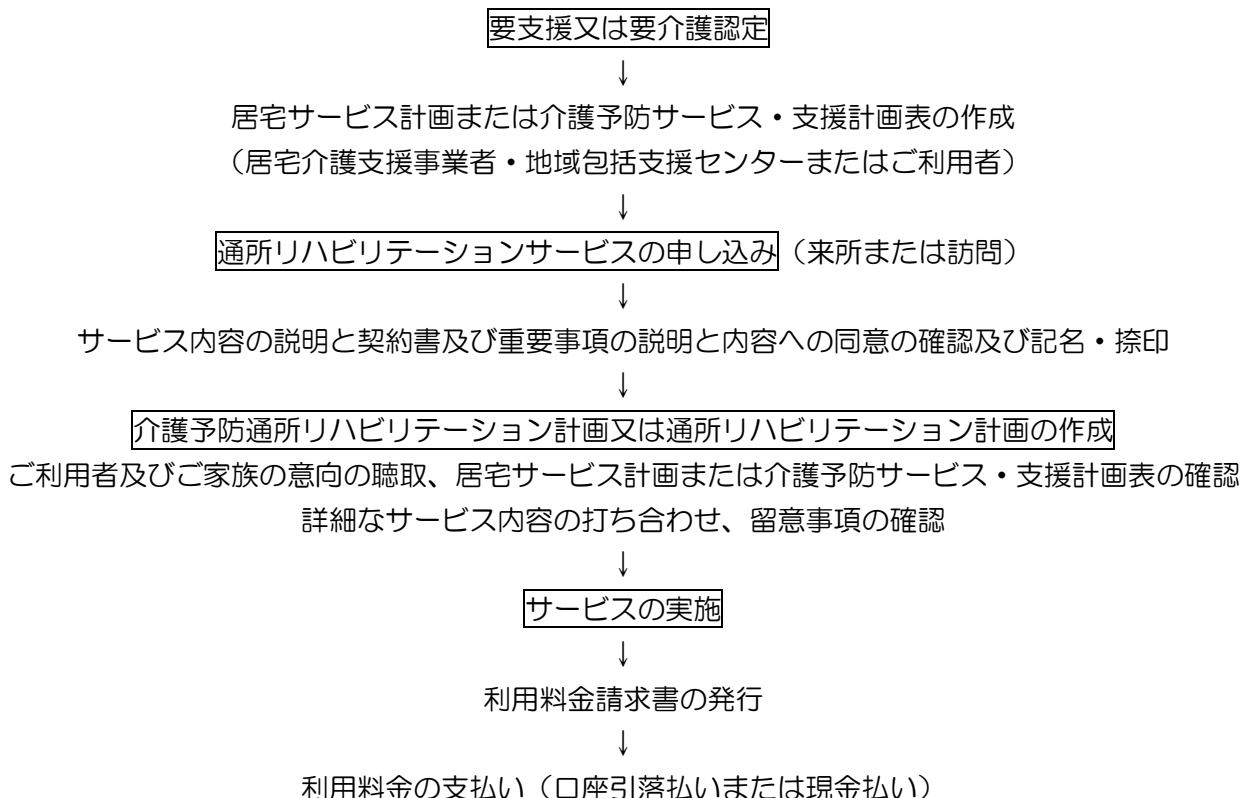
(2) 職員体制

管理者（兼）	1名	管理者は、事業所の従業員の管理及び指定介護予防通所リハビリテーション及び指定通所リハビリテーションの利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を行います
医師（兼）	1名	医師は、診療を基に必要なリハビリテーションの指示、指導、管理を行います。
理学療法士等	1名以上	理学療法士・作業療法士等は、医師の指示及び介護予防通所リハビリテーション計画書及び通所リハビリテーション計画書に基づき、通所リハビリテーションを提供します。

(3) 営業日・営業時間及び定員数

営業日	月～金曜日 休業日は木曜午後、土、日曜、祝日、 盆休8月15・16日、年末年始12月30日～1月3日
営業時間	午前の部 9時30分～10時45分 午後の部 13時45分～15時00分（木曜はなし）
定員数	午前の部 10名 午後の部 10名

2. 申し込みからサービス提供までの流れ



3. 運営方針

要介護者の心身の特徴を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう理学療法、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、利用者の心身の機能の維持回復を図り、要介護者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。

4. 利用料金

(1) 利用料

介護保険における要介護認定を受けられた方は、介護保険負担割合証に応じて、利用料の1～3割の自己負担を徴収いたします。

- ① 被保険者による保険料の滞納などにより、保険給付金が事業所に支払われない場合には、利用料の全額をお支払いいただきます（所定の手続きにより後日払い戻し）
- ② 要介護・要支援認定を受けていない方は、全額実費負担をお支払いいただきます。
- ③ 月額利用料金は別紙（月額利用料金表）をご参照ください。

(2) キャンセル料

ご利用者の都合により、サービス利用予定日当日にキャンセルした場合には、当該サービス利用料の1割を頂く場合があります。ただし、レクリエーション費や病状悪化などのやむを得ない事情の場合は発生いたしません。

(3) 利用料金の支払方法

- ① 原則、利用料金は指定口座からの自動引落でお願いします。
毎月15日までに前月分の請求書をお渡しします。口座引落は22日となりますので、それまでに所定の金額を口座にご用意ください。なお、金融機関が休日の場合は、翌営業日になります
- ② 現金での支払いを希望される場合は、その旨をお申し出ください。
毎月15日までに前月分の請求書をお渡ししますので、25日までに芦城クリニック会計窓口にてお支払いください。

5. サービス提供の記録簿

介護予防サービス・支援計画表または、居宅サービス計画書に基づいた通所リハビリテーション計画を作成し、ご利用者及びご家族に説明、同意を得て、同意書を交付するとともに、計画に沿ったサービスを提供します。

- ① 事業者は、事業提供の際に作成した記録を完成後5年間適正に保管します。
- ② 記録の開示要求があれば、所定の手続きを踏んだ上、応じることは可能です。

6. 事故発生時および緊急時の対応

サービス提供中、事故や病状の急変等の緊急事態が生じたときは速やかに主治医やご家族、保険者に連絡します。

7. 損害賠償

事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償します。ただし、損害発生において、ご利用者に故意または過失が認められた場合はその限りではありません。

8. 非常災害対策

事業所は、防災管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等の訓練を行います。

9. 業務継続に向けた取組み

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に関催するなどの措置を講じます。
- (2) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

10. 衛生管理

- (1) 従事者等の清潔の保持及び健康状態の管理や、本事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。
- (2) 感染症の予防及びまん延を防止するため、次の措置をいたします。
 - ① 感染症の予防及びまん延防止のための従業者に対する研修及び訓練を実施します。
 - ② その他感染症の予防及びまん延防止のために必要な措置を行います。

11. 虐待の防止

- (1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、次の措置をいたします。
 - ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に関催し、従事者等に周知徹底を図ります。
 - ② 虐待を防止するための従業者に対する研修を実施します。
 - ③ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制の整備を行います。
- (2) 事業所はサービス提供中に、虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に報告いたします。
(虐待防止に関する担当窓口：霜下 和也)

12. 秘密保持と個人情報保護

当事業所は、個人情報に関する法令及び内部規定にもとづいて、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びご家族の秘密を守ることを義務とします。なお、ご利用者の同意のもと、サービス担当者会議等において、個人情報を提供する場合があります。

13. プライバシーの保護

利用者様の尊厳を最大限に尊重し、プライバシーの保護に努めます。

14. サービスの終了

- (1) 当事業所のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、その1ヶ月前までに文章で通知するとともに、地域の他の事業所を紹介するなどの措置をいたします。
- (2) 利用者様の都合により終了する場合は、7日以上の予告をもっていつでも契約を解除できます。
- (3) 次の場合には自動終了となります。
 - ① ご利用者が1ヶ月以上に渡りサービス利用がなく、介護支援専門員及びご利用者又はご家族から、終了の承認を得た場合
 - ② 介護認定において「非該当」と認定された場合
 - ③ ご利用者が亡くなられた場合

15. サービス内容についての説明と同意

サービスの利用開始にあたり、当方が用意した規約と重要事項説明書をもって説明いたします。

16. 第三者評価の実施状況

実施なし

17. サービス内容に関する相談及び苦情

当事業所のサービス内容等に関するご相談及び苦情については、下記の窓口で承ります。
苦情等によりご利用者に不利益になることがないようにいたしますので、ご安心ください。

<担当窓口>

霜下 和也（芦城クリニック健康スタジオ）
電 話 0761-27-0993 F A X 0761-23-3641

<受付時間>

毎週月～金曜日 午前9時00分～午後5時00分

（木・土曜日は、午前9時00分～正午）

※不在の場合、下記の職員にご連絡いただくか、電話を受けた者に連絡先をお伝えください。
折り返しご連絡させていただきます。

担当代理：上野 弘樹（芦城クリニック健康スタジオ）
電 話 0761-23-0011 F A X 0761-23-3641

<当法人の第三者委員>

地域の民生委員の方 2名以上

<小松市長寿介護課>

0761-24-8148

<国民健康保険団体連合会>

076-231-1110

ご署名欄

年 月 日

居宅介護サービスの提供開始にあたり、ご利用者にサービス内容及び重要事項を説明しました

■事業者：特定医療法人社団勝木会 理事長 勝木保夫

■事業所：芦城クリニック 健康スタジオ

〒923-8552 小松市土居原町 175 番地

電話 0761-23-0011

説明者：_____

私はサービス内容及び重要事項について、文書に基づいて事業者から説明を受けました

■ご住所：_____

■ご利用者名：_____

（ 代理者名：_____（続柄）_____ ）

芦城クリニック健康スタジオ 通所リハビリテーション
サービス料金表

・基本料金（通常規模型通所リハビリテーション費）

	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	369 円/日	738 円/日	1,107 円/日
要介護 2	398 円/日	796 円/日	1,194 円/日
要介護 3	429 円/日	858 円/日	1,287 円/日
要介護 4	458 円/日	916 円/日	1,374 円/日
要介護 5	491 円/日	982 円/日	1,473 円/日

・加算項目

サービス提供体制加算Ⅲ	6 円/日	12 円/日	18 円/日
科学的介護推進体制加算	40 円/月	80 円/月	120 円/月
口腔栄養スクリーニング加算 Ⅰ（※算定は 2、8 月）	20 円/初回 又は 6 ヶ月毎※	40 円/初回 又は 6 ヶ月毎※	60 円/初回 又は 6 ヶ月毎※

・減算項目（事業所が送迎を行わない場合）

送迎減算（片道につき）	47 円/回	94 円/回	141 円/回
-------------	--------	--------	---------

芦城クリニック健康スタジオ 介護予防通所リハビリテーション
サービス料金表

・基本料金（通常規模型通所リハビリテーション費）

	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1	2,268 円/月	4,536 円/月	6,804 円/月
要支援 2	4,228 円/月	8,456 円/月	12,684 円/月

・加算項目

サービス提供体制加算Ⅲ 要支援 1	24 円/月	48 円/月	72 円/月
サービス提供体制加算Ⅲ 要支援 2	48 円/月	96 円/月	144 円/月
科学的介護推進体制加算	40 円/月	80 円/月	120 円/月
口腔栄養スクリーニング加算 Ⅰ（※算定は 2、8 月）	20 円/初回 又は 6 ヶ月毎※	40 円/初回 又は 6 ヶ月毎※	60 円/初回 又は 6 ヶ月毎※

・減算項目（利用開始から 13 か月以上の場合）

要支援 1	120 円/月	240 円/月	360 円/月
要支援 2	240 円/月	480 円/月	720 円/月