

重要事項説明書

1 事業所の概要

(1) 法人の概要

法人名	医療法人 社団 荒尾クリニック
所在地	熊本県荒尾市荒尾600番地3
代表者名	理事長 山田 邦夫
電話番号	0968-63-1166
FAX番号	0968-63-2447

(2) 事業所の概要

事業所名	ふれあいクリニック
所在地	熊本県荒尾市川登1761番地24
管理者名	江口 裕之
電話番号	0968-68-6565
FAX番号	0968-68-8288
事業者番号	4310411196

(3) 当事業所で併せて実施する介護保険事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員等	名 称
	指定年月日	指定番号		
通所リハビリテーション	平成12年 3月31日	4310411196	72名	ふれあいクリニック
居宅介護支援	平成11年 10月20日	4310411196		ふれあいクリニック
介護医療院 (短期入所療養介護)	令和5年 7月1日	433B040023	11床	ふれあいクリニック 介護医療院
介護予防 訪問リハビリテーション	平成18年 10月1日	4310411196		ふれあいクリニック
訪問リハビリテーション	令和3年 6月1日	4370401608		ふれあいクリニック
訪問介護	平成12年 9月1日	4370400469		介護センターふれあい

2 当事業所の目的と運営方針

当事業所は、介護保険法及び関係書法令・条例の主旨に従い、ご利用者がその能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう本サービスの提供を行う。

当事業所では、個人の尊厳・プライバシーを尊重し、ご利用者の心身の状態・環境に配慮する。居宅において可能な限り自立した生活が営めるよう適切な理学療法等リハビリを行い効果的に心身の機能の維持、回復をはかる。

3 施設の概要

敷 地		A 室 m ²	B 室 m ²
建 物	通所リハビリ室床面積	188.64 m ²	126.7 m ²
	利用定員	62 名	10 名

4 職員体制

職 種	員数	区 分				備 考
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			
医 師	1		1			
理学療法士						
看護職員						
看護職員						
介護福祉士 A 室						
介護職員 A 室						
介護福祉士 B 室						
介護職員 B 室						

5 勤務体制

職 種	勤 務 体 制	備 考
医 師（管理者）	（正規の勤務時間） 9：00 ～ 18：00	
理学療法士	（正規の勤務時間） 8：15 ～ 17：15	
看護職員	（正規の勤務時間） 8：15 ～ 17：15	
介護職員	（正規の勤務時間） 8：15 ～ 17：15	

6 営業時間

月曜日～土曜日 8時15分から17時15分
サービス提供時間 9時～16時30分
日曜日及び1月1日（元旦）…休み

7 実施地域

荒尾市・大牟田市・玉名市 {一部（岱明）}・長洲町・南関町

8 利用料金

(1) 介護保険給付対象サービスおよび各種加算

※介護報酬改定の都度、変動しますので、別紙にてお知らせします。

(2) 介護保険給付対象外サービス

サービス種別	サービスの内容	料 金
食 事	食事時間 昼食 12時 ～ *アレルギーや好き嫌いを事前にお尋ねしています。	500円
おむつ代	希望・要請時、もしくはやむを得ず使わなければならない時に使用します。	価格の変動がございますので、その都度お尋ね下さい。
レクリエーション行事	参加は任意です。	事前にお知らせし、実費をご負担いただくことがあります。

<お支払方法>

料金は月ごとの精算とし、本事業所が定める期日までに、本人負担分（各利用者の負担割合証に記載された負担割合を乗じた額）をお支払ください。お支払いいただきますと領収書を発行します。お支払方法は、銀行振込・現金払いをお選びください。

9 サービスの終了

- ア お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する旨をお申し出ください。
- イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事業により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1か月前までに文書で通知いたします。
- ウ ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、自立と認定された場合
・お客様が亡くなられた場合
- エ その他
お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、1 カ月以上の料金滞納があり、再三の督促にも関わらずお支払いいただけない場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

10 個人情報の取扱につきまして

当事業所は「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲（下記記載）においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修につとめ、漏洩に注意を払います。また、情報を第三者に提供する場合には別紙にてご提示し、事前にお客様のお承諾をいただいております。あらかじめお示しした用途以外には決して利用しません。

- ① お客様に提供する介護サービス
- ② 当院の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ③ 他の医療機関・介護機関との連携
- ④ 家族等への状況説明
- ⑤ 行政機関等、法令に基づく照会・確認
- ⑥ 賠償責任保険等に係る専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑦ その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力・職員研修等）
- ⑧ 当院新聞『ふれあい便り』にて利用者・家族様の写真等の掲載

1 1 情報開示につきまして

当事業所は、お客様の求めに従って、お客様ご自身に関する情報(リハビリ記録、サービス提供記録に類するもの、その他)を開示しております。遠慮なくお尋ねください。

ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、当事業所所定の書面によりご本人様のご了解を得てからの情報提供になります。あらかじめご了承ください。

1 2 事故・トラブル発生等につきまして

本説明書1-(2)の電話番号宛、または担当者宛にご連絡をお願いいたします。

必要に応じて、ケアマネジャー、他のサービス事業者、市町村窓口等へ連絡等必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

1 3 苦情等につきまして

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一 不満や苦情がございましたら、遠慮なくお申し付けください。下記電話番号、責任者宛にご連絡をお願いいたします。

ふれあいクリニック 担当 中浴 剛	0968-68-6565
国民健康保険団体連合会苦情相談窓口	096-214-1101
荒尾市介護保険課	0968-63-1418

1 4 非常災害時の対策

災害時の対応	別に定める「消防計画」および「災害時対応マニュアル」にのっとり行動します。
訓練等	消防計画にのっとり、年2回、避難訓練を行います。
防災設備	当施設の防災設備 避難階段、火災報知機、ガス漏れ探知機、非常用発電装置 消火器、防火扉、屋内消火栓
消防計画等	荒尾消防署へ届出 防火管理者： 前田 祐世

1 5 ご利用上の留意点

来訪・同席	来訪時間 10時 ～ 15時 来訪者は面会時間を遵守し、その都度職員へ届出を行ってください。
設備・器具等の利用	施設、器具を本来の用途以外に用いて破損した場合などは弁償していただく場合があります。
喫煙	当施設内は原則禁煙となっています。 (喫煙は指定された場所で行ってください。)
迷惑行為等	騒音を立てたり、無断で施設内の他の部屋に入らないでください。 政治活動、布教活動は禁止です。

動物の持ち込み	原則禁止とさせていただきます。 施設が行う飼育、または特別な事由による事前承認による例外的 持ち込みは別途相談させていただきます。
---------	---

16 事業所は虐待の発生又はその再発を防止するために、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

1 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。

(1) 虐待防止のための指針を整備する。

(2) 従業者に対し虐待防止のための研修を定期的実施する。

2 事業所はサービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに市町村へ通報するものとする。

17 (ハラスメント対策) について

適切な指定通所リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動があつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものより介護スタッフ、理学療法士等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

18 提供するサービスの第三者評価の実施について

実施の有無	実施した直近の年月日	実施した評価機関の名称	評価結果の開示状況
無	令和 年 月 日		

説明事項確認書

私は、本書面により、「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

ご利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断、対応します。
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。)

住所 _____

氏名 _____ 印

ご利用者との関係(○印)

親族 (: 続柄 _____)

成年後見人

代理人

*確認資料をお見せいただく場合がございます。
あらかじめご了承ください。

通所リハビリサービスの提供にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明
いたしましたし

(説明者)

氏 名 _____ 印

(事業所)

所在地 熊本県荒尾市川登1761番地24

医療法人 社団 荒尾クリニック

事業所名 ふれあいクリニック

代表者 山田 邦夫 _____ 印