

## ワシミ整形外科 介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防通所リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからぬこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第8条の規定に基づき、指定介護予防通所リハビリテーションサービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

### 1 指定介護予防通所リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人 公輔会
代表者氏名	理事長 鷺見大輔
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	岡崎市久後崎町キロ14番地2 電話・FAX 0564(52)8811
法人設立年月日	昭和49年5月1日

### 2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	ワシミ整形外科
介護保険指定事業所番号	23121025082
事業所所在地	岡崎市久後崎町キロ15番地2
連絡先 相談担当者名	電話 0564(64)6977 FAX 0564(47)7990 鷺見大輔 松島愛(担当) 阿部拓海(担当)
事業所の通常の 事業の実施地域	岡崎市
利用定員	20人
指定年月日	平成25年2月1日

## (2) 事業の目的及び運営の方針

事 業 の 目 的	要支援状態と認定された利用者に対し、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実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運 営 の 方 針	<p>1 当施設では、介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう住宅ケアの支援に努める。</p> <p>2 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行なわない。</p> <p>3 当施設では、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・健康・福祉サービスとの連携を図り、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努める。</p> <p>4 当施設では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が笑顔で過ごすことができるようサービス提供に努める。</p> <p>5 サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。</p> <p>6 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。</p>

## (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日（但し国民の祝日、お盆、年末年始期間を除く）
営 業 時 間	午前 8 時 50 分～午前 10 時 00 分 午後 3 時 50 分～午後 5 時 00 分

(4) 事業所の職員体制

管理者	鷲見大輔
-----	------

職	職務内容	人員数
管理者（又は管理者代行）	1 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	1名
専任医師	1 利用者に対する医学的な管理指導等を行います。 2 それぞれの利用者について、介護予防通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。	1名
理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）若しくは介護職員	1 医師及び理学療法士、作業療法士その他の従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護予防通所リハビリテーション計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 2 利用者へ介護予防通所リハビリテーション計画を交付します。 3 介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、必要な理学療法、作業療法、その他のリハビリテーション及び介護ならびに日常生活上の世話を行います。 4 指定介護予防通所リハビリテーションの実施状況の把握及び介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行います。	4名

### 3 提供するサービスの内容及び費用について

#### (1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
通所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。
リハビリテーション	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、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師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。
	運動器機能の評価と訓練	運動器機能（握力・歩行速度・バランス能力）を評価し、それに基づき訓練を行います。
特別なサービス	リハビリテーションマネジメント	通所リハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し必要に応じて計画を見直します。 理学療法士等が指定居宅介護支援事業者を通じて、指定訪問介護事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者へ日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。 新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対し、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等がサービス開始日から1月以内に利用者の居宅を訪問し診察、運動機能検査、作業能力検査等を行います。 医師が通所リハビリテーションの実施に当たり、理学療法士等に対し、利用者に対するリハビリテーションの目的に加え、リハビリテーション開始前または実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行います。

#### (2) 介護予防通所リハビリテーション従業者の禁止行為

介護予防通所リハビリテーション従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類の預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合は除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額について  
 (介護保険を適用する1割負担の場合)

		利用単位
要支援1	通常規模型	2268 単位/月
要支援2	通常規模型	4228 単位/月

12カ月減算	要支援1	-120 単位/月
	要支援2	-240 単位/月

4 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<p>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致します。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日までに利用者にお渡し致します。何らかの理由によりお渡しできない場合、郵送致します。</p>
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>ア お支払いは利用者指定口座の自動振替となりますので、利用翌月の 26 日までに利用者指定口座へお支払い下さい。</p> <p>イ お支払いの確認を致しましたら、領収書をお渡し致しますので、必ず保管されますようお願い致します。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）</p>

※ 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支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

5 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよ

う、必要な援助を行うものとします。

- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防通所リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「介護予防通所リハビリテーション計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします
- (4) サービス提供は「介護予防通所リハビリテーション計画」に基づいて行ないます。なお、「介護予防通所リハビリテーション計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます
- (5) 介護予防通所リハビリテーション従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行ないます。

## 6 虐待の防止への対応

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「高齢者虐待防止法(略称)」に基づき次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	鷺見大輔
-------------	------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 委員会・指針を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 7 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行なことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなつた場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 8 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>① 事業者は、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・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
② 個人情報の保護について (別紙・個人情報保護方針参照)	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

## 9 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

## 10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 1.1 心身の状況の把握

指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

## 1.2 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「介護予防通所リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

## 1.3 サービス提供等の記録

- ① 指定介護予防通所リハビリテーションの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の終了の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
- ③ 提供した指定介護予防通所リハビリテーションに関し、利用者の健康手帳の医療の記録に係るページに必要な事項を記載します。

## 1.4 非常災害対策

- ① 事業所に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。  
災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（院長 鶩見大輔）
- 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。

## 1.5 衛生管理等

- ① 指定介護予防通所リハビリテーションの用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 指定通所介護事業所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。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

## 16 サービス提供に関する相談、苦情について

### (1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定介護予防通所リハビリテーション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の窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

### (2) 苦情申立の窓口

<b>【事業者の窓口】</b> (事業者の担当部署・窓口の名称) ワシミ整形外科・院長	所在地 岡崎市久後崎町キロ15番地2 電話・FAX (0564) 52-8811 受付時間 午前9時～午後0時(月～金)
<b>【市町村(保険者)の窓口】</b> 岡崎市役所 介護保険課	所在地 岡崎市十王町2丁目9番地 (福祉会館1F19番窓口) 電話 (0564) 23-6682 FAX (0564) 23-6520 受付時間 午前8時30分～午後5時15分(月～金)
<b>【公的団体の窓口】</b> 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課・苦情相談室	所在地 名古屋市東区泉1丁目6番5号 国保会館南館7F 電話 (052) 971-4165 FAX (052) 962-8870 受付時間 午前9時～午後5時(月～金)

## ご利用の際の持ち物

- ① 中履きのシューズ
- ② 動きやすい服装
- ③ タオル(汗をかく為)
- ④ 水分補給用の、お飲物
- ⑤ 外履きシューズを入れる袋

利用当日に急遽欠席される場合、AM8:30 以降に下記連絡先までご連絡お願い致します。

ワシミ整形外科 TEL0564-64-6977

17 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第8条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在 地	岡崎市久後崎町キロ15番地2	
	法 人 名	医療法人 公輔会	
	代 表 者 名	鷺見 大輔 印	
	事 業 所 名	ワシミ整形外科	
	説 明 者 氏 名	印	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
	電話番号	

代理人	住所	
	氏名	印

利用者ご本人様が、何らかの理由で署名できない場合は、代理人様の代筆と代理人欄に、代理人ご本人様のご署名を、お願い致します。

《重要》緊急時の場合の、ご家族様のご連絡先記入をお願い致します。

ご家族	住所	
	氏名	
	電話	