

重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション)

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。わからないこと、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、福山市における指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例の規定に基づき、指定介護予防通所リハビリテーション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を提供する事業者について

事業者名称	医療法人 慈慧会 亀川病院
代表者氏名	理事長 亀川 禎央
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	広島県福山市神辺町字下御領682番地1 電話 (084) 966-0066 F A X (084) 965-0532
法人設立年月日	平成 17 年 11 月 1 日
業務の内容	訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション 診療科目 整形外科、形成外科、内科、眼科、神経内科 リハビリテーション科、麻酔科
事業所数	1

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	医療法人 慈慧会 亀川病院
介護保険指定 事業者番号	3414410344号
事業所所在地	広島県福山市神辺町字下御領682番地1
連絡先 相談担当者名	電話 (084) 966-9277 F A X (084) 965-0532 責任者 中岡由香利
事業所の通常の 事業の実施地域	福山市（神辺町、加茂町、御幸町、駅家町） 井原市（高屋町、大江町、出部町）
利用定員	35名（通所リハビリテーションを含む）

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	医療法人慈慧会亀川病院介護予防通所リハビリテーションは、要支援状態となった利用者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、理学療法、作業療法等が必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り生活機能の維持又は向上を図ることを目的としています。
-------	---

運 営 の 方 針	1. 介護予防通所リハビリテーションは、利用者の動作能力・身体機能面の低下防止や利用者を介護する者の負担軽減、利用者の社会参加の促進と活動性の向上を図り、利用者が自分らしく生きがいを持って毎日を過ごせるようになる為に、リハビリテーションの目標、当該目標を達成する為の具体的なサービスの内容等を記載した「通所リハビリテーション計画書」または「介護予防通所リハビリテーション計画書」に基づき目標を設定し、発行した「計画書」はご利用者様に説明を行い、同意を得て実施する。 2. 提供する介護予防通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図る。 3. 利用者又はその家族に対しサービス提供方法等について理解しやすいよう説明を行う。 4. 常に利用者の心身状況とその置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し適切な相談及び助言を行う。 5. 介護予防通所リハビリテーションの実施に当たっては、居宅介護支援事業所・関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス及び地域包括支援センター等との綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努める。 6. サービス提供終了の際には、利用者又はその家族に対して適切な指導を行い、医療機関の医師又は情報提供を受けた場合の主治医・居宅介護支援事業所等に対して情報提供を行う。
-----------	---

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から土曜日までとする。ただし、祝日、12/30～1/3 日を除く
営 業 時 間	午前 8 時 15 分～午後 5 時 15 分までとする

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日から土曜日までとする。ただし、祝日、12/30～1/3 日を除く
サービス提供時間	午前 9 時 15 分～午後 4 時 20 分まで

(5) 事業所の職員体制等

管理者	亀川 禎央
-----	-------

職種	業務内容
管理者 (医師)	職員・業務の管理を、役責者とともに行います。
医師	従業者と共同し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、利用者の健康状態等を把握します。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	医師の指示のもと、「介護予防通所リハビリテーション計画書」及び「リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書」を作成するとともに、利用者に対して理学療法などの必要なリハビリテーションを行います。また、サービスの実施状況及びその評価を実施記録等に記載します。

看護師	1. サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2. 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3. 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。 4. 医師の指示のもと、「介護予防通所リハビリテーション計画」に従いサービスを実施し、サービスの実施状況及びその評価を実施記録等に記載します。
介護職	「介護予防通所リハビリテーション計画」に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。また、サービスの実施状況及びその評価を実施記録等に記載します。

※ 事業所に勤務する従業者の員数は厚生労働大臣の定める人員に関する基準に適合し、かつ利用者に対し適切な介護予防通所リハビリテーションを提供できる適当数とする。

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
リハビリテーション		専門職種による利用者の状況に適した個別的なリハビリテーション及び集団訓練を「介護予防通所リハビリテーション計画書」に基づき行い、身体機能・動作能力の維持回復および生活の質の向上に努めます。
利用者居宅への送迎		事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
アクティビティ	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	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歌唱、体操などを通じた訓練を行います。又、利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
	物理療法等	「介護予防通所リハビリテーション計画書」に基づき、専門職種による器械・器具等を使用したリハビリテーションを行います。

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、看護職員、機能訓練指導員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、書類などの預かり
- 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を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動その他迷惑行為

(2) 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

介護予防通所リハビリテーション 基本サービス料・加算

○基本サービス

基本サービス	要支援1 2, 268円/月 要支援2 4, 228円/月
--------	----------------------------------

○加算

一体的サービス提供加算	480円/月 (リハビリテーションの計画と共に栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのいずれかを月に2回以上行う)
退院時共同指導加算	600円/当該退院につき1回 (退院前カンファレンスにリハスタッフ参加し、入院中・退院後リハビリ計画を共有する)
サービス提供体制強化加算 (I)	要支援1 88円/月 要支援2 176円/月
生活行為向上リハビリテーション 実施加算(1~6ヶ月)	562円/月(個別実施)
栄養改善加算	200円/回(3ヶ月以内、月2回まで算定)(個別実施)
科学的介護推進体制加算	40円/月
介護職員等処遇改善加算(IV)	介護報酬総単位数×サービス別加算率(5.3%)

※基本利用回数を、支援1の方は週1回、支援2の方は週2回の利用とさせていただきます。

上記記載負担額は、1割負担分です。介護負担割合証にて2割・3割の方もおられます。

4 実費利用について

基本利用回数に追加して利用される場合は、保険外適用として実費で利用する事ができます。

利用料金は、食事代・送迎込みで1回2, 500円となります。

ただし、介護保険による利用を優先としますので、利用定員の空状況に応じて、お断りする場合があります。

その他の費用について

食事の提供に要する費用	1食 650円 (当日8:30以降のキャンセルの場合、実費を頂きます)
おむつ代	尿パット1枚21円 はくパンツ1枚155円

マスク代	マスク 1 枚 1 0 円
創作活動費	材料費等が発生する場合は申し込みを持って別途実費を頂きます

5 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	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 10 日に発行しそれ以降の利用時にお渡しします。
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	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 20 日までに、現金にてお支払い下さい。 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、領収書をお渡ししますので、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。）

※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 3 ヶ月以上遅延し、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きます。

6 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書」及び加算に応じて「リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書」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書」及び「リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書」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書」及び「リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書」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書」及び「リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書」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十分な配慮を行ないます。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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、虐待防止のための指針を整備しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 亀川 禎央
-------------	-----------

- (2) 適切に実施するための担当者を置いています。
- (3) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。
- (4) 従業者に虐待を防止するための研修を実施しています。
- (5) 虐待の疑いや発生があった場合、指針に基づき適切に対応します。

8 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、利用者又は家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。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った場合は、直ちに身体拘束を解きます。

9 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	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。 ② 事業者及び事業者の使用する者は、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。 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。 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、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	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ぬ。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ぬ。 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。 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。）
--	--

10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、ご利用者様に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医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。

- ① 早期に受診を必要とする場合
- ② 感染症の疑いが強い場合
- ③ その他緊急に連絡が必要な場合など

上記の場合、ご家族に迎えに来て頂き、受診又は帰宅をお願いすることがあります。緊急連絡先は利用中に確実に連絡できる方の連絡先を記入して下さい。

係りつけ医： _____ 主治医： _____

緊急連絡先①氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____

TEL ① (_____) (自宅・職場・携帯)
 ② (_____) (自宅・職場・携帯)

緊急連絡先②氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____

TEL ① (_____) (自宅・職場・携帯)
 ② (_____) (自宅・職場・携帯)

11 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。

また、利用者に対する指定通所リハビリテーションの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。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン日本興亜(株)
保険名	医師賠償責任保険
保障の概要	業務遂行中の事故等

1 2 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 3 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書」及び「リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書」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 4 サービス提供の記録

- 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日から2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。

1 5 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）理事長 亀川 禎央

- 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。

避難訓練実施時期：毎年2回

1 6 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 指定介護予防通所リハビリテーション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。亀川病院感染対策専門部会（ICT部会）の対策に基づいて対応します。
- 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。

17 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）
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
- ・ 苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。
 - ・ 管理者は担当者から事実関係の確認を行う。
 - ・ 把握した状況を管理者とともに検討を行い、時下の対応を決定する。
 - ・ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 医療法人慈慧会亀川病院	所在地 福山市神辺町字下御領 682 番地 1 電話番号 (084) 966-9277 FAX 番号 (084) 965-0532 受付時間 8:15～17:15 通所リハビリテーション責任者 中岡由香利
【福山市（保険者）の窓口】 長寿社会応援部介護保険課	所在地 福山市東桜町 3 番 5 号 電話番号 (084) 928-1166 FAX 番号 (084) 928-1732 受付時間 8:30～17:15
【神石高原町（保険者）の窓口】 保健課介護保険係 (保健福祉センター)	所在地 神石郡神石高原町小島 1701 番地 電話番号 (0847) 89-3535 FAX 番号 (0847) 85-3541 受付時間 8:30～17:15
【井原市（保険者）の窓口】 井原市介護保険課	所在地 井原市井原町 311-1 電話番号 (0866) 62-9519 FAX 番号 (0866) 65-0268 受付時間 8:30～17:15
【公的団体の窓口】 広島県国民健康保険団体連合会	所在地 広島市中区東白島町 19 番 49 号 電話番号 (082) 554-0783 FAX 番号 (082) 511-9126 受付時間 8:30～17:30
【公的団体の窓口】 岡山県国民健康保険団体連合会	所在地 岡山市北区桑田町 17-5 電話番号 (086) 223-8811- FAX 番号 (086) 223-9109 受付時間 8:30～17:30

付則：

以上の記載内容につき変更が生じた場合は、「変更一覧表」に変更内容を記載し、利用者と事業者の双方の合意をもって、記名・押印をし、本書に添付することとします。事業者は変更内容につき「重要事項説明書」の該当箇所を利用者に十分説明するものとします。

18 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	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	事業所名	医療法人 慈慧会 亀川病院
	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。

ご利用者様	住所	
	氏名	印

ご家族様 又は後見人	住所	
	氏名	印（続柄）