

重要事項説明書

(介護予防)通所リハビリテーション

利用者： _____ 様

事業者：やす整形外科クリニック通所リハビリテーション

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

| | |
|----------|--------------------------------------|
| 事業名 | やす整形外科クリニック通所リハビリテーション |
| 所在地 | 〒673-0012 兵庫県明石市和坂12-16 カトレアビル |
| 連絡先 | (電話) 078-924-4455 (FAX) 078-924-4456 |
| 管理者名 | 大西 康央 同一敷地内に所在するやす整形外科クリニック院長と兼務 |
| サービス種類 | 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 |
| 介護保険指定番号 | 2812007306号 |
| サービス提供地域 | 明石市、神戸市西区 |
| 開設年月日 | 令和2年4月1日 |

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

| | |
|-----|-----------------------------------|
| 平日 | 午前9:00 ~ 午後5:00 |
| 土曜日 | 午前9:00 ~ 午後12:00 |
| 定休日 | 土曜日午後・日曜日・祝日、8月13~15日、12月30日~1月3日 |

※台風による暴風・大雪警報などで訪問に支障が生じた場合は、臨時休暇を頂く場合がございます。

(3) 職員体制

| | |
|-------------------|-------------|
| 管理者 | 医師 大西 康央 1名 |
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 実情に応じた必要数 |

【理学療法士等の職務内容】

- サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。
- 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が多職種協同により、リハビリテーションに関する解決すべき課題を把握します。計画作成に当たっては、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、具体的な目標や具体的なサービスを記載します。訪問リハビリテーション計画を作成するに当たっては、居宅サービス計画にそって作成し、利用者、家族に説明したあとで、利用者の同意を得ます。また作成した計画は、利用者に交付します。
- 通所リハビリテーション計画に基づき、指定通所リハビリテーションのサービスを提供します。
- 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。
- それぞれの利用者について、指定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について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

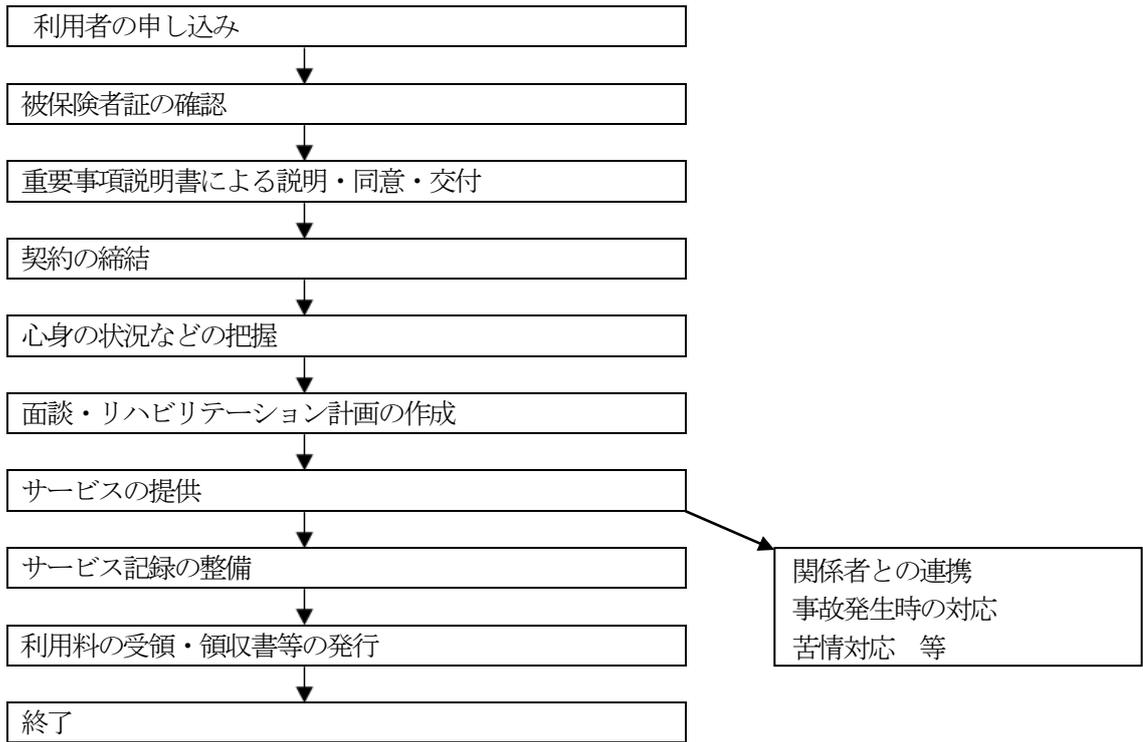
2 事業の目的及び運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | やす整形外科クリニック通所リハビリテーションが行う運営に関する事項を定め、事業所の理学療法士等が、医師が指定通所リハビリテーションの必要を認めたと高齢者に対し、安心して日常生活を過ごすことができるよう適正な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とする。 |
| 運営の方針 | 事業所の理学療法士等は、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、必要なリハビリテーションを行うことにより、心身の機能の維持回復を図る。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |

3 サービス内容及びサービス提供について

- (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します。
- (3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、介護予防通所リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者へ交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。
- (4) サービス提供を行う職員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。
- (5) 理学療法士や作業療法士が、医師の指示に基づいて、ご利用様がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (6) 心身の状況の把握 指定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します。
- (7) 居宅介護支援事業者等との連携通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。
- (8) サービス提供の記録
 - ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は、提供の日から 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。
- (9) 衛生管理等
 - ① サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
 - ② 指定通所リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
 - ③ インフルエンザやノロウイルスなど感染があった場合、感染マニュアルにそって一定期間リハビリテーションを中止いたします。
- (10) 通所リハビリテーションの禁止行為 指定訪問リハビリテーション事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 設備・備品の利用は、本来の用法に従って利用すること。これに反した利用による破損等の際、利用者に弁償義務が生じる場合があります。
 - ② 所持品・備品等の持ち込みについて、管理は利用者の責務とします。
 - ③ 金銭・貴重品の管理について、多額の金銭や高額な貴金属は持ち込み禁止とする。その他は原則として利用者管理とし、施設での管理は行いません。
 - ④ 他利用者への迷惑行為は禁止です。
 - ⑤ 差し入れについて、食べ物・飲み物何れも原則として禁止です。
 - ⑥ 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）
 - ⑦ 身体的拘束等を行う場合には、その態様および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

サービス提供の流れ



4 虐待の防止について

(1) 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。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 | 管理者医師 大西 康央 |
|-------------|-------------|

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話措置等の活用方法）を定期的開催すると共に、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- (5) 従業員に対する虐待の発生またはその再発を防止するために啓発・普及するための研修を実施しています。

5 秘密の保持と個人情報の記載について

| | |
|------------------------|--|
| 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する者（以下「従業員」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。④ 事業者は、従業員に、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、従業員である 期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の 内容とします。</p> |
|------------------------|--|

| | |
|-------------|---|
| 個人情報の保護について | <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> |
|-------------|---|

6 事故発生時の対応方法について

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訪問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。

7 利用料金

(1) 費用

基本利用料として介護保険法等に規定する額の支払いを利用者から受けるものとする。

介護保険で居宅サービス計画書に基づく訪問リハビリテーションを利用する場合は、介護報酬告示上の額の1割～3割を徴収するものとする。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたしますので、25日までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) 料金表

① - 1：要支援1・2の場合の介護保険該当利用料／1月につき

| 介護度 | 単位 | 利用料金（1割負担） | 利用料金（2割負担） | 利用料金（3割負担） |
|------|---------|------------|------------|------------|
| 要支援1 | 2,268単位 | 約2,342円 | 約4,684円 | 約7,026円 |
| 要支援2 | 4,228単位 | 約4,367円 | 約8,734円 | 約13,101円 |

※利用開始月から12ヶ月越え利用の場合、1月あたり以下の単位数を減算。

※要件を満たした場合、減算なし。

・3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。

・利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※要件を満たさない場合 要支援1 120単位/月減算、要支援2 240単位/月減算

※運動器機能向上加算については、基本報酬に包括化されました。ご利用者の運動器の機能を把握し、理学療法士、介護職員、生活相談員やその他の関係者で共同して運動器機能向上計画を作成。ご利用者ごとの運動器機能向上計画に基づき、理学療法士、介護職員などの関係職員が運動器の機能向上サービスを個別的に実施。ご利用者の運動器機能向上計画に基づき、実施されているサービスの進捗について、定期的に記録を行います。

① - 2 : 要介護1～5の場合の介護保険該当利用料/1日につき

| 介護度 | | 1時間～2時間コース | | |
|-----|-------|------------|------------|------------|
| 単位 | | 利用料金(1割負担) | 利用料金(2割負担) | 利用料金(3割負担) |
| 1 | 369単位 | 約381円 | 約762円 | 約1,143円 |
| 2 | 398単位 | 約411円 | 約822円 | 約1,233円 |
| 3 | 429単位 | 約443円 | 約886円 | 約1,329円 |
| 4 | 458単位 | 約473円 | 約946円 | 約1,419円 |
| 5 | 491単位 | 約507円 | 約1,014円 | 約1,521円 |

| 加算項目 | 単位 | 利用料金 (1割負担) | 利用料金 (2割負担) | 利用料金 (3割負担) |
|--|----------------|----------------|------------------|--------------------|
| リハビリテーションマネジメント加算(イ)1月に1回 同意日の属する月から6月以内 同意日の属する月から6月越 | 560単位 240単位 | 約578円 約247円 | 約1,156円 約494円 | 約1,734円 約741円 |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ)1月に1回 同意日の属する月から6月以内 同意日の属する月から6月越 | 593単位 273単位 | 約612円 約282円 | 約1,224円 約564円 | 約1,836円 約846円 |
| リハビリテーションマネジメント加算(ハ)1月に1回 同意日の属する月から6月以内 同意日の属する月から6月越 | 793単位 473単位 | 約819円 約488円 | 約1,638円 約976円 | 約2,457円 約1,464円 |
| 事業所の医師が利用者又はその 家族に対して説明し、利用者 の同意を得た場合 1月につき | 270単位 | 約278円 | 約556円 | 約834円 |

※リハビリテーションマネジメント加算(イ)については、リハビリテーション会議(テレビ会議可)を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録します。また、3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直します。リハビリ職員が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行います。リハビリ職員が(指定居宅サービスの従業者と)利用者の居宅を訪問し、その家族(当該従業者)に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。リハビリテーション計画について、計画作成に関与したリハビリ職員が説明し、同意を得るとともに、医師へ報告します。上記に適合することを確認した場合、1月に1回算定します。

※リハビリテーションマネジメント加算(ロ)については、上記の要件に加えて、リハビリテーションの提供状況に関するデータを厚生労働省へ提出。リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していることに限り、1月に1回算定します。

※リハビリテーションマネジメント加算（ハ）については、上記の要件に加えて、事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔の健康状態の評価を行っていること。利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に関わる解決すべき課題の把握を行なっていること。利用者ごとに関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。共有した情報を踏まえ、必要に応じ通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること。上記に適合することを確認した場合、1月に1回算定します。

(4) その他の費用

(5) 交通費 通常の事業の実施地域を越えて行う送迎の交通費は、その実費を徴収する。
 なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。
 実施地域を越えてから、1kmあたり〇〇円 消費税の往復分

(6) キャンセル料

| | |
|--------------------------|-----------------|
| ① ご利用日の前営業日までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ②ご利用日の前営業日までにご連絡がなかった場合 | 介護保険にて定める料金の50% |

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。
 キャンセルをされる場合は、事業所までご連絡ください。

8 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル・虐待防止 連絡など）

| | |
|----------|---|
| 相談方法・連絡先 | 電話 078-924-4455 |
| 担当者 | 責任者 大西 康央 不在時には、基本的な事項については誰でも対応できるようにすると共に担当者に必ず引き継ぎを行います。 |
| 窓口開設時間 | 9:00～16:30（休日を除く） |
| その他相談窓口 | <ul style="list-style-type: none"> ・明石市高年介護室 兵庫県明石市中崎1丁目5番1号 電話番号（直通）：078-918-5091/FAX078-919-4060 ・兵庫県国民健康保険団体連合会介護福祉課苦情相談係 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号（センタープラザ内） 電話番号（直通）：078-332-5617/FAX078-332-5650 ・兵庫県介護保険審査会 兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目10番1号（兵庫県庁介護保険課計画調整班） 電話番号（直通）：079-341-7711 |

・担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

9. 非常災害対策

- ① 消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。
 - ② 防火管理者には、事業所管理者とは別に定めます。
 - ③ 火元責任者には、事業所職員を充てます。
 - ④ 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼する。点検の際は、防火管理者が立ち会います。
 - ⑤ 非常災害設備は、常に有効に保持するよう努めます。
 - ⑥ 火災の発生や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務を遂行します。
 - ⑦ 防火管理者は、施設職員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
- (二) 防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）……年1回以上
- (二) 非常災害用設備の使用方法の徹底-随時
- その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

10 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

| | | |
|---------------------------------|---------------------|--------|
| 主治医 | 病 院 名 | |
| | 主治医氏 名 | |
| | 連 絡 先 | |
| ご本人 | 連 絡 先 (携帯) | |
| ご家族 | 氏 名 | (続柄：) |
| | 連 絡 先 | |
| 緊急連絡先 | 氏 名 | (続柄：) |
| | 連 絡 先 | |
| 主治医・ご家族などへの 連 絡 基 準 | | |

【事業者】

住 所： 兵庫県明石市和坂12-16 カトレアビル

社 名： やす整形外科クリニック

代表者： 院長 大西 康央

印

【事業所】

住 所： 兵庫県明石市和坂12-16 カトレアビル

事業所名： やす整形外科クリニック通所リハビリテーション

(指定番号

)

担当者 _____ より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

_____年 _____月 _____日

【ご利用者】 住 所 _____

氏 名 _____ 印

【代理人】 住 所 _____

氏 名 _____ 印(続柄 _____)

署名代行理由： _____