

# 重要事項説明書

(通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション用)

## 1 通所リハビリテーション及び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	学校法人 佑愛学園
代表者氏名	理事長 丹羽 治一
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	愛知県清須市一場519番地 佑愛学園法人本部 電話052-409-3311・ファックス番号052-400-6413
法人設立年月日	昭和57年3月30日

## 2 利用者に対する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	ゆうあいリハビリクリニック(ゆうあいデイケアセンター)			
介護保険指定 事業所番号	2317300438			
事業所所在地	愛知県清須市一場518番地			
連絡先 相談担当者名	電話 052-401-1611 ファックス番号052-401-1311 看護職員 長井多美子			
事業所の通常の 事業の実施地域	運営規定に定める地域			
利用定員	① 1単位目	② 2単位目	③ 3単位目	④ 4単位目
	10名	10名	20名	6名

### (2) 事業所の目的及び運営方針

要介護状態又は要支援状態にある高齢者等に対し、適正な通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションを提供することを目的とします。

サービスの提供にあたっては、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。

事業の実施にあたっては、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・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図ります。

### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	毎週 月・火・水・木・金曜日 ただし、国民の休日及び12月29日から1月3日までを除く。
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで

### (4) サービス提供時間

サービス提供日	毎週 月・火・水・木・金曜日 ただし、国民の休日及び12月29日から1月3日までを除く。
サービス提供時間	午前9時10分から午後4時45分まで

(5) 事業所の職員体制

管理者	横井 清
-----	------

職	職務内容	人員数
管理者	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(兼務)
専任医師	利用者に対する医学的な管理指導等を行います。	1名(兼務)
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画(以下「リハビリテーション計画」という。)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。</li> <li>2 利用者へリハビリテーション計画を交付します。</li> <li>3 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を行います。</li> <li>4 それぞれの利用者について、リハビリテーション計画に沿ったサービスの実施状況の把握及びその評価を診療記録に記載します。また必要に応じてリハビリテーション計画の変更を行います。</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理学療法士又は作業療法士 4名以上 (2名常勤専従、1名常勤兼務、1名以上非常勤専従)</li> <li>・看護師 1名 (1名常勤専従)</li> <li>・介護福祉士 2名 (2名非常勤専従)</li> </ul>
事務職員	介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	3名 (常勤兼務1名、非常勤兼務2名)

### 3 提供するサービスの内容

(1) 提供するサービスの内容について

①機能訓練サービス

個別リハビリテーション、体操その他の運動、心身のリラクゼーション、趣味活動等のサービスを提供します。

② 日常生活上の援助

排泄・移動の介助やその他必要な身体の介護を行います。

③ 健康管理の確認

④ 送迎

⑤ 相談・助言等

日常生活における介護等に関して相談に応じ、助言を行います。

## 4 利用料について

提供するサービスは下記のとおりとします。

要 支 援	基本料金(月額)	1～2時間	3～4時間
	要支援1	2268単位	2268単位
	要支援2	4228単位	4228単位
	* 利用開始から12か月以上ご利用の場合		
	要支援1	△120単位	△120単位
	要支援2	△240単位	△240単位
	加算料金(月額)	1～2時間	3～4時間
	退院時共同指導加算(注1)	600単位	600単位
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(注2) 要支援1	72単位	72単位
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援2	144単位	144単位
地域加算 ※	1単位に10.33を乗じた金額		

要 介 護	基本料金(日額)	1～2時間	3～4時間
	要介護 1	369単位	486単位
	要介護 2	398単位	565単位
	要介護 3	429単位	643単位
	要介護 4	458単位	743単位
	要介護 5	491単位	842単位
	加算料金(日額)	1～2時間	3～4時間
	理学療法士等体制強化加算(注3)	30単位	—
	退院時共同指導加算(注1)	600単位	600単位
	短期集中個別リハビリテーション実施加算(注4)	110単位	110単位
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(注2)	18単位	18単位	
リハビリテーション提供体制加算1(注5)	—	12単位	
送迎減算(片道につき)	△47単位	△47単位	
地域加算 ※	1単位に10.33を乗じた金額		

- (注1) 病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士等が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、算定されます。
- (注2) 介護職員のうち介護福祉士の割合が50%以上の場合算定されます。
- (注3) 所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションにおいて理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上配置して実施した場合算定されます。
- (注4) 退院(所)日または認定日から3か月以内に集中的に指定通所リハビリテーションを行うことが機能回復に効果的であると認められる場合に行います。おおむね週2回以上のご利用となります。
- (注5) 所要時間3時間以上4時間未満の通所リハビリテーションにおいて理学療法士等が利用者25人またはその端数を増すごとに1人以上配置されている場合算定されます。
- ※ 事業所の所在地である清須市は6級地のため加算があります。

## 5 その他の費用について

- (1) 通常の事業の実施地域を越えて行う送迎の費用は、実施地域を越えた地点から自宅まで次の額を徴収します。

- 1 実施地域を越えた地点から、片道2キロメートル未満  
50円/片道
- 2 実施地域を越えた地点から、片道2キロメートル以上  
100円/片道

(2) 介護保険外の費用で利用者にご負担願うべき料金は下記に定める料金表のとおりとします。

保険外負担	自費項目	1～2時間	3～4時間
	尿取りパット		50円/枚
リハビリパンツ		100円/枚	100円/枚
	リハビリサービスの中で提供される便宜のうち日常生活において通常必要となる費用であって、利用者が負担すべきものと認められる費用の実費	品代実費	品代実費

## 6 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

利用料金は月末締め(1か月ごと)です。請求書は翌月初旬にお渡しします。

支払いは、期日(毎月26日)までに、ゆうあいリハビリクリニック受付・口座振替・銀行振込みにてお願いします。※26日が事業所・金融機関の休業日の場合は、翌営業日までとします。

※振込み手数料は、利用者様負担でお願いします。

※領収書は、確定申告をされる場合に必要となりますので、大切に保管してください。

## 7 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、「リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「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「リハビリテーション計画」に基づいて行ないます。なお、「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) 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。

## 8 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ています。

虐待防止に関する責任者	三浦 明子
-------------	-------

- (2) 苦情解決体制を整備しています。
- (3) 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。

## 9 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、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。

## 10 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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ます。</li> <li>事業者及び従業者は、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。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。</li> <li>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。</li> </ol>
2 個人情報の保護について	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。）</li> </ol>

## 11 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。

主治医	氏名	所属医療機関名等	診療科	電話番号
ご家族様等連絡先 1	氏名	続柄	電話番号(自宅、勤務先及び携帯)	
ご家族様等連絡先 2			自宅 携帯	

## 12 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、関係市町村、利用者に係る居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 13 心身の状況の把握

サービスの提供に当たっては、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター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。

## 14 居宅介護支援事業者等との連携

- 1 指定通所リハビリテーション及び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「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。

## 15 サービス提供等の記録

- 1 指定通所リハビリテーション及び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、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。

## 16 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:( 学校法人本部長 小川由美子 )
- 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。避難訓練は毎年2回実施します。

## 17 衛生管理等

- 1 指定通所リハビリテーション及び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 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。また、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。

## 18 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
  - 1 提供した指定通所リハビリテーション及び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 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。  
【処理体制・手順】  
苦情を受付けた場合、苦情内容を正確に苦情処理受付簿に記入し、事業所で定めた次の

処理手順に基づき、迅速に対応します。

- ① 苦情原因の把握
- ② 検討会の開催
- 3 改善の実施
 

利用者に対し、対応策を説明して同意をいただきます。また改善を速やかに実施し、改善状況を確認します。

  - ④ 解決困難な場合
 

保険者に連絡し、助言・指導を得て改善を行う。また、解決できない場合には、保険者と協議し国保連への連絡も検討します。
  - ⑤ 再発防止
 

同様の苦情、事故が起これないように苦情処理の内容を記録し、従業者へ周知するとともに、「苦情処理マニュアル」を作成・改善し研修などの機会を通じて、再発防止に努め、サービスの質の向上を目指します。
  - ⑥ 事故発生時の対応等
 

事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じられるよう、あらかじめ関係機関との対応方法を定め、関係機関に周知して協力を依頼します。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 ゆうあいリハビリクリニック (ゆうあいデイケアセンター)	所在地 清須市一場518番地 電話番号 052-401-1611ファックス番号052-401-1311 受付時間 平日(月曜日から金曜日) 午前8時30分～午後5時15分 担当者 長井多美子
【市町村(保険者)の窓口】 清須市役所 健康福祉部 高齢福祉課	所在地 清須市須ヶ口1238番地 電話番号 052-400-2911(代)ファックス番号 052-409-3090 受付時間 平日(月曜日から金曜日) 午前8時30分～午後5時15分
【公的団体の窓口】 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 名古屋市東区泉一丁目6番5号 国保会館南館7階 電話番号 052-971-4165ファックス番号052-962-8870 受付時間 平日(月曜日から金曜日) 午前9時～午後5時

19 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
-----------------	-------

通所リハビリテーションの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	愛知県清須市一場519番地	
	法人名	学校法人 佑愛学園	
	代表者名	理事長 丹羽 治一	印
	事業所名	ゆうあいリハビリクリニック(ゆうあいデイケアセンター)	
	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

## 8利用契約における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用する目的

事業者が、介護保険制法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを円滑に実施するため、担当者会議において、又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用する。

#### 2 使用にあたっての条件

- 1 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で、必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

#### 3 個人情報の内容(例示)

- 1 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者がサービスを提供するために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報。
- ② その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

年 月 日

学校法人 佑愛学園

ゆうあいリハビリクリニック(ゆうあいデイケアセンター) 様

(利用者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(代理人) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人が選任されていない場合は親族 (利用者との続柄 \_\_\_\_\_ )