

管理番号 No.

重要事項説明書

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

利用者：様

事業者： こんどう整形外科クリニック

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。

1 指定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	医療法人翔寿会 こんどう整形外科クリニック
代表者氏名	院長 建道 寿教
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府大阪市住吉区我孫子東2丁目4-29 代表 TEL：06-6690-5353・FAX：06-6690-5333
法人設立年月日	平成27年1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	医療法人翔寿会 こんどう整形外科クリニック
介護保険指定事業所番号	2712007216
事業所所在地	大阪府大阪市住吉区我孫子東2丁目4-29
相談担当者名	相談担当者：西田 憲司
事業所の通常の実施地域	大阪市住吉区
利用定員	20人以下

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	医療法人翔寿会こんどう整形外科クリニックが開設する指定通所リハビリテーションの適正な運営を行うために人員及び管理運営に関する事項を定め事業所の職員が、要介護状態にある利用者に対し、適正な通所リハビリテーションサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	病状が安定期にある方の医療・看護・介護・リハビリテーション等を行い、家庭復帰を支援し、利用者の立場に立ったケアを提供します。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月～金（水、土は午前のみ）日曜日、祝祭日、盆、年末年始は除く
営業時間	9時から17時半まで（水曜、土曜は13時まで）

(4) 事業所の職員体制

職	人員数
管理者	常勤 1名
医師	常勤 1名

理学療法士	常 勤 10 名
看護師	常 勤 3 名
介護職員	常 勤 3 名 非常勤 1 名
運転手・事務職員	常 勤 2 名ずつ

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。
利用者居宅への送迎		当事業者では要介護者のみ送迎を行います。
リハビリ テーショ ン	日常生活動作 訓練	食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作
	集団訓練	集団的に行うレクリエーションや体操など
	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。

(2) 通所リハビリテーション従業者の禁止行為

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（医師が行う場合、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（介護保険を適用する場合）について

サービス提供時間数	1 時間以上 2 時間未満
	単位数
要介護 1	369 単位/日
要介護 2	398 単位/日
要介護 3	429 単位/日
要介護 4	458 単位/日
要介護 5	491 単位/日
要支援 1	2268 単位/月
要支援 2	4228 単位/月

加算または減算	利用料	算 定 回 数 等
理学療法士等体制強化加算	30 単位	理学療法士等を専従かつ常勤で 2 名以上加配して実施した日数
リハマネ加算（B）口	口 6 月以内 593 単位 6 月超 273 単位	1 月に 1 回算定
口腔機能向上加算 I	150 単位	要介護 月 2 回・要支援 月 1 回
科学的介護推進体制加算	40 単位	1 月に 1 回算定
送 迎 減 算	47 単位	片道につき（要支援は減算なし）

4 その他の費用について

キャンセル料	当日までに連絡のある場合	キャンセル料は不要です
	当日に連絡のない場合	1 提供当りの料金の 50%を請求いたします。

※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

5 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 利用者負担額、その他の費用の請求方法等	ア 利用者負担額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 日頃にクリニック内でお渡しします。
② 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	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、現金支払いにてお支払ください。お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡しします。

※ 利用者負担額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。

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、「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「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「通所リハビリテーション計画」に基づいて 3 ヶ月毎に行ないます。

- (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。

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ています。

虐待防止に関する責任者	医師・建道 寿教
-------------	----------

- (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) 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。
- (5) 介護相談員を受入れます。
- (6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町村に通報します。

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。

9 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（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。
- (3) 秘密保持の義務は、サービス提供契約が終了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。

10 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、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

家族等連絡先

氏名： _____ 続柄： _____

住所： _____ 電話番号： _____

11 事故発生時の対応方法について

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、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、事業者は一般社団法人大阪府医師会医師賠償責任保険に加入しています。

12 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ます。

13 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「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。

14 サービス提供等の記録

- ① 指定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。

15 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し、点検時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。
 - ① 防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）……年2回以上
 - ② 利用者を含めた総合避難訓練……年1回以上
 - ③ 非常災害用設備の使用方法的徹底……随時
- (8) 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。

16 衛生管理等

- ① 指定通所リハビリテーションの用に供する施設、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 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。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 指定通所リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

(1) 提供予定の指定通所リハビリテーションの内容と利用者負担額

曜日	提供時間帯	利用者負担額 (1日当り)
	～	円
1週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額		円

(2) 1か月当りのお支払い額（利用者負担額とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	円
----------	---

※ ここに記載した金額は、概算のもので実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

18 診察について

通所リハ利用日と当院での診察は同一日で可能で、送迎を利用していただけます。

事前に3階受付にて診察の予約をお願いします。お電話の場合は、下記連絡先にてご予約をお願いします。

3階受付連絡先：06-6690-5123・080-9585-6386

通所リハ利用日以外の診察は基本的にはご自身で来院されるか、家族など同伴者付き添い来院をお願いします。

通所リハの利用時間の兼ね合いで、先に診察を行うか、先に通所リハを利用するかは担当セラピストやドライバーとの調整で決定させていただきます。

診察が終わりましたら、送迎利用の方は必ず3階受付まで一度お戻りください。こちらからドライバーに連絡させていただきます。

薬の処方がある場合はご自身で薬局に行ってくださいか、家族または同伴者に取りに行ってもらようをお願いします。

※3階まで戻られない場合、ご自身で院外に外出されたり帰宅されたりした際の事故や怪我については当院では一切責任を負いませんのでご了承ください。

19 サービス提供に関する相談、苦情について

提供した指定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）

【事業者の窓口】 医療法人翔寿会 こんどう整形外科クリニック	所在地：大阪市住吉区我孫子東2丁目4-29 電話番号：06-6690-5353
【市町村（保険者）の窓口】 大阪市住吉区役所保健福祉課	所在地：大阪市住吉区南住吉3-15-55 電話番号：06-6694-9859
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地：中央区常盤町1-3-8 中央大通F Nビル内 電話番号：(06) 6949-5309（代表）

20 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、「大阪府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（平成 24 年大阪府条例第 115 号）」第 10 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	大阪市住吉区我孫子東 2 丁目 4-29
	法人名	医療法人翔寿会こんどう整形外科クリニック
	代表者名	建道 寿教
	事業所名	医療法人翔寿会こんどう整形外科クリニック
	説明者氏名	

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	
代理人	住所	
	氏名	