

## 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。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例(平成24年大阪府条例116号)」第10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	医療法人誠人会
代表者氏名	理事長 與田紘一郎
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府泉南郡岬町多奈川谷川1849番地の11 (電話 072-495-0801)
法人設立年月日	昭和62年12月21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	医療法人誠人会 与田病院
介護保険指定 事業者番号	2711201513
事業所所在地	大阪府泉南郡岬町多奈川谷川1849番地の11
連絡先 相談担当者名	072-495-0801 弘島正志
事業所の通常の 事業の実施地域	岬町・阪南市・和歌山市
利用定員	10名

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定予防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	要介護者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り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る

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日・火曜日・木曜日・金曜日 ※国民の休日、12月29日～1月3日を除く
営業時間	月曜日 9:00 ～ 13:00 火曜日 9:00 ～ 15:30 木曜日 9:00 ～ 15:30 金曜日 9:00 ～ 12:30

(4) サービス提供日及び提供時間

サービス提供日	月曜日・火曜日・木曜日・金曜日 ※国民の休日、12月29日～1月3日を除く
サービス提供時間	月曜日 9:00 ～ 12:30 火曜日 9:30 ～ 15:00 木曜日 9:00 ～ 15:00 金曜日 9:30 ～ 11:45

(5) 事業所の職員体制

管理者	与田武徳
-----	------

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。	常勤 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。	常勤 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。	2名以上

### 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
介護予防通所リハビリテーション計画の作成		利用者に係る介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画（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介護予防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		事業者が所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	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。
リハビリテーション	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、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。
	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。
包括	運動器機能向上注）1	利用者の運動器機能の向上を目的として、心身の状態の維持改善のため、長期目標（概ね3月程度）及び短期目標（概ね1月程度）を設定し、個別に運動機能向上計画を策定し、これに基づいたサービス提供を利用者ごとに行います。 （概ね3月程度） また、利用者の短期目標に応じて、概ね1月ごとに短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、運動器機能向上計画の修正を行います。

注）1 実施期間終了後に、介護予防支援事業者によるケアマネジメントの結果、サービス提供の継続が必要であると判断される場合は、引き続きサービスを受けることができます。

#### (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

(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

サービス提供区分		介護予防通所リハビリテーション費(要支援1)			
		利用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割
通常の場合	基本	23,428円/月	2,343円/月	4,686円/月	7,029円/月
日割り計算による場合	基本	755円/月	76円/月	151円/月	227円/月
サービス提供区分		介護予防通所リハビリテーション費(要支援2)			
		利用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割
通常の場合	基本	43,675円/月	4,368円/月	8,735円/月	13,103円/月
日割り計算による場合	基本	1,408円/月	140円/月	282円/月	423円/月

※ 日割り計算による場合とは、月途中で要介護から要支援に変更となった場合、要支援から要介護に変更となった場合、同一保者険者管内での転居等により事業所を変更した場合などです。上記は、31日で計算しています。

※月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び介護予防通所リハビリテーション従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100となります。

※（利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護予防サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

4 その他の費用について

①送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。
②おむつ代	別表参照
③その他の費用	運営規程の定めに基づくもの

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	<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いたします。</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15日までに発行します。</p>
--	--

<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>	<p>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、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み（振込手数料は利用者の負担とする）</p> <p>(イ) 現金支払い</p> <p>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となる場合があります。）</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、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、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）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) 利用者が要支援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、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援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) 利用者に係る介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス計画（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いたします
- (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	理学療法士 弘島正志
-------------	------------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的（年 1 回以上）に開催し、その結果について従事者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居

人等)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、以下の①～③の要件をすべて満たすときは、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身体拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、5年間保存します。

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。
- ②非代替性……身体拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- 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れば、直ちに身体拘束等を解く場合。

### (1) 身体拘束を行う場合の手続きについて

当事業所では「身体拘束適正化委員会」を設置しています。

当該委員会は、身体拘束等のための対策を検討する委員会を定期的に開催（1年に1回以上）し、身体拘束等の実施の有無、経過報告、改善等を検討・決定し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

- ①身体拘束の実施には、留意事項①②③を踏まえて、実施する時間・期間・改善方法を含め、あらかじめ利用者様又はその家族に説明して同意を頂きます。
  - ②「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる様態及び時間、その際の利用者様の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。
  - ③身体拘束の解除（改善方法）、期間の見直し等について、委員会で検討し、その結果等を利用者様又はその家族に説明して同意を頂き、直ちに身体拘束を解除します。
- ※身体拘束等の必要性について、ご家族様の要望だけでは実施しません。

(2) 身体拘束等の廃止のための担当者を選任しています。

(3) 従業者に対して、身体拘束等廃止にするための定期的な研修を行っています。

## 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	<ol style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。</li><li>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。</li><li>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又は</li></ol>
--------------------------	---

	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	<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>

#### 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、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。  
（最後に記載）

#### 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、利用者の家族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介護予防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	損害保険ジャパン株式会社
保険名	損害賠償責任保険

#### 12 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、介護予防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 介護予防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、介護予防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介護予防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介護予防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。
- 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。

#### 15 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）（与田病院 事務長 栗栖正彦）
- 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 7月・ 12月）

#### 16 衛生管理等

- (1) 指定介護予防通所リハビリテーション職員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) 事業所の設備、備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 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、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止の指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

#### 17 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、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を継続的に実施するための及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じま



す。

(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 18 指定介護予防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

○ このサービス内容の見積もりは、あなたの介護予防サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) 提供予定の指定訪問介護の内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	提供 時間帯	サービス内容		介護保険適用の有無	利用料（月額）	利用者負担額 （月額）
		運動器機能向上	送迎			
	… ~ …				円	円

(2) その他の費用

①送迎費の有無	有（サービス提供1回当り… 円 ・ 無
②おむつ代	重要事項説明書4-②記載のとおりです。
③その他費用	重要事項説明書4-③記載のとおりです。

(3) 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）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、この見積もりによる概算のものです。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。

なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用金表の活用も可能です。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1か月以内とします。

## 19 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。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 医療法人誠人会 与田病院 通所リハビリテーション	所在地 大阪府泉南郡岬町多奈川谷川 1849 番地の 11 電話番号 072-495-0801 ファックス番号 072-495-0805 受付時間 9:00~12:00
【市町村（保険者）の窓口】 （利用者の居宅がある市町村（広域 連合）の介護保険担当部署の名称）	所在地 泉佐野市健康福祉部広域福祉課 電話番号 072-493-2023 ファックス番号 072-462-7780 受付時間 8:45~17:15
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常磐町 1 丁目 3 番 8 号 電話番号 06-6949-544 ファックス番号 06-6949-5417 受付時間 9:00~17:30

## 20 その他運営に関する重要事項

### （ハラスメント）

事業所は、適切な指定介護予防通所リハビリテーションの提供を確保する観点から職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたもの等により、介護予防通所リハビリテーション職員等の就業環境が害されることを防止する為の方針の明確化等の必要な措置を講じています。

## 21 提供する第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	有 ・ 無

## 22 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、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例 116 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	大阪府泉南郡岬町多奈川谷川 1849 番地の 11
	法人名	医療法人誠人会

代表者名	理事長 與田紘一郎	印
事業所名	医療法人誠人会 与田病院	
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。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印

※10の緊急時の連絡先

家族等連絡先 \_\_\_\_\_

氏名・続柄 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(令和6年6月1日改定)