

# 介護（予防）通所リハビリ 重要事項説明書

## 光陽生協クリニックデイケアさんさん

第1条 介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第96条に基づいて、当事業所が利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

### 1. 事業者概要（当事業所の相談窓口）

介護保険法令に基づき福井県知事から指定を受けている事業所名称等概要（指定番号）

指定番号	1870101522
指定居宅介護サービスの種類	介護（予防）通所リハビリテーション
事業者名称	光陽生協クリニックデイケアさんさん
事務所の所在地	福井市光陽3丁目9番23号
通常の事業実施地域	福井市
電話番号	0776-24-5524

### 2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、その機能の維持・改善を図って、日常生活上の自立や要介護の重度化を予防することを目的とする。また、利用者家族の身体的及び精神的負担を軽減する事を目的とする。
運営の方針	(1) 要介護状態となった場合においても、可能な限り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に、理学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、利用者の心身機能の維持回復を図る。 (2) 利用者の介護状態の軽減もしくは悪化の予防または、要介護状態となることの予防に資するよう、その目的を設定し、計画的に行う。 (3) 居宅介護支援事業者その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努める。

### 3. 事業所の職員体制

従業者の職種	員数	職務内容
管理者（医師）	1人	利用者に対する健康管理、医療上の指示
理学療法士	1人以上	身体状況に合わせたリハビリ実施
看護職員	1人	医師の指示のもとに医療管理
介護職員	6人以上	目標に沿った介護活動を行う
歯科衛生士	1人	医師の指示のもとに歯科医療管理

### 4. 利用定員 40名

## 5. 営業日及び受付時間

営業日	月～土曜日、祝日営業 ※年始 1/1～3 のみ休業
受付時間	午前 9 時～午後 5 時 時間延長の対応可能（午前 8 時～午後 7 時）

## 6. サービス内容

- (1) 通所リハビリテーション計画の立案（介護支援専門員を中心に行う）
- (2) サービス担当者会議の開催（各職種合同の看護介護方針の会議）
- (3) 食事：医師の指示のもと、管理栄養士による病状に合わせた食事、身体状況に合わせた食事の提供。
- (4) 入浴：一般浴槽、利用者の身体状況に応じた特殊浴槽での入浴。入浴時の介助。
- (5) 医学的管理、看護：医師、看護師による日常的な医療管理。
- (6) 機能訓練：集団リハビリ・・・身体状況に合わせた集団でのリハビリ  
物理療法・・・必要とされる方への疼痛緩和のため実施  
個別リハビリ・・・個々での訓練が必要な方に、加算了承をいただいた上で実施
- (7) 相談援助サービス：利用者や家族の生活相談、悩み事について相談に応じます  
解決に必要な方法、社会的サービスについて援助します。
- (8) 行政手続き代行：諸手続きに関する援助、または代行を行います。
- (9) 時間延長サービス体制：事情により通常の規定利用時間を超える場合に、介護保険サービスとして 10 時間までの延長が可能です。但し時間外となるため、送迎は行えません。
- (10) 送迎：自宅と事業所の間を送迎します。自宅外への送迎は行いません。
- (11) その他：健康チェック、介護教室、爪切り、耳の垢取りなどの介護を適宜行います。

\*これらのサービスの中には、別途利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談下さい。

## 7. 利用料

- (1) 介護予防通所リハビリテーションを利用した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定通所リハビリテーションが法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に示された割合の額とします。
- 2) その他の費用
  - ① 食費 680円
  - ② リハビリパンツ：M70円 L75円 おむつ：100円 パット：30円
  - ③ バスタオル：35円 タオル：25円
  - ④ 歯ブラシ：160円 プラウト：330円 舌ブラシ：850円  
義歯ブラシ：320円
  - ⑤ 髭剃り：100円
  - ⑥ 行事にともなう費用 実費
- (3) 支払方法は、1 か月分を徴収します。翌月、給付管理後速やかに請求書を利用者に通知し、自動引き落としまたは直接徴収の方法をとります。

## 8. 苦情申立窓口

提供したサービスに苦情がある場合は、その申し出を随時受け付けます。改善に努め必要な対処を行うとともに、これを理由に、利用者にたいして不利益を与えません。

また、介護保険法令に従い、市町村及び国保連の苦情処理申し立て機関に苦情を申し立てることができます。

窓口	方法	申し立て時間
光陽生協クリニックデイケア 担当 林 育美・寺島 千春	電話 24-5524 FAX 24-5512	営業日 8時30分～17時30分
福井市役所介護保険課	電話 20-5715	平日 8時30分～17時15分
国民健康保険団体連合会	電話 57-1614	

利用者から通所リハに対する苦情の申し立てがあった場合は以下の手順で処理を行います。

- ① 苦情または相談があった場合には、利用者の状況を詳細に把握するため、必要に応じて訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行います。
- ② 管理者は、担当職員に事実関係の確認を行います。
- ③ 相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、時下の対応を決定します。
- ④ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ対応方法を含めた結果報告を行います。

## 9. 緊急時の対応

利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行い、管理者に報告します。

- ② 事業所は、利用者の病状等について主治医と密接な連携をとります。
- ② 管理者は、常時携帯電話を所持し緊急時の連絡がスムーズに行えるようにします。
- ③ 利用者又は家族等から電話等により介護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制をつくります。

## 10. 秘密の保持

事業に関わる個人情報は、心身の状況にふれるものであり個人情報保護の観点からプライバシーの保護等において特に配慮します。

- ① 個人情報の取得・利用・提供に関しては、事業と活動にふさわしい利用目的と範囲を明確にし、適切に取り扱います。
- ② 個人情報への不正なアクセス、紛失、破壊、改ざん及び漏洩などが発生しない安全確実な業務を確立します。
- ③ 事業への利用者の主体的参画を育むとともに、医療や介護に関する大切な情報を、わかりやすく本人に提供し説明する。開示、訂正等の請求には、誠意を持って対応します。法令を遵守し、個人情報を保護するためのマネジメントシステムを定め、継続的な改善を図ります。すべての職員に本方針を徹底させます。  
従業者は、職務上知り得た、利用者またはその家族に関するの情報など、職務期間また退職後においても、これらの秘密を保持します。

11. 事故発生時の対応

当事業所は利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡をおこなうとともに、必要な措置を講じます。当事業所はサービス提供時の事故に備えて、損害保険制度に加入しています。

12. 第三者委員を設置

サービス内容およびスタッフへのご意見、苦情などの直接の申し出先として第三者機関を設置しています。

<第三者委員>

代表	牧尾 映太郎	福井市北四ツ居 2-1 3-2 2
----	--------	-------------------

13. 人権の擁護および虐待防止のための措置

当事業所は利用者の人権擁護および虐待防止等のため、次に掲げる措置を講じています。

- (1) 虐待防止に関する責任者 管理者 平野 治和
- (2) 成年後見人制度の利用支援を行います。
- (3) 従業員に対する利用者の人権擁護、虐待の防止の普及・啓発等の観点から、虐待の発生や再発を防止するための委員会の設置開催、研修の実施等を行います。
- (4) 事業所内および利用者の居宅その他の場所において、当事業所の従業員または擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者のこと）その他により、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村への通報を行います。

14. ハラスメント対策

当事業所は、ハラスメント行為を「人の尊厳を不当に傷つける社会的に許されない行為」と位置づけ、次に掲げる措置を講じています。

- (1) 職場におけるハラスメント行為を禁止します。対象者は従業員すべて、また利用者やその家族、取引先の社員の方等も含まれます。
- (2) 従業員に対するハラスメントに関する研修の実施等を行います。
- (3) 職場におけるハラスメントに関する相談窓口を設置し、従業員だけでなく利用者やその家族、取引先の社員の方等からの相談にも必要に応じて適切な対応を行うように努め、またカスタマーハラスメントについても同様な対応を行います。

年 月 日

- (乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1に  
甲2  
対して、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

事務所所在地 福井市光陽3丁目9-23

名 称 光陽生協クリニックデイケアさんさん

説 明 者 氏名

- (甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利 用 者 住 所

氏 名

(甲2) 家族または代理人 住 所

氏 名