

いしいケア・クリニック

指定介護予防通所リハビリテーション 重要事項説明書

1 事業者の概要

| | |
|-----------------|--|
| 法人種別 名称 | 医療法人 新生会 |
| 代表者名 | 石井 忍 |
| 法人本部 所在地、連絡先 | 所在地 山口県岩国市麻里布町3丁目5-5 電話番号 (0827) 30-0700 FAX (0827) 30-0702 |
| 法人の理念 | 1. お客様・ご家族のご希望に沿った医療・介護を提供させていただきます 2. お客様を尊重し、人権をまもります。 3. 地域とのつながりを大切にしたいやさしいサービスをさせていただきます。 |
| 他の介護保険の 関連事業 | 介護老人保健施設（桜の園） 通所介護〔総合事業含む〕（いしいケア・クリニックのぞみ、さくらんぼ【麻里布・大竹】） 認知症対応型通所介護〔介護予防含む〕（いしいケア・クリニックわかば、 さくらんぼ【平田・さかえ】山手倶楽部） 通所リハビリテーション〔介護予防含む〕（桜の園） 認知症対応型共同生活介護（チェリーブLOSSAM） 短期入所療養介護〔介護予防含む〕（桜の園） 介護療養施設（いしい記念病院） 訪問看護〔介護予防含む〕（わかあゆ） 訪問介護〔総合事業含む〕（ヘルパーステーションさくらんぼ） 居宅介護支援事業所（いしいケア・クリニック介護保険相談室・新生会・さくらんぼ大竹） 小規模多機能型居宅介護支援事業所（さくら庵、スマイルさくら、さくらんぼはうす、ラ・スリーズ） 高齢者向けサービス付き住宅（ザ・レジデンスデュオ） |
| 他の介護保険 以外の事業 | いしい記念病院（内科・循環器科・消化器内科・精神科・放射線科・リハビリテーション科） いしいケア・クリニック（内科・心療内科・リハビリテーション科） 障害福祉サービス事業所（すばる） |

2 事業所の概要

| | |
|-------------|---|
| 名 称 | いしいケア・クリニック |
| 所 在 地 | 〒740-0018 山口県岩国市麻里布町3丁目5-5 |
| 連 絡 先 | 電話番号 (0827) 29-3306 F A X (0827) 29-3307 |
| 介護保険指定事業所番号 | 3510812716 |
| 提供可能サービス | 介護予防通所リハビリテーション |
| 管 理 者 | 原田 唯成 |

3 事業の目的及び運営方針

事業の目的

介護予防通所リハビリテーションは、要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、介護予防通所リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。

運営の方針

- 1 事業所では、介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて、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い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう在宅ケアの支援に努める。
- 2 事業所では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
- 3 事業の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、行政・地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・他の指定居宅サービス事業者及びその他の保健・医療・福祉サービスを提供するものと密接な連携に努めるものとする。
- 4 サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。
- 5 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づくガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。

4 介護予防通所リハビリテーション計画の作成

指定介護予防通所リハビリは、医師、理学療法士・作業療法士等リハビリスタッフによって作成される介護予防通所リハビリテーション計画および介護予防リハビリテーション実施計画書に基づいて、理学療法その他必要なりハビリテーションを行います。

- (1) 介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、食事を提供します。
- (2) 介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、居宅および施設間の送迎をします。
- (3) 介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、運動器機能向上サービスを実施します。

5 職員の職種、員数及び職務内容

| | 職員 | 職種・員数 | 職務内容 |
|---|----------|--|---|
| ① | 管理者 1名 | 1名 (常勤・兼務) | 事業所の従業員の管理及び業務の一元的管理 |
| ② | 医師 1名 | 1名 (常勤・兼務) | 利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。 |
| ③ | 看護職員 1名 | 1名 (常勤・兼務) | 看護職員は、医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医行為を行うほか、利用者の介護予防通所リハビリテーション計画に基づく看護を行う。 |
| ④ | 介護職員 7名 | 6名 (常勤・専従) 1名 (非常勤・専従) | 利用者の介護予防通所リハビリテーション計画に基づく介護を行う。 |
| ⑤ | 支援相談員 3名 | 1名 (常勤・兼務) 1名 (常勤・専従) 1名 (非常勤・専従) | 利用者及びその家族からの相談に適切に応じるとともに、レクリエーション等の計画、指導を行い、市町村との連携を図るほか、ボランティアの指導を行う。 |
| ⑥ | 理学療法士 3名 | 1名 (常勤・専従) 1名 (常勤・兼務) 1名 (非常勤・専従) | 理学療法士・作業療法士等は、医師や看護職員等と共同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し指導を行う。 |
| ⑦ | 作業療法士 1名 | 1名 (非常勤・専従) | |

6 勤務時間

| | |
|-------------|----------------------|
| 管理者 | 8:00～17:00 (うち1時間休憩) |
| 看護職員 | 8:00～17:00 (うち1時間休憩) |
| 支援相談員 | 8:00～17:00 (うち1時間休憩) |
| 介護職員 | 8:00～17:00 (うち1時間休憩) |
| 理学療法士・作業療法士 | 8:00～17:00 (うち1時間休憩) |

7 営業日及び営業時間

| 営業時間 | サービス提供時間 | 営業日 |
|------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 8:00～17:00 | 1単位 9:00～12:00 2単位 13:00～16:00 | 月～土(祝祭日含む) 年末年始(12/31～1/3)を除く |

8 利用定員

| 定 員 | 午前の部 30名 | 午後の部 30名 |
|-----|----------|----------|
|-----|----------|----------|

9 事業所の設備の概要

| | |
|-----------------|----|
| 食 堂 兼 機 能 訓 練 室 | 1室 |
| 静 養 室 | 1室 |
| 相 談 室 | 1室 |
| 送 迎 車 | 7台 |

10 サービス利用に関わる利用者負担金

(1) 介護保険の給付対象となる利用者負担金

以下の金額は、法定代理受領サービスに該当する指定介護予防通所リハビリを提供した際の利用者の自己負担額であり、ご利用者の本人負担分又は要介護状態区分に応じた居宅介護サービス費用基準額から居宅介護サービス費の額を除いた金額を表しています。

基本料金

介護予防通所リハビリテーション費

| | 利用者負担額（1割） | 利用者負担額（2割） | 利用者負担額（3割） |
|------|------------|------------|------------|
| 要支援1 | 2,268円 | 4,536円 | 6,804円 |
| 要支援2 | 4,228円 | 8,456円 | 12,684円 |

| | 利用者負担額（1割） | 利用者負担額（2割） | 利用者負担額（3割） |
|--------------------------------|----------------------------|------------|------------|
| ① 同一建物減算（要支援1） | －376円 | －752円 | －1,128円 |
| （要支援2） | －752円 | －1,504円 | －2,256円 |
| ② 12月超減算（要支援1） | －120円 | －240円 | －360円 |
| （要支援2） | －240円 | －480円 | －720円 |
| ③ 退院時共同指導加算 | 600円 | 1,200円 | 1,800円 |
| ④ 口腔・栄養スクリーニング 加算（Ⅰ）＊6ヶ月に1回 | 20円 | 40円 | 60円 |
| ⑤ 科学的介護推進体制加算 | 40円 | 80円 | 120円 |
| ⑥ サービス提供体制加算 （Ⅰ） 要支援1 | 88円 | 176円 | 264円 |
| （Ⅰ） 要支援2 | 176円 | 352円 | 528円 |
| （Ⅱ） 要支援1 | 72円 | 144円 | 216円 |
| （Ⅱ） 要支援2 | 144円 | 288円 | 432円 |
| （Ⅲ） 要支援1 | 24円 | 48円 | 72円 |
| （Ⅲ） 要支援2 | 48円 | 96円 | 144円 |
| ⑦ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 基本料＋上記①～⑥までにより算定した単位数の8.6% | | |

尚、法定代理受領サービスに該当しない指定介護予防通所リハビリを提供した際には、利用者は自己負担額として指定介護予防通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額と同額を支払い、その場合には、事業者は、提供した指定通所リハビリの内容、費用の額その他必要事項を記載したサービス提供証明書を交付します。その後、利用者は、市町村に対して事業者を支払われる居宅介護サービス費の額（9割分又は8割分・7割分）を請求することとなります。

又、介護報酬等の改正等があった場合、変更された額に応じて利用者の自己負担額を変更します。その場合、変更の内容と変更する事由について、変更を行う日の1ヶ月前に説明し、利用者の同意を頂きます

(2) 介護保険の給付対象とならない利用者負担金

以下に掲げる金額やサービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合は、全額が自己負担となります。

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する事があります。

その場合、変更内容と変更する事由について変更を行う日の1ヶ月前に説明し、利用者の同意を頂きます。

- ア 食事の提供に要する費用・・・700円
- イ 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用
通常事業の実施地域を越えた地点から路程1kmあたり35円
- ウ おむつ代・・・実費

| | | |
|---------|----|------|
| 尿パット | 1枚 | 40円 |
| リハビリパンツ | 1枚 | 180円 |
| 紙オムツ | 1枚 | 195円 |

エ 上記に掲げるもののほか、指定通所リハビリの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものについては、実費を請求します。

1 1 利用者負担金の支払い方法

前記10の(1)、(2)の利用者負担金は、1ヶ月毎に計算して請求書を発行しますので、翌月の10日～月末までに直接いいケア・クリニックに現金をお持ちいただくか、利用者又は利用者の家族等名義の郵便局貯金もしくは山口銀行・西京銀行口座からの自動引き落とし（希望者のみ、事前の申し込みが必要です。）にてお支払い頂きますようお願い致します。その際、事業者は、利用者に対し領収書を発行致します。

1 2 サービス実施地域

岩国市（周東町、玖珂町、北河内、南河内、由宇町、灘、通津、本郷町、錦町、美川町、美和町及び離島を除く。）、和木町

1 3 キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに所定の連絡先までご連絡下さい。

| | |
|-----------|----------------|
| 全体窓口（連絡先） | (0827) 29-3306 |
|-----------|----------------|

- (2) 利用者の都合でサービスの利用を中止又は変更される場合には、出来るだけサービス利用日の前日までに事業所にご連絡下さい。当日のキャンセルは、次のとおりキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。（但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）

| 連絡時間 | キャンセル料 |
|-------------|-------------|
| 利用予定日の朝8時まで | 無料 |
| 利用予定日の朝8時以降 | 当日利用者負担金の全額 |

1 4 相談窓口 苦情対応について

- ◎ サービスに関する相談や苦情については次の窓口にて対応いたします。

| | |
|-------------|--|
| いしいケア・クリニック | 電話番号 (0827) 29-3306 FAX 番号 (0827) 29-3307 苦情受付・解決担当者： 金築 翼、山根 嵩矢 対応時間 午前8時から午後5時まで（祝祭日含む） |
|-------------|--|

担当者不在の場合でも、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ともに、必ず担当者に引き継ぎます。

- ◎ 苦情処理体制及び手順

- ① 直ちに担当者が利用者に連絡を取り、苦情についての内容確認を行います。
- ② 苦情処理について検討し、必要な場合には管理者を含め職員全体で検討会議を開催し、苦情の解決及びサービスの質の向上に向けた必要な改善を図ります。
- ③ 苦情処理について関係機関との連携を行います。
- ④ 苦情処理は原則として遅滞なく具体的な対応を行います。
- ⑤ 苦情処理結果について利用者に必ず確認を行います。
- ⑥ 苦情処理台帳を整備し、再発防止に役立てます。

(2) 公的機関での苦情受付窓口

| | |
|----------------------------------|--|
| 岩国市福祉部福祉政策課 | 所在地 岩国市今津町1丁目14-51 電話番号 (0827) 29-5072 対応時間 午前8時半～午後5時15分 (土・日・祝日を除く) |
| 山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談専用窓口 | 所在地 山口市朝田1980番地の7 電話番号 (083) 995-1010 対応時間 午前9時～午後5時 (土・日・祝日を除く) |
| 山口県長寿社会課 | 所在地 山口市滝町1-1 電話番号 (083) 933-2774 対応時間 午前8時半～午後5時15分 (土・日・祝日を除く) |
| 岩国健康福祉センター 保健福祉企画室 | 所在地 岩国市三笠町1-1-1 電話番号 (0827) 29-1522 対応時間 午前8時半～午後5時15分 (土・日・祝日を除く) |
| 山口県福祉サービス 運営適正化委員会 | 所在地 山口市大手町9-6 電話番号 (083) 924-2837 対応時間 午前8時半～午後5時 (土・日・祝日を除く) |
| 和木町役場 | 所在地 和木町和木1丁目1番1号 電話番号 (0827) 52-2196 対応時間 午前8時半～午後5時15分 (土・日・祝日を除く) |

(3) 高齢者全般の相談受付機関

| | |
|---|--|
| 岩国第一地域包括支援センター (川下、愛宕) | 所在地 岩国市牛野谷町2丁目12-38 電話番号 (0827) 34-1577 対応時間 午前8時半～午後5時15分 (土・日・祝日を除く) |
| 岩国第三地域包括支援センター (灘、通津) | 所在地 岩国市藤生町1丁目17-26 電話番号 (0827) 34-1313 対応時間 午前8時半～午後5時15分 (土・日・祝日を除く) |
| 地域包括支援センター地域支援班(第一班) (麻里布、東、装港、小瀬、柱島) | 所在地 岩国市室の木町3丁目1-11 電話番号 (0827) 24-3781 対応時間 午前8時半～午後5時15分 (土・日・祝日を除く) |
| 地域包括支援センター地域支援班(第二班) (平田、岩国、藤河、御庄、師木野、南河内、 北河内) | 所在地 岩国市室の木町3丁目1-11 電話番号 (0827) 24-3700 対応時間 午前8時半～午後5時15分 (土・日・祝日を除く) |
| 地域包括支援センター地域支援班(第三班) (由宇) | 所在地 岩国市由宇町中央1丁目10-11 電話番号 (0827) 63-3113 対応時間 午前8時半～午後5時15分 (土・日・祝日を除く) |

1 5 緊急時の対応方針

サービス提供中に利用者の容態の変化などがあった場合には、直ちに主治医又は協力医療機関に連絡するとともに、状況に応じて受診・救急車の手配等を行い、家族や利用者に係る居宅介護支援事業者の担当介護支援専門員に連絡します。

協力医療機関

① 【いしい記念病院】

担当科目 内科・循環器科・消化器内科・精神科・放射線科・リハビリテーション科
電話番号 0827-41-0114

② 【いしいケア・クリニック】

担当科目 内科・心療内科・リハビリテーション科
電話番号 0827-29-0114

1 6 非常災害対策

事業所は、消防法を順守した上で、非常災害対策として次に掲げる事項を行います。

- ・営業時間中に災害の発生した場合には、利用者の安全確保に必要な措置をとる。
- ・事業所より退避する必要があるときは岩国市の定める避難場所に避難する。
- ・事業所は、消防法を遵守した上で、非常災害に際して必要な消防計画の作成、関係機関への通報及び連携体制を整備し、避難、救出、消火、通報訓練等を実施する。

1 7 事故発生時の対応

事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生の防止のための指針を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備する。また、サービス提供等に事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を行う。

(1) 事故発生時：状況把握、事業所内等の安全確認を行うとともに、事故の原因を解明し、再発防止策を講じます。

(2) 利用者の生命にかかわる事態：生命の安全を最優先に行動します。

＊ 市町村・利用者の家族・利用者に係る指定居宅介護支援事業者等に速やかに連絡いたします。

＊ 事故が発生した場合のために損害賠償保険に加入し万全の体制を整えています。

保険加入先：介護労働安定センター（東京海上日動火災保険）

但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

18 秘密の保持及び個人情報の保護について

事業所は業務上知り得た利用者及びご家族等に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて契約中及び契約終了後、第三者に漏らしてはならない。但し、次の各号についての情報提供については、契約時に利用者及びその家族から別途同意を得るものとする。

- ① 介護保険サービス利用のためのサービス担当者会議等市町村、居宅支援事業者その他の介護保険事業者への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関への情報提供。
- ② 介護保険サービスの質向上のため学会、研究会での事例研究発表。尚、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用すること。
- ③ 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いをする。
- ④ 職員が退職後も守秘義務を遵守する様必要な措置を講じる。

19 指定介護予防通所リハビリテーションの利用にあたっての留意事項

- ・ 火気の取扱いは、禁止。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みは、必要最低限とする。
- ・ 金銭・貴重品の管理は、必要最低限とする。
- ・ 介護予防通所リハビリテーション利用時の医療機関での受診は、緊急時は可。
- ・ ペットの持ち込みは、禁止。
- ・ 「営利行為、特定の政治活動、宗教活動」は、禁止。
- ・ 他利用者・職員への迷惑行為（ハラスメント等）は禁止。
- ・ 飲食物の持ち込みは禁止。
- ・ 利用者同士、又は利用者・職員間での物のやりとりは禁止。

20 衛生管理

- (1) 利用者の使用する施設、食器、その他の設備又は飲用に供する水についても、定期的に消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意するものとする。また、従業者は感染症等に関する知識習得を行う。
- (2) 事業所は、感染症の予防及びまん延防止のための体制（感染症の予防及びまん延防止のための委員会の設置、指針の整備、感染症の従業者への研修方法や研修計画等）を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、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るものとする。

21 虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待防止に関する組織内の体制（責任者の選定、虐待防止のための委員会の設置、指針の整備、従業者への研修方法や研修計画等）を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じるものとする。

2 2 業務継続計画の策定

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- (2) 事業所は、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実施するものとする。
- (3) 事業所は、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うものとする。

2 3 サービス提供の記録期間

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、その記録はサービス提供終了の日から5年間保存します。また、ご利用者もしくはご家族等の請求に基づいて閲覧することができ、その複写物を交付することができます。

2 4 身体拘束について

ご利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者又はその他利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合は、記録を記載するなど必要な手続きにより、身体を拘束する場合があります。

2 5 その他運営に関する重要事項

その他運営に関する重要事項は、主として次の事項等とする。

- (1) 事業所は、介護予防通所リハビリテーションの全職員の資的向上を図るための研修の機会を設けるものとし、また業務体制を整備する。
- (2) この規定に定める事項の他、運営に関する重要事項は、医療法人新生会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

令和 年 月 日

指定介護予防通所リハビリテーションの提供にあたり、以上の書面に基づき重要事項の説明を行いました。

（事業所） いしいケア・クリニック

（住所） 岩国市麻里布町3丁目5-5

（説明者） 職名 _____

氏名 _____

私は、以上の書面に基づき、事業所から重要事項の説明を受け、指定介護予防通所リハビリテーションの提供内容に同意します。

（利用者）

（住所） _____

（氏名） _____

（利用者家族）

（住所） _____

（氏名） _____

（利用者との続柄） _____

（代理人）

（住所） _____

（氏名） _____