浅野整形外科デイケア

（指定介護予防通所リハビリテーション）

重要事項説明書

（令和８年１月５日現在）

当事業所は、ご契約者に対して指定介護予防通所リハビリテーションサービスを提供します。

当事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

＜目次＞

１．　事業者
２．　事業所の概要
３．　事業実施地域及び営業時間
４．　職員の配置状況
５．　当事業所が提供するサービス内容と利用料金
６．　緊急時の対応方法
７．　事故発生時の対応
８．　ハラスメント対策
９．　虐待防止について
１０．感染症対策について
１１．非常災害対策
１２．苦情の受付について

１．事業者

（１）法人名　　医療法人　あい愛会

（２）法人所在地　　愛知県瀬戸市幡野町２番地

（３）電話番号　　０５６１－８４－８２８２

（４）代表者氏名　　理事長　　浅野　経生

（５）設立年月日　　平成５年１２月９日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類　　指定介護予防通所リハビリテーション事務所

平成１８年４月１日指定　　介護保険事業所番号　２３７２３００９９２

※当事業所は浅野整形外科医院に併設されています。

※当事業所は、以下の選択サービスを実施しています。

①運動器機能向上サービス

②サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

③介護職員処遇改善加算（Ⅳ）

（２）事業所の目的　　要支援状態にあるご利用者様に対し、適正な指定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する。

（３）事業所の名称　　浅野整形外科デイケア

（４）事業所の所在地　　愛知県瀬戸市幡野町２番地

（５）電話番号　　（直通）０５６１－８４－８２８２　（医院）０５６１－８４－３０００

（６）事業所長（管理者）　浅野　雄資

（７）事業所の運営方針

１　指定介護予防リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の従業者は、要支援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、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、要支援者の心身機能の維持回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

２　事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

（８）開設年月日　　平成１８年４月１日

（９）利用定員　　４０名

（１０）当法人が行っている他の業務

当法人では、次の事業も合わせて実施しています。

【介護予防通所リハビリテーション】

平成１６年７月１日指定　　介護保険事業所番号　２３７２３００９９２

【訪問リハビリテーション】

平成１２年４月１日指定　　介護保険事業所番号　２３１２３０１０８４

【介護予防訪問リハビリテーション】

平成１８年４月１日指定　　介護保険事業所番号　２３１２３０１０８４

【短時間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】

平成２１年６月１日指定　　介護保険事業所番号　２３１２３０１０８４

３．事業実施地域及び営業時間

（1）通常の事業の実施地域　　瀬戸市、尾張旭市、長久手市、豊田市八草町

（2）営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（休業日は、国民の休日、年末年始、夏季休暇）
営業時間	８：２０～１７：２０
サービス提供時間	９：５０～１６：１０

４．職員の配置状況

当事業所では、ご契約者様に対して指定介護予防通所リハビリテーションを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	
１．事務所長（管理者）	１名
２．医師	１名以上
３．理学療法士もしくは作業療法士	２名以上
４．看護職員	１名以上
５．介護職員	４名以上

<主な勤務体制>

職種	勤務体制
１．医師	勤務時間　　９：５０～１６：１０ ☆原則として１名の医師が勤務します。
２．理学療法士もしくは 作業療法士	勤務時間　　１０：００～１５：３０ ☆原則として１名以上の理学療法士が勤務します。
３．看護職員	勤務時間　　８：２０～１７：２０ ☆原則として１名の看護職員が勤務します。
４．介護職員	勤務時間　　８：２０～１７：２０ ☆原則として４名以上の介護職員が勤務します。

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所亜が提供するサービスについては、

（1）利用料金が介護保険から給付される場合
（2）利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合

があります。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス（契約者第４条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常９割又は８割、７割）が介護保険から給付されます。

☆加算対象については、利用者様ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所とご契約者様で協議したうえで介護予防通所リハビリテーション計画に定めます。

＜サービスの概要＞

☆共通サービス

①食事の介助（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

・食事の準備、介助を行います。
・当事業所では、栄養士（栄養管理士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者様の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
・ご契約者様の自立支援のため離床して食堂にて食事を摂って頂くことを原則とします。
（食事時間）　１２：００～１３：００

②入浴

・入浴サービスを提供します。
・車椅子の方でも車椅子入浴装置を使用して入浴することができます。
・ご契約者様の身体の状態に応じて中止となる場合があります。

③排泄

・ご契約者様の排泄の介助を行います。

④機能訓練

・ご契約者様の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するためのリハビリテーション、レクリエーションのプログラムを組み、実施します。
・必要に応じて医師の指示により物理療法を実施します。

⑤送迎サービス（当事業所の指定時間帯のみ）

・ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の選択的加算対象となっています。ご利用の際には、負担割合証に準じた負担割合額を追加料金としてご負担いただきます。

運動器機能向上サービス

・理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が共同してご契約者様の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直しを行います。

介護職員処遇改善加算

・処遇改善加算とは、介護サービスを支える人材の確保・定着を促すために国が定めた加算です。介護職員のキャリアアップ、人材育成や処遇改善の仕組み、職場環境等を整備した事業所が算定することができます。

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

・基準の勤続年数（７年以上）の職員を配置した場合に加算します。

＜サービスの利用頻度＞

☆利用する曜日や内容等について介護予防サービス計画に沿いながら、ご契約者様と協議のうえ決定し、介護予防通所リハビリテーション計画に定めます。

☆ただし、契約者様の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

＜サービス利用料（１回あたり）＞（契約書第７条参照）

下記の料金表によって、ご契約者様の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（上記サービスの利用料金は、利用者様の要支援度に応じて異なります。）

☆共通サービス（６～７時間ご利用の場合）

	要支援１	要支援２
１．ご契約者様の要介護度とサービス利用料金	23,428 円	43,675 円
２．うち介護保険から交付される金額	21,085 円	39,307 円
	18,742 円	34,940 円
	16,399 円	30,572 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	2,343 円	4,368 円
	4,686 円	8,735 円
	7,029 円	13,103 円

（上段：１割負担の方、中段：２割負担の方、下段：３割負担の方）

☆加算・減算対象サービス　以下のサービスを利用する場合には、それぞれ料金が上記に加算・減算されます。

	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		介護予防通所リハビリテーションを利用し１２カ月超えた場合の減算	
	要支援１	要支援２	要支援１	要支援２
１．加算対象サービスとサービス利用料金	247 円	495 円	－1,239 円	－2,479 円
２．うち介護保険から給付される金額	222 円	445 円	－1,115 円	－2,231 円
	197 円	396 円	－991 円	－1,735 円
	172 円	346 円	－867 円	－289 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	25 円	50 円	－124 円	－248 円
	50 円	99 円	－248 円	－496 円
	75 円	149 円	－372 円	－744 円

（上段：１割負担の方、中段：２割負担の方、下段：３割負担の方）

☆ご契約者様が、まだ認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）また、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご契約者様に提供する食事に係る費用は別途いただきます。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者様の負担額を変更します。

☆令和３年４月１日より、介護報酬改定により１単位＝１０．３３円となります。

☆令和６年６月１日より、介護報酬改定により介護職員処遇改善加算（Ⅳ）を取得による介護報酬の総額から５．３％割増になります。

（２）介護保険の給付の対象とならないサービス（契約書第５条、第７条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者様の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食事の提供にかかる費用（調理費及び食材費）

ご契約者様に提供する食事の材料費や調理費等にかかる費用です。

食費：１日　　８３７円（おやつ代を含みます）

② 複写物の交付

ご契約者様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

コピー料：各サイズ１枚　　１０円（税込）

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活の購入代金等ご契約者様の日常生活に要する費用でご契約者様に負担いただくことが適当であるものに係る費用を負担いただきます。

ご契約者様の希望により以下の当事業所で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

料金：入浴ありの場合（日用品＋入浴消耗品代）　　１回あたり　　１３０円

入浴なしの場合（日用品）　　１回あたり　　５５円

日用品：おしぼり、ハンドソープ、ティッシュ、爪切りなどの利用料

入浴消耗品：シャンプー、リンス、ボディソープ、バスタオルなど利用料

尿とりパット　６４円（税込）　　パンツ型紙おむつ　　１６２円（税込）

＜初回時＞　　連絡帳：７０円（税込）　　連絡袋：３５６円（税込）

④ 文書料　医療費控除証明書　　１通　　５００円（税込）

⑤ ワクチン予防接種

（ⅰ）保険外サービスの事業目的

(ア) インフルエンザワクチンの予防接種

インフルエンザウイルスの感染経路は、「接触感染」「飛沫感染」が主であり、介護施設などの集団生活では、流行感染しやすく、また高齢者においては重篤化しやすい。そのため、インフルエンザワクチンの予防接種を実施する必要がある。

(イ) 肺炎球菌ワクチンの予防接種

成人が日常的にかかる原因菌として肺炎球菌が一番多いと言われ、肺炎で亡くなられる方の９５％以上が65歳以上であることから、特に高齢者に対して肺炎球菌ワクチンの予防接種を実施し、肺炎球菌による肺炎を予防する必要がある。

（ⅱ）運営方針

①ご利用者様の要支援・要介護状態の軽減や悪化の防止、ご利用者様の病状や心身の状況、生活環境の的確な把握を踏まえ、ご利用者様の心身機能の維持回復を図り自立した日常生活が営めるよう、インフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチンの予防接種を希望者に実施する。

(ウ) ご家族様の受診にかかわる時間的負担の軽減を図る。

（ⅲ）利用料

① インフルエンザワクチン：併設医院の料金体系に準ずる。

② 肺炎球菌ワクチン　　：併設医院の料金体系に準ずる。

（ⅳ）提供時間

サービス提供時間内（10分程度）

⑥ その他

第７条に規定した通常の事業の実施区域を越えて行う指定介護予防通所リハビリテーションに要した交通費については、事業所の実施区域を超える地点から自宅までの交通費の実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は以下の額を徴収する。

・実施地域を超えた地点から片道１ｋｍ増すごとに 100 円を徴収する。（消費税は別途）

※交通費の徴収に際しては、あらかじめご契約者様又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、ご契約者様の同意を得る。

☆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、相当な額に変化することがあります。
その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う２ヶ月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払方法（契約書第７条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は１ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、ご契約者様はこれを翌月末日（金融機関口座からの自動引き落としの場合は翌々月６日）までにお支払いください。

（1ヶ月に満たさない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

○金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：銀行、信用金庫、信用組合、農協、郵便局

（４）利用の中止、変更、追加（契約書第８条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者様の都合により、介護予防通所リハビリテーションサービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者に申し出て下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用を中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。当日午前９時００分までにご連絡がない場合、食費を別途請求いたしますので、ご了承ください。但し、ご契約者様の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

	食事取消料
ご利用前日までにご連絡頂いた場合	なし
ご利用当日午前９：００までにご連絡頂けなかった場合	あり

利用取消料については、以下の通りとなります。

食事取消料：８３７円

○月のサービス利用日や回数については、契約者様の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

○契約者様の体調不良や状態の改善等により、介護予防通所リハビリテーション計画に定めた期日よりも少なかった場合、また介護予防通所リハビリテーション計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

○契約者様の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所リハビリテーション計画に定め

た実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業所と調整の上、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助など必要な支援を行います。

○月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり、月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算行いません。

一　月途中に要介護から要支援に変更となった場合

二　月途中に要支援から要介護に変更となった場合

三　同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者様の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者様に掲示して協議します。

６．緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族様、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

７．事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご契約者様に対し応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご契約者様がお住まいの市町村、ご家族様、居宅介護支援事業者に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、ご契約者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

【当事業所は東京海上日動火災保険株式会社（事業所内)、株式会社損害保険ジャパン（送迎車）と損害賠償保険契約を結んでいます。】

８．ハラスメント対策

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

（1）身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

（2）個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

（3）意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

９．虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

① 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

② 当該事業所従業者又は養護者（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。

③ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

④ 事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。役職：管理者　氏名：浅野　雄資

１０．感染症対策について

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 事業所内職員等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 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

③ 事業所における感染症の予防及びまん延の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。

④ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

⑤ 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に実施します。

１１．非常災害対策

非常災害に備えるため、消防計画を作成し当該消防計画に基づく次の業務を行います。

（１）防災訓練：年２回実施

（２）防災設備：消防法の基準に適合した消防設備を整備

（３）設備点検：年２回（業者委託）、定期的に自主点検

（４）防火管理者：資格所有者を配置

（５）業務継続計画の策定

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。

１２．苦情の受付について（契約書第２２条参照）

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

① 浅野整形外科デイケア苦情受付窓口　　瀬戸市幡野町２番地

・窓口担当者　　管理者　浅野　雄資　又は廣角　崇

・受付時間　　月・火・木・金曜日　　８：４５～１７：２０

水・土　　８：４５～１２：００

・電話番号　　０５６１－８４－８２８２

（２）行政機関その他苦情受付機関

当事業所以外に、下記の市町村の相談苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

①愛知県国民保険団連合会苦情相談窓口　　名古屋市東区泉１丁目６番５号

・受付時間　平日（月曜日～金曜日）９：００～１７：００（１２～１３時除く）

ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び１月２日・３日並びに１２月２９日から同３１日までの日を除く。

・電話番号（専用）　０５２－９７１－４１６５

②瀬戸市役所　　高齢福祉課介護認定・給付係　瀬戸市追分町６４－１

・受付時間　平日（月曜日～金曜日）９：００～１７：００

ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び１月２日・３日並びに１２月２９日から同３１日までの日を除く。

・電話番号　　０５６１－８８－２６２０

③長久手市役所　福祉部長寿課介護保険係　　長久手市岩作城の内６０番地１

・受付時間　平日　　８：３０～１７：１５

ただし、土日祝日、年末年始を除く

・電話番号　　０５６１－５６－０６１３

④尾張旭市役所　健康福祉部長寿課介護保険係　尾張旭市東大道町原田２６００－１

・受付時間　平日　　８：３０～１７：１５

ただし、土日祝日、年末年始を除く

⑤豊田市役所　　市民福祉部介護保険課　　豊田市西町３－６０

・受付時間　平日　　８：３０～１７：１５

ただし、土日祝日、年末年始を除く

・電話番号　　０５６５－３４－６６３４

令和　　年　　月　　日

指定介護予防通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

浅野整形外科デイケア
説明者　　職名

氏名　　㊞

私は、本書面に基づき事業者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サービスの提供開始に同意しました。

利用者　　住所

氏名　　㊞

私は、下記の理由により、利用者に代わり、上記署名しました。
私は、利用者本人の上記意思を確認しました。

署名代行者　　住所

氏名　　㊞

署名を代行した理由（　　）

浅野整形外科デイケア　利用者緊急連絡票

利用者氏名	
主治医	医療機関名 医師名 電話[連絡先]　　－　　－
緊急時 連絡先１	住所　〒　　－ 氏名　　続柄 電話[自　宅]　　－　　－ [勤務先]　　－　　－ [携　帯]　　－　　－
緊急時 連絡先２	住所　〒　　－ 氏名　　続柄 電話[自　宅]　　－　　－ [勤務先]　　－　　－ [携　帯]　　－　　－
緊急時 連絡先３	住所　〒　　－ 氏名　　続柄 電話[自　宅]　　－　　－ [勤務先]　　－　　－ [携　帯]　　－　　－

※　上記の記載にあたり下記の点に注意してご記入下さい。

１．緊急時等に当施設より必ず連絡が出来る連絡先を２名以上お書き下さい。

２．連絡先の順番は連絡先１→連絡先２→連絡先３の順に連絡をいたします。

３．連絡先の順番を変更される場合は、速やかに申し出ください。

４．曜日、時間帯により連絡が出来ない旨がある場合は、提出時に申し出ください。

５．連絡先の変更があった場合は、速やかに申し出ください。

＜重要事項説明書付属文書＞

１．施設利用の留意事項

施設のご利用にあたって、ご利用者様の療養生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

１）介護保険被保険者証等の確認

○施設ご利用の申し込みにあたり、ご利用希望者様の介護保険被保険者証を確認させて頂きます。通所・介護予防通所リハビリテーションを利用時には、介護保険被保険者証・老人医療保険法医療保　険受給者証・健康保険証等をコピーさせて頂きます。また毎月初回利用日に介護保険被保険者受給者証等をご掲示ください。

○要介護・要支援認定には有効期限があります。認定の憂苦期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、その間は全額自己負担となります。介護保険被保険者証にて有効期間をご確認のうえ、認定の有効期間が満了する６０日前から３０日前の間に市町に要介護・要支援認定の更新申請をしてください。