

平松整形外科デイケアセンター事業

【重要事項説明書】

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

事業所名	平松整形外科医院(平松整形外科デイケアセンター)
開設年月日	平成 24 年 5 月 7 日
所在地	〒856 -0806 長崎県大村市富の原 2 丁目 218-4
電話番号(FAX)	0957-27-4422 (0957-27-4423)
管理者名	平松 隆
介護保険指定番号	4210521458号

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	居宅において利用者が可能な限り、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心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。
運営の方針	理学療法、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機能の維持回復を図り、可能な限り、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ます。

3. 職員の体制(主たる職員)

職種	常勤		非常勤		業 務 内 容
	専任	兼任	専任	兼任	
管理者		1			業務の管理及び職員等の管理を一元的に行う。
医師		1			利用者及び理学療法士等に対して、介護、機能訓練及び健康管理上の指導等を行う。
理学療法士	1	2			リハビリテーションの計画及び実施、またその指導等を行う。
介護職員		2			利用者に対し必要な介護を行う。

4. 利用定員及び営業日等

総利用定員	26 名(午前13人、午後13人)
営業日	月曜日 ~ 土曜日
営業時間	午前8:30~午後6:00 (ただし、木曜日、土曜日は午前8:30~午後3:00) 国民の祝祭日、お盆、年末年始を除く
通常の事業実施地域	大村市、東彼杵町(里郷、平似田郷、瀬戸郷、千綿宿郷、その他相談可)

5. 通所リハビリテーションのサービス内容

(1) 実施する指定通所リハビリテーションは次の通りと致します。

- ① 1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーション
- ② 自宅と事業所間の送迎
 - (ア) 原則として、玄関の中までお迎え、玄関の中までお送りします。
 - (イ) 季節により寒暖の差で身体に及ぼす影響は様々ですので、自宅でお待ちください。
 - (ウ) 交通事情等で到着が遅れる場合がありますのでご了承ください。お迎えの時間などの変更に関しましては書面または電話にてご連絡いたします。
 - (エ) 自家用車、バイク及び交通機関をご利用の際の事故、けがに関しましては、当院での責任は負いかねますのでご了承ください。
 - (オ) 送迎中の途中下車、買い物などはご遠慮ください。
 - (カ) 大雨・洪水・暴風・大雪など悪天候により送迎が困難と判断した場合、ご利用者様へ連絡いたします。状況によってはお休みとさせていただく場合もありますのでご了承ください。
- ③ 通所リハビリテーション計画（介護予防通所リハビリテーション計画の立案）
- ④ 健康チェック（バイタルチェック）
- ⑤ 集団リハビリテーション
- ⑥ 個別リハビリテーション

(2) 指定通所リハビリテーションは医学管理の下で要介護者等に対する心身の回復を図るため、各専門スタッフが共同して、作成した通所リハビリテーション計画に基づき、下記を行います。

- ① 目的
 - (ア) 日常生活動作能力の低下防止
 - (イ) 生活の質(QOL)の向上
 - (ウ) 寝たきり防止
 - (エ) 社会参加への援助
 - (オ) 身体機能の改善
- ② 訓練等
 - (ア) 運動療法(歩行訓練、基本的動作練習、日常生活動作(ADL)に関する練習等)
 - (イ) マシントレーニング(自転車エルゴメーター等)
 - (ウ) 物理療法(メドマー、ホットパック、電気治療等)
 - (エ) 在宅トレーニング指導(各個人に合わせて自宅で行える運動メニューを立案)

(3) 指定リハビリテーションでは、利用者に合わせた目標を設定し、通所リハビリテーション計画書とリハビリテーション実施計画書を兼ねた計画書を作成します。これらの計画書には、利用者のサインと印鑑が必要になります。

6. 利用料金

利用料【重要事項説明書・別紙 1】の料金規定(参照)介護保険から給付サービスを利用する場合は、料金の利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

(ただし、消費税は課税されません)

保険金の滞納により保険給付金が直接、平松整形外科デイケアセンターに支払われない場合、1ヶ月当たりの料金を頂き、平松整形外科デイケアセンターより領収書を発行します。この領収書を後日、大村市の窓口に出しますと、払い戻しが受けられます。

その他： サービス提供の中で使用した費用(作業材料費、おむつ代等)

(1) 解約料

いつでも解約することができます。一切料金はかかりません。

(2) その他

【支払方法】

料金が発生する場合は、月ごとに清算とし翌月10日前後に前月分の請求を致しますので、請求書受取後、月末までにお支払いください。お支払い頂きますと、領収書を発行します。(お支払方法は現金のみでお願い致します)

7. サービスの利用開始

まずは、居宅介護支援事業所にご相談ください。居宅介護支援事業所がお決まりでない方は、平松整形外科デイケアセンターにお電話ください。居宅介護支援事業所にて1ヶ月のケア計画を作成してもらいます。詳しい打合せは居宅介護支援専門員(ケアマネージャー)を通して、利用者とそのご家族と一緒に致します。契約を締結した後、居宅介護支援サービスの提供を開始します。

8. サービスの終了

(1) 利用者の都合でサービスを終了する場合、お申し出て頂ければいつでも解約ができます。

(2) 当施設の都合でやむを得ない事情でサービスの提供を終了させていただく場合は、他の居宅介護支援事業者情報をご紹介します。

(3) 自動終了の場合

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ◆ 介護保険施設に入所する場合
- ◆ 介護保険給付でサービスを受けていた要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ◆ お亡くなりになった場合

(4) その他

平松整形外科デイケアセンターは、利用者やその家族等「介護者」が従業者や介護支援専門員(ケアマネージャー)に対して、契約を継続しがたい程の信頼関係を失った場合は即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

9. 緊急時または事故発生時の対応

(1) 居宅介護支援事業者にサービスの提供中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。また、天災その他の災害が発生した場合には、必要によりサービス利用者の避難等の措置を講じます(主治医・家族等の連絡先は利用申込書にお書きください)。

(2) 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、家族、主治医及び居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、その事故が賠償すべきものである場合には、速やかに損害賠償を行います。

10. 秘密保持

(1) 当事業所の職員は、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するよう、また職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨、雇用契約の際に文書にて契約しております。なお、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る場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書によりお受けすることとします。

なお、これに係る個人情報の利用目的は【重要事項説明書・別紙2】のとおりです。

11. 資質向上のための研修の機会の確保

職員の資質向上のため、採用後の1ヶ月以内、またその後随時に研修の機会を確保いたしております。

12. 利用にあたっての留意事項

飲食物の持ち込み	飲食物の大量の持ち込みに関しては、利用者の健康管理・衛生管理上、原則としてお断りしております。
謝礼、贈り物	当事業所では、ご利用いただく皆様方に余分な負担をおかけしないという趣旨から、謝礼、贈り物等につきましては堅くお断りします。何卒ご理解いただきましてご協力いただきますようお願いいたします。
その他	サービスの提供を受けるにあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡して下さるようお願いいたします。

13. 非常災害対策

防災設備	避難階段、非難口、防火戸、屋内消火栓設備、自動火災報知設備、非常通報装置、漏電火災警報機、非常警報設備、誘導等及び誘導標識等
防災訓練	年2回以上(避難誘導(夜間想定含む)、消火及び通報訓練)

14. 禁止事項

当事業所では、多くの方に安心して利用していただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

15. その他

当事業及び平松整形外科デイケアセンターの運営する事業に関する相談、要望、苦情等は下記のサービス相談窓口の担当者までお申し出ください。責任をもって対応させていただきます。

16. 相談・要望・苦情などの窓口

- (1) デイケアに関する相談、要望、苦情等は個別リハビリ提供担当者か下記の相談窓口まで申し出てください。協議の上、必要な改善を行います。

★サービス相談窓口

◇ 担当部署 平松整形外科デイケアセンター

代表 TEL.0957-27-4422

FAX.0957-27-4423

担当者 平松隆

受付時間 月曜日～水曜日、金曜日 は、8:30～18:00

(ただし、木曜日、土曜日は、8:30～15:00)

- (2) 解決困難な場合

- ・当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとします。
- ・利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受け、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとします。

・大村市 長寿介護課

〒856-0825 大村市西三城町12番地 高齢者・障がい者センター

TEL : 0957-20-7301 FAX : 0957-53-1978

・長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係

〒850-8570 長崎市今博多町8番地の2 国保会館

TEL:095-826-1599 FAX:095-826-1779

1. 個人情報の利用目的

2. 通所リハビリテーション事業所では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

3. 利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

[事業所内部での利用目的]

- ① 当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - ◇ 利用予定、実施等の管理
 - ◇ 会計・経理
 - ◇ 事故等の報告
 - ◇ 当該利用者の介護・医療サービスの向上

[他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- ① 事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ◇ 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
 - ◇ 利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ◇ 家族等への心身の状況説明
- ② 介護保険事務のうち
 - ◇ 保険事務の委託
 - ◇ 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ◇ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - ◇ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

4. 上記以外の利用目的

[事業所の内部での利用に係る利用目的]

- ① 事業所の管理運営業務のうち
 - ◇ 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ◇ 事業所において行われる学生の実習への協力
 - ◇ 事業所において行われる事例研究

[他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- ① 当施設の管理運営業務のうち
 - ◇ 外部監査機関への情報提供

個人情報使用同意書

私(利用者)、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- (1) 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供

2. 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3. 使用する期間

契約で定める期間

4. 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

以上

平松整形外科デイケアセンター 御中

令和 年 月 日

(利用者)

住所

氏名

印

(代理人)

住所

氏名

印

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

(署名代筆者)

住所

氏名

印

送迎に関する説明及び同意書

1. 安全で、円滑な送迎を提供させていただくに当たり、今一度ご利用者様・ご家族の皆様
に当施設事業所の運営規定を理解していただき、ご協力いただきますよう、よろしく
お願いいたします。1)原則として、玄関の中までのお迎え・玄関の中までのお送りを
いたします。身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人・ご家族様と話し合いを
行い、当事業所で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。その
場合には、同意書の備考欄に内容等を記載致します。
2. 季節により、暑かったり寒かったりと、身体に及ぼす影響は様々です。自宅の中で
お待ちしております。
3. お迎えの時間を、書面または電話にて連絡します。交通事情等で、15分以上到着
時間が遅れる場合は、事業所より電話連絡いたします。15分以内の遅れはご容赦
くださいますようお願い申し上げます。
4. 乗車中は、全座席シートベルトを必ず着用してください。
5. 送迎職員到着後、体調不良等を除き、準備等ができていない場合は、長時間待つこと
はできません。他の利用者様にもご迷惑をかけてしまうこととなります。送迎の対応が
できなくなる場合もあります。
6. スムーズで安全な送迎を行うために、お迎えの時間を毎回お伝えしております。その
点をご理解くださり、ご本人・ご家族のご協力をお願いします。
7. 自家用車で来所される場合は、駐車スペースには限りがありますので、あらかじめ
ご了承ください。
また、自動車の移動時は、ご自身での運転をお願いいたします。上記の説明を受け、
確認の上、同意致します。

令和 年 月 日

〈利用者または御家族〉

〈住 所〉

〈氏 名〉

(事業所名)平松整形外科デイケアセンター

〈住 所〉大村市富の原町2丁目 218-4

〈代表者名〉平松 隆