

# 静岡徳洲会病院

## 通所リハビリテーション事業所

## 介護予防通所リハビリテーション事業所

# 重要事項説明書

### (事業所の名称等)

事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- ① 名称 静岡徳洲会病院 通所リハビリテーション  
所在地 静岡市駿河区下川原南11番1号

### (従業者の職種、員数及び職務の内容)

事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

管理者 1名（常勤兼務） 山之上弘樹

管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。

従業者

- ・ 医師 医師 1名（常勤兼務）  
医学管理全般、適正なサービス計画の作成、指導をおこなう。
- ・ 理学療法士若しくは作業療法士若しくは言語聴覚士  
1名以上（常勤専従）  
機能訓練および理学療法若しくは作業療法若しくは言語療法を行う。
- ・ 看護職員若しくは介護職員  
利用者数 1名～10名にて 1名（常勤専従）  
利用者数 11名～20名にて 2名（常勤専従）  
利用者数 21名～30名にて 3名（常勤専従）  
利用者数 31名～40名にて 4名（常勤専従）  
サービス計画に基づき計画的にサービスを提供する。
- ・ 事務職員 1名（常勤兼務）  
必要な事務を行う。

### (通所リハビリテーションの利用定員)

通所リハビリテーションの利用定員は、介護予防通所リハビリテーションの利用者と合算して1日1単位40名以内とする。

### (営業日及び営業時間・サービス提供時間、延長の有無)

事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- 1 営業日 月曜日から土曜日までとし祝祭日は営業日とします。  
(日曜日・12月末日から1月3日まで年末年始は休みとする)
- 2 営業時間 8時30分～17時00分までとする。
- 3 サービス提供時間 9時30分～16時00分
  - ① 9時30分～16時00分(食事代 611円)
  - ② 9時30分～12時00分
  - ③ 12時45分～16時00分
- 4 延長の有無 無

### (通所リハビリテーションの内容)

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)は、医学的管理のもとで要介護者に対する心身の機能回復のため、医師等の従業者が共同で作成したリハビリテーション(介護予防リハビリテーション)計画に基づき、下記(1)を目的とし、(2)の訓練を行う。

#### (1) 目的

- ① ADLの低下防止
- ② QOAの維持、向上
- ③ 寝たきりの防止
- ④ 社会性の維持、向上
- ⑤ 精神状態の改善
- ⑥ その他、利用者の状態改善

#### (2) 訓練等

- ① パワーリハビリテーション
- ② 運動療法
- ③ 物理療法
- ④ ADL訓練
- ⑤ 自助具適用、使用訓練

### (通常の事業の実施地域)

通常の事業の実施地域は、静岡市(長田地区周辺、中島地区周辺、高松地区周辺、未広地区周辺、城内地区周辺)とする。他地区のご利用に関しては応相談。

### (サービス利用に当たっての留意事項)

- 1 服装：リハビリテーション等に支障のない様に動きやすい服装であること。
- 2 履物：運動しやすいズックまたは運動靴、履き慣れた物で極力、参加すること。
- 3 連絡帳：ご家族や当事業所と、お互い連絡をとるために必要です。特に状態の変化があった場合や利用日の変更の場合にご記入ください。
- 4 利用日の変更：あらかじめ、わかっている場合には、連絡帳または前日の午後16:30までに電話連絡をお願いします。(突発の際は当日の午前8時迄)尚、当日キャンセルの(1日コースの方のみ)は、食事代金611円をいただきます。

### (秘密保持・個人情報の保護)

従業者は業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密及び個人情報を保持する。また、従業者でなくなった後においても、これらの秘密及び個人情報を保持すべき旨を当事業所と従業者間で書面をもって交わす事とする。

### (苦情処理・相談対応)

利用者、若しくはそのご家族等からの苦情・相談には全職員が当たり内容を把握し適正かつ迅速に対応することとする。また、苦情処理簿を作成し内容を記載・保管とする。  
申し出先 054-256-8048 (直通電話) 通所リハビリテーション室責任者までご連絡ください。

苦情申し出先

介護保険課

事業者指導第1係

054-221-1088

事業所指導第2係

054-221-1377

静岡県国民健康保険団体連合会

054-253-5590

### **(事故発生時の対応)**

- 1 利用者に対する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）の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。
- 2 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録する。
- 3 利用者に対する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）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う。

### **(その他運営に関する重要事項)**

この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、静岡徳洲会病院、通所リハビリテーション事業所が定めるものとする。

### **(高齢者虐待の防止について)**

- 1 事業所は虐待防止封に基づいて虐待を目撃した場合は関係機関に通報を行いません。
- 2 事業所は利用者様機の尊厳を尊重し、虐待防止等の権利擁護に関する研修を実施します。
- 3 2の研修を通じて地域の虐待防止ネットワーク等の関係と密な連携を図ります。

### **(身体拘束について)**

- 1 利用者様に対する身体拘束そのた行動を制限する行為を原則として行ないません。ただし、利用者様または他の利用者様の生命、身体の保護する為に、緊急やむなく利用者様の身体を拘束する事があります。
- 2 1の事態が生じた場合には、書面記録を適切に保管・保存します。事業所は利用者様の求めに応じて所定の手続きを経た後、開示いたします。
- 3 事業所は、身体拘束等の排除の為に取り組みに関する研修を実施します。

静岡徳洲会病院  
通所リハビリテーション事業所  
介護予防通所リハビリテーション事業所

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、「指定居宅サービス等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 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	静岡県静岡市駿河区下川原南 11 番 1 号
	法人名	医療法人 徳洲会
	代表者名	山之上 弘樹
	事業所名	静岡徳洲会病院 通所リハビリテーション
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。（ご署名が自筆でなき場合は印）

利用者	住所	
	氏名	Ⓜ

代理人	住所	
	氏名	Ⓜ

# 通所リハビリ利用契約における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところによ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

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、通所リハビリ等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

### 2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

### 3 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護を行うために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ・ 認定調査票（85項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ その他の情報

※ 「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

### 4 使用する期間 令和 年 月 日 ～ 退所するまで 令和 年 月 日

静岡徳洲会病院  
通所リハビリテーション 様

利用者（または代理人） 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

御家族 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

（利用者との関係 \_\_\_\_\_）

通所リハビリテーション登録申込書  
介護予防通所リハビリテーション登録申込書

管理者 山之上弘樹 殿

令和 年 月 日

通所リハビリの登録を申し込みます。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印 男・女

生年月日 (明・大・昭) 年 月 日 ( ) 歳

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

# 通所リハビリテーション契約書

## 介護予防通所リハビリテーション契約書

- 1) 事業所の名称
- 2) 従業者の職種、員数及び職務の内容
- 3) 通所リハビリテーションの利用定員数
- 4) 営業日及び営業時間、サービス提供時間、延長の有無
- 5) 通所リハビリテーションの内容及び利用料、その他の費用の額
- 6) 通常の事業の実施地域
- 7) サービス利用に当たっての留意事項
- 8) 秘密保持、個人情報の保護
- 9) 苦情処理、相談対応
- 10) 事故発生時の対応

上記内容等を重要事項説明書により確認、同意いたしました。

この契約の成立を証するため、本書2通作成し、甲及び乙は、記名捺印の上、各自その1通を保有することとします。

令和 年 月 日

甲(利用者) 住 所  
氏 名 印

甲の代理人  
住 所  
氏 名 印

(ご署名が、自筆でなき場合は、捺印のこと)

乙 住 所 静岡市駿河区下川原南11-1  
事業所名 静岡徳洲会病院 通所リハビリテーション  
管理者 山之上弘樹 印