

重要事項説明書（通所リハビリテーション用）

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定通所リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成24年大阪府条例第115号）」第10条の規定に基づき、指定通所リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定通所リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業者名称	社会医療法人 協和会
代表者氏名	理事長 加納 繁照
本社所在地	大阪市北区天神橋7丁目5番26号 06-6351-5381
法人設立年月日	2009年1月1日

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	社会医療法人協和会 ハートフルクリニック
介護保険指定事業所番号	2714114309
事業所所在地	大阪市北区天神橋7丁目4番5号
連絡先	06-6351-3511
相談担当者名	相談担当者 中岡孝太
事業所の通常の事業の実施地域	大阪市北区・都島区・旭区・中央区
利用定員	38名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	利用者が可能な限りその居宅において、その有する身体的・精神的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サービスを提供することを目的とします
運営の方針	利用者の要介護度状態の軽減若しくは、悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。また、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めます

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（ただし12月30日から1月3日を除く）
営業時間	午前8時30分から午後5時

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日から金曜日（ただし12月30日から1月3日を除く）
サービス提供時間	午前8時30分から午後5時

(5) 事業所の職員体制

管理者	芦田宗宏
-----	------

職	業務内容	人員数
管理者 又は管理者代行	1.従業者に法律等の規定を遵守させるために必要な指導命令を行います	常勤 1名
専任医師	1.利用者に対する医学的な管理指導等を行います	1名以上
理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という）看護師もしくは准看護師（以下「看護師等」という）若しくは介護職員	1.医師及び理学療法士、作業療法士その他の従業者は、診療または運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望およびその置かれている環境を踏まえてリハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した通所リハビリテーション計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得て交付します 2.通所リハビリテーション計画に基づき、必要なリハビリテーションおよび介護ならびに日常生活上のお世話をを行います 3.それぞれの利用者について、通所リハビリテーションに沿ったサービスの実施状況の把握及びその評価を診療記録に記載します。また、必要に応じてリハビリテーション計画の変更を行います	4名以上
管理栄養士	1.栄養改善サービスの提供を行います	非常勤 1名
事務職員	1.介護給付費等の請求事務及び通信連絡等を行います	1名以上

3. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービスの区分と種類		サービスの内容
通所リハビリテーション計画の作成		居宅介護サービス（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所リハビリテーション計画を作成します
利用者居宅への送迎		利用者の居宅と事業所間の送迎を行います
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して介助を行います
	排泄介助	排泄の介助やおむつ交換をします
	更衣介助	上着、下着の更衣の介助を行います
	移動・移乗介助	室内の移動や、車椅子への移乗の介助を行います
	服薬介助	持参薬の管理や服薬介助を行います
リハビリテーション	日常生活動作を通じた練習	利用者の能力に応じた日常生活内での動作を通じた練習をおこないます
	レクリエーションを通じた練習	集団活動に通じた練習を行います
	器具等を使用した練習	能力に応じて器機や器具を使用した練習を行います
その他	創作活動など	趣味や趣向に応じた創作活動、作業療法を提供します

(2) 通所リハビリテーション従業者の禁止事項

通所リハビリテーション従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません

- ①医療行為（ただし、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除く）
- ②利用者または家族の金銭、物品、預金通帳、証書、書類の預かり
- ③利用者または家族からの金銭、物品、飲食等の授受
- ④身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者または第3者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤そのほか、利用者または家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

「金額欄」上段1割負担、中段2割負担、下段3割負担

所要時間	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	基本単位	利用者負担額	基本単位	利用者負担額	基本単位	利用者負担額	基本単位	利用者負担額	基本単位	利用者負担額
1時間以上 2時間未満	369	401	398	433	429	466	458	498	491	534
		802		866		933		996		1068
		1204		1299		1400		1494		1602
2時間以上 3時間未満	383	416	439	477	498	541	555	603	612	665
		833		955		1083		1207		1331
		1250		1432		1625		1811		1997
3時間以上 4時間未満	486	528	565	614	643	699	743	808	842	916
		1057		1229		1399		1616		1832
		1586		1844		2098		2424		2748
4時間以上 5時間未満	533	579	642	698	730	794	844	918	957	1041
		1159		1396		1588		1836		2082
		1739		2095		2382		2754		3123
5時間以上 6時間未満	622	676	738	802	852	926	987	1073	1120	1218
		1353		1605		1853		2147		2437
		2030		2408		2780		3221		3655
6時間以上 7時間未満	715	777	850	925	981	1067	1137	1237	1290	1403
		1555		1849		2134		2474		2807
		2333		2774		3201		3711		4210
7時間以上 8時間未満	762	829	903	982	1046	1138	1215	1321	1379	1500
		1658		1964		2276		2643		3000
		2487		2947		3414		2965		4500

予防通所リハビリ	要支援1		要支援2		算定回数等
	基本単位	利用者負担額	基本単位	利用者負担額	
2268	2268	2467	4228	4600	1月につき
		4935		9200	
		7402		13800	

* サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画および通所リハビリテーション計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により時間数が短縮する場合は、実際の提供時間数に応じた利用料となります。

* 8時間以上のサービス提供を行った場合は8時間以上9時間未満が50単位、9時間以上10時間未満は100単位が加算されます。

* 利用者に対して、送迎を行わない場合は、片道につき47単位減額されます

* 感染症または災害の発生を理由として当該月の利用者数が前年度における月平均よりも100分の5以上減少している場合、3月以内に限り1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を加算します

加算	基本単位	利用者負担額	算定回数等
理学療法士等体制強化加算	30	32 65 97	所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションにおいて理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上加配して実施した日数
リハビリテーション提供体制加算 (3時間以上4時間未満)	12	13 26 39	
リハビリテーション提供体制加算 (4時間以上5時間未満)	16	17 34 52	
リハビリテーション提供体制加算 (5時間以上6時間未満)	20	21 43 65	
リハビリテーション提供体制加算 (6時間以上7時間未満)	24	26 52 78	
リハビリテーション提供体制加算 (7時間以上8時間未満)	28	30 60 91	

入浴介助加算（Ⅰ）	40	43 87 130	1日につき
入浴介助加算（Ⅱ）	60	65 130 195	1日につき
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	593	645 1290 1935	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内、1日につき
	273	297 594 891	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間、1日につき
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	793	862 1725 2588	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内、1日につき
	473	514 1029 1543	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間、1日につき
リハビリテーションマネジメント加算	270	293 587 881	通所リハビリテーション計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	119 239 358	1日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240	261 522 783	1日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1920	2088 4177 6266	1日につき
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1250	1360 2720 4080	利用開始日の属する月から6月以内1日につき1回

若年性認知症利用者受入加算	60	65 130 195	1日につき
栄養アセスメント加算	50	54 108 163	1月につき
栄養改善加算	200	217 435 652	1月につき (月2回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20	21 43 65	1回につき (6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	5	5 10 16	1回につき (6月に1回を限度)
口腔機能向上加算 (I)	150	163 326 489	3月以内の期間に限り1月 に2回を限度
口腔機能向上加算 (II) イ	145	168 337 505	3月以内の期間に限り1月 に2回を限度
口腔機能向上加算 (II) ロ	160	174 348 522	3月以内の期間に限り1月 に2回を限度
重度療養管理加算	100	108 217 326	1日につき
中等度ケア体制加算	20	21 43 65	1日につき
科学的介護推進体制加算	40	43 87 130	1月につき

退院時共同指導加算	600	652 1305 1958	1回につき
移行支援加算	12	13 26 39	1日につき
サービス提供強化加算（Ⅰ）	22	23 47 71	1回につき
予防通所リハサービス提供体制加算Ⅰ（支援1）	88	95 191 287	1月につき
予防通所リハサービス提供体制加算Ⅱ（支援2）	176	191 382 574	1月につき
予防通所リハ科学的介護推進体制加算	40	43 87 130	1月につき
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	上記合計に対して+8.6%		1月につき

4. その他の費用について

①食事の提供に要する費用	610円	1食あたり食材料費及び調理コスト (運営規程の定めに基づくもの)
②おむつ代（紙おむつ）	160円	1枚あたり（運営規程の定めに基づくもの）
③おむつ代（尿取りパット）	60円	1枚あたり（運営規程の定めに基づくもの）
④日常生活費その他費用〔Ⅰ〕 (6時間以上のご利用の方)	240円	日常生活用品、おしぼり、提供する飲料、コップ・タオルのリース等の費用、その他費用 (運営規程の定めに基づくもの)

〔Ⅱ〕 (短時間利用の方)	120円	日用生活用品、おしぼり、提供する飲料、コップ・タオルのリース等の費用、その他費用 (運営規程の定めに基づくもの)
------------------	------	---

5. 利用料・利用者負担額(介護保険を適用する場合) その他の費用の請求及び支払い方法について

①利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合)、そのほかの費用の請求方法	<p>ア・利用料負担額利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします</p> <p>イ・上記に係る請求書は、利用者明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者宛に郵送します</p>
②利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等	<p>ア・請求月の当月末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください</p> <p>(ア) 利用者指定口座からの自動振替 お引き落としは毎月26日とします。</p> <p>(イ) ハートフルクリニック受付窓口での支払い 下記：診察時間内のお支払いをお願いします 診察時間：月・水～金曜日 午前9：00～12：30 午後14：30～17：00 火曜日 午前9：30～13：00 土曜日 午前9：00～12：30</p> <p>イ・お支払いの確認をしましたら領収書をお渡しします。再発行ができませんのでご注意ください。</p>

* 利用料、利用者負担額及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いがない場合には、サービスの提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただきます

6. サービスの提供に当たって

- (1) サービス提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者証の住所など記載事項に変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください
- (2) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画(ケアプラン)」に基づき利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所リハビリテーション計画」を作成します。作成した「通所リハビリテーション計画」は、利用者又は家族にその内容を説明し交付いたします

のでご確認いただきますようお願いいたします

- (3) サービスの提供は「通所リハビリテーション計画」に基づいて行います。なお、「通所リハビリテーション計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます
- (4) 通所リハビリテーション従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべての当事業者が行いますが、実際の提供に当たっては、利用者の心身の状況や移行に十分な配慮を行います
- (5) 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。
職員へのハラスメント等によりサービスの中断や契約の解除をする場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いいたします
- (6) 天災・災害・施設設備の故障その他やむを得ない理由により、安全にサービス提供出来ないと管理者が判断した場合、状況により急遽サービスをお休みさせていただく場合があります

7. 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています
虐待防止に関する責任者 診療所長 芦田宗宏
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています
- (5) 成年後見制度の利用を支援します
- (6) 苦情解決体制を整備しています
- (7) 介護相談員を受け入れます
- (8) サービス提供中に、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

8. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行う

ことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険がおよぶことが考えられる場合に限る
- (2) 非代替性：身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限る
- (3) 一次性：利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます

9. 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>②事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
②個人情報の保護について	<p>①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、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ません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

10. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先に連絡します

家族等緊急時連絡先①	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	
	携帯電話	
	勤務先	
	勤務先電話番号	
家族等緊急時連絡先②	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	
	携帯電話	
	勤務先	
	勤務先電話番号	
主治医	医療機関名	
	主治医氏名	
	電話番号	

11. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定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います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 損害保険ジャパン株式会社
保険名 医療機関「医師賠償責任保険」

12. 心身の状況の把握

指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします

13. 居宅介護支援事業者等との連携

- ①指定通所リハビリテーションの提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます
- ②サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します
- ③サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します

14. サービス提供時の記録

- ①指定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、提供の日から5年間保存します。
- ②利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます

15. 非常災害対策

- ①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います
災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（株式会社フジ建物管理 根矢 富士子）
- ②非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します
- ③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います
避難訓練実施時期：（毎年2回）

16. 衛生管理等

- ①指定通所リハビリテーション護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます
- ②指定通所リハビリテーション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ます
- ③食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます

17. 指定通所リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです（概算となります）

1ヶ月あたりの支払額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計の目安

お支払いの目安	
---------	--

ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します

この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします

18. サービス提供に関する相談・苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定通所リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

(2) 苦情申立の窓口

事業所の窓口	所在地 大阪市北区天神橋7丁目4番5号
ハートフルリハビリセンター	電話番号 06-6351-3511
担当：中岡孝太	受付時間：平日9：30～17：00
大阪市北区 介護保険担当	電話番号：06-6313-9859
大阪市都島区 介護保険担当	電話番号：06-6882-9859
大阪市旭区 介護保険担当	電話番号：06-6857-9859
大阪市中央区 介護保険担当	電話番号：06-6267-9859
大阪府国民健康保険団体連合会	電話番号：06-6949-5418

19. 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	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成24年大阪府条例第115号）」第10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	大阪市北区天神橋7丁目5番26号
	法人名	社会医療法人協和会
	代表者名	加納 繁照
	事業所名	社会医療法人協和会 ハートフルクリニック
		ハートフル リハビリセンター
説明者氏名		

上記重要事項説明書に基づいて、事業者から通所リハビリテーションについての重要な事項の説明を受け、サービス契約に同意しました。また、介護報酬改定や税率改定における利用料金の変更において、その都度別紙にて、事業所より通知される内容に同意しました

利用者	住所	
	氏名	

* 上記著明は、（ ） 続柄（ ）が代筆しました

代理人	住所	
	氏名	