

## 重要事項説明書

様（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	医療法人 とよかわ整形外科リハビリクリニック
代表者氏名	豊川 成和
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府大東市北条 2 丁目 19 番 1 号 (連絡先部署名) (TEL : 072-879-3885 ・ Fax : 072-879-3886)
法人設立年月日	昭和 63 年 12 月 17 日

### 2 利用者に対する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	医療法人 とよかわ整形外科リハビリクリニック
介護保険指定 事業所番号	2711902581
事業所所在地	大阪府大東市北条 2 丁目 19 番 1 号
連絡先 相談担当者名	TEL : 070-3143-6570 ・ Fax : 072-879-3886 小西美佐子 田中千恵美 浅井真椰
事業所の通常 の事業の実施地域	大東市 四條畷市
利用定員	20 人

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、専門職の評価に基づき、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、適切なサービスの提供に努めます。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・金 / 木・土（午前診のみ）
営業時間	午前診：9時から12時半 午後診：16時から19時半

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜 水曜 金曜 （第3水曜日・祝日は除く）
サービス提供時間	13時から16時まで

(5) 事業所の職員体制

管理者	豊川 成和
-----	-------

職	職務内容	人員数
管理者（又は管理者代行）	1 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	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。	常勤 1名
理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」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、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及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の内容等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、同意を得ます。 2 利用者へ通所リハビリテーション計画を交付します。 3 通所リハビリテーション計画に基づき、必要な理学療法、作業療法、その他のリハビリテーション及び介護ならびに日常生活上の世話をを行います。 4 それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画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。また必要に応じて通所リハビリテーション計画の変更を行います。	常勤 7名 非常勤 5名
事務職員	1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	常勤 1名 非常勤 2名

### 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		利用者に係る居宅介護支援事業所が作成した居宅サービス計画（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、援助の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。
日常生活上の世話	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
リハビリテーション	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

- ・リハビリテーションマネジメント加算とは医師、理学療法士、その他の職種が共同して、利用者ごとの通所リハビリテーション実施計画を作成します。当該計画に従い、理学療法士等がリハビリテーションを行い定期的に記録します。理学療法士等は当該計画の進捗状況进行评估し、必要に応じて計画を見直します。  
また理学療法士等が、新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、通所開始日から起算して1ヵ月前後以内に利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査、家屋状況調査等を行います。
- ・短期集中リハビリテーション加算とは集中的に指定通所リハビリテーションを行うことが、機能回復に効果的であると認められる場合に行います。  
退院（退所）日、要介護認定日から起算して3月以内の期間に、1週間に概ね2回以上、1回あたり40分以上の個別リハビリテーションを行います。
- ・個別リハビリテーションとは、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が個別にリハビリテーションを行います。
- ・認知症短期集中リハビリテーションは、認知症であると医師が判断した利用者に対し、医師は又医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が退院（退所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行います。
- ・若年性認知症利用者受入加算とは、若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。

(2) 通所リハビリテーション従業者の禁止行為

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 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三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 その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの基本利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

【料金表】

サービス提供時間数		1 時間以上 2 時間未満		2 時間以上 3 時間未満	
		利用料 (1日当り)	利用者 負担額(1日当り)	利用料 (1日当り)	利用者 負担額(1日当り)
基本単位					
要介護1	通常規模型	3,996円	400円	4,148円	415円
要介護2	通常規模型	4,310円	431円	4,754円	475円
要介護3	通常規模型	4,646円	465円	5,393円	539円
要介護4	通常規模型	4,960円	496円	6,011円	601円
要介護5	通常規模型	5,318円	532円	6,628円	663円

- ・ 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、居宅サービス計画及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）によるものとしませんが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所リハビリテーション計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所リハビリテーション計画の見直しを行いません。
- ・ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所リハビリテーション従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月（又は翌々月）の利用料及び利用者負担額は、70/100となります。

	加 算	利用料	利用者負担額	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	理学療法士等体制強化加算	325 円	32 円	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マネジメント加算ロ	6,422 円	642 円	利用者同意月から 6 月以内の期間のリハビリの質を管理した場合
		2,957 円	296 円	6 月を超えた期間のリハビリの質を管理した場合
	リハビリテーションマネジメント加算ハ	8,588 円	859 円	利用者同意月から 6 月以内の期間のリハビリの質を管理した場合
		5,123 円	512 円	6 月を超えた期間のリハビリの質を管理した場合
	事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合	2,924 円	292 円	1 月につき 1 回
	短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院（退所）日又は認定日から起算して 3 月以内 1,191 円	119 円	短期集中個別リハビリテーションを実施した日数 * 認知症短期集中リハビリテーション実施加算・生活行為向上リハビリ実施加算算定の場合不可。
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	利用開始から 6 ヶ月間 13,538 円	1,354 円	短期集中個別リハビリテーション実施加算・認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していない場合 1 月に 1 回
	認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ）	退院（退所日）又は開始日から起算して 3 月以内 2,599 円	259 円	1 週間に 2 日を限度
	認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）	退院（退所日）又は開始日の属する月から起算し 3 月以内 20,793 円	2,079 円	1 月に 4 回以上リハビリテーションを実施 1 月につき 1 回
	若年性認知症利用者受入加算	649 円	64 円	サービス提供日数
	栄養アセスメント加算	541 円	54 円	1 月につき 1 回
	栄養改善加算	2,166 円	216 円	3 月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度
	口腔・栄養スクリーニング加算	（Ⅰ） 216 円	21 円	6 ヶ月に 1 回
		（Ⅱ） 54 円	5 円	口腔機能向上加算対象者のみ
	口腔機能向上加算	（Ⅰ） 1,624 円	162 円	3 月以内の期間に限り月 2 回が限度
		（Ⅱ） 1,678 円	167 円	3 月以内の期間に限り月 2 回が限度
科学的介護推進体制加算	433 円	43 円	1 月につき 1 回	

・生活行為向上リハビリテーションの実施後、指定通所リハビリテーションを継続する場合は所定単位数から 100 分の 15 を減算します。

#### 4 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）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（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。
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	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 15 日までに、現金でお支払い下さい。 イ お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）

※ 利用料、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 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

#### 5 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、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。被保険者の住所など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) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 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。なお、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いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (4) サービス提供は「通所リハビリテーション計画」に基づいて行ないます。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。
- (5) 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、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

## 6 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・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	大西 智恵子
-------------	--------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。

- (3) 苦情解決体制を整備しています。

- (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。

## 7 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	<ul style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。</li><li>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。</li><li>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。</li></ul>
② 個人情報の保護について	<ul style="list-style-type: none"><li>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ぬ。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ぬ。</li><li>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（紙によるものの他、電子的記録を含む。）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。</li><li>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。）</li></ul>

## 8 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、速やかに主治の医師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も連絡します。

## 9 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。

## 10 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。

## 11 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。

## 12 サービス提供等の記録

- 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。

## 13 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：（ 医師 豊川 成和 ）

- 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 3月・9月）



#### 14 衛生管理等

- ① 指定通所リハビリテーションを提供する施設、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。

#### 15 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。

##### (1) 提供予定の指定通所リハビリテーションの内容

曜日	提供時間帯	サービス内容			介護保険適用の有無
		リハビリテーションマネジメント	短期集中リハビリテーション	送迎	
月・水・金	13:00～ 16:00	○	○	○	○

・料金に関しては各介護認定の階級での金額を（3）の下記の表に記載

##### (2) その他の費用

送迎費の有無	有
--------	---

##### (3) 1月当りのお支払い額（基本利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合））の目安

※ 週1回×4回利用した場合

サービス提供時間数		1時間以上2時間未満		2時間以上3時間未満	
		利用料 (1月当り)	利用者 負担額(1月当り)	利用料 (1月当り)	利用者 負担額(1月当り)
<b>基本単位</b>					
要介護1	通常規模型	15,984円	1,600円	16,592円	1,660円
要介護2	通常規模型	17,240円	1,724円	19,016円	1,900円
要介護3	通常規模型	18,584円	1,860円	21,572円	2,156円
要介護4	通常規模型	19,840円	1,984円	24,044円	2,404円
要介護5	通常規模型	21,272円	2,128円	26,512円	2,652円

※ 前述に記載した金額は、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、加算内容、ご利用状況などにより変動します。

なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用料金表の活用も可能です。

※ 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。

## 16 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

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

<b>【事業者の窓口】</b> とよかわ整形外科リハビリクリニック (担当：豊川 成和)	所在地 大東市北条2丁目19番1号 電話番号 072-879-3885 ファックス番号 072-879-3886 受付時間 月・火・水・金は1日 木・土は午前診のみ 午前診：9：00～12：30 午後診：16：00～19：30
<b>【市町村（保険者）の窓口】</b> 大東市役所 (高齢介護室)	所在地 大東市谷川1丁目1番13号 電話番号 072-872-2181 ファックス番号 072-875-3018 受付時間 土日祝を除く平日 9：00～17：30
<b>【公的団体の窓口】</b> 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常盤町1-3-8 中央大通りFNビル内 電話番号 06-6949-5247 ファックス番号 06-6949-5417 受付時間

17 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	大阪府大東市北条 2 丁目 19 番 1 号	
	法人名	医療法人 とよかわ整形外科リハビリクリニック	
	代表者名	理事長 豊川 成和	印
	事業所名	医療法人 とよかわ整形外科リハビリクリニック	
	説明者氏名	理事長 豊川 成和	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印