

重要事項説明書③（通所リハビリテーション）

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 財団医正会
代表者氏名	理事長 北澤 浩
所在地 (連絡先及び電話番号等)	豊橋市大岩町字北元屋敷 36 番地の 3 電話 0532-41-0011 FAX 0532-41-0210

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	二川病院通所リハビリテーション
介護保険指定 事業所番号	2312001072
事業所所在地	豊橋市大岩町字北元屋敷 36 番地の 3
連絡先 相談担当者名	電話 0532-41-1116 FAX 0532-41-1216 上川直美
事業所の通常の 事業の実施地域	<p>多米町、多米西町、多米中町、多米東町、平川本町、春日町、岩田町、東岩田、北岩田、西岩田、中岩田、三ノ輪町、向山東町、つつじヶ丘、山田町、小松町、佐藤町、飯村町、飯村北、飯村南、西口町、北山町、牧野町、江島町、東幸町、西幸町、弥生町、岩屋町、曙町、三本木町、藤並町、浜道町、高田町、東高田町、天伯町、大岩町、二川町、大脇町、雲谷町、中原町、三弥町、原町、豊清町、豊栄町、西山町、富士見町、東細谷町、細谷町、小島町、小松原町、寺沢町、東七根町、西七根町</p> <p>※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。 ※「通常の実施地域」以外にお住いの方のご利用は、距離に応じて交通費を頂く場合があります。</p>
利用定員	25名（介護予防を含む）

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	医療法人財団医正会が開設する二川病院（以下「事業所」という。）が行う指定通所リハビリテーションの事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とする。
運営の方針	<p>1 指定通所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、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、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、利用者の心身の機能の維持回復を図る。</p> <p>2 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、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。</p>

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日までとする。ただし、12月30日から1月3日までを除く。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分までとする。

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日から土曜日までとする。ただし、12月30日から1月3日までを除く。
サービス提供時間	午前9時45分から午後4時00分までとする。

(5) 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 北澤 浩
-----	-----------

職	職務内容	人員数
医師/管理者 兼務	<ol style="list-style-type: none"> 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。 2 利用者に対する医学的な管理を行います。 3 それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を行います。 	常勤兼務 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	<ol style="list-style-type: none"> 1 医師及び理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、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。 	3名以上 (うち理学療法士若しくは作業療法士が1名以上)
管理栄養士	<ol style="list-style-type: none"> 1 栄養改善サービスの提供を行います。 	常勤兼務 1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及び費用について

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者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。

		事業者が所有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
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。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	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、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排せつの介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	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。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
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、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。
特別なサービス （利用者に対するアセスメントの結果、必要と認められる場合に提供します。）	リハビリテーションマネジメント（ロ）	<p>リハビリテーション会議（※）を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録した場合。</p> <p>(1) 通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告した場合。</p> <p>(2) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ通所リハビリテーション計画を見直した場合。</p> <p>(3) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行った場合。</p> <p>(4) 以下のいずれかに適合すること。</p> <p>① 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業とその他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーション</p>

	<p>の利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行った場合。</p> <p>②指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行った場合。</p> <p>(5) (1)から(4)までに掲げる基準に適合することを確認し、記録した場合。</p> <p>(6)利用者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を「LIFE」を用いて提出し、フィードバック情報等を活用していること</p>
リハビリテーションマネジメント (ハ)	<p>(1)上記 (ロ) の算定要件を満たしていること。</p> <p>(2)事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること</p> <p>(3)利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っていること</p> <p>(4)利用者ごとに、言語聴覚士、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること</p> <p>(5)利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること</p> <p>(6)共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること</p>
事業者の医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た場合	<p>(1)上記 (ロ) (ハ) のいずれかを算定していること</p> <p>(2)リハビリテーション計画について、事業者の医師が、利用者またはその家族に説明し、同意を得ること</p>
<p>※リハビリテーション会議への医師の参加について、テレビ電話等（テレビ会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話含む）を活用してもよいこととする。</p> <p>※リハビリテーション会議の開催頻度について、過去に一定以上の期間・頻度で介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求がある利用者におけるリハビリテーション会議の開催については、算定当初から3月に1回でよいこととする。</p>	
短期集中個別リハビリテーション	<p>医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対して、その退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合。</p>
認知症短期集中リハビリテーションⅠ	<p>退院（退所）日又は通所開始日から起算して3月以内</p> <p>・認知症であり、かつ、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると医師が判断した者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、集中的なりハビリテーションを個別に行った場合。</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ・1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施した場合。
	認知症短期集中リハビリテーションⅡ	<p>退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症であり、かつ、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると医師が判断した者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、集中的なリハビリテーションを個別に行った場合。 ・1月に4回以上リハビリテーションを実施した場合。 ・リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施した場合。 <p>リハビリテーションマネジメント加算(A)イ、又はロ若しくは(B)イ又はロのいずれかを算定した場合。</p>
	生活行為向上リハビリテーション実施	<ul style="list-style-type: none"> ・生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置された場合。 ・生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供した場合。 ・当該事業で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定通所リハビリテーションの提供を修了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況及び実施結果を報告した場合。 ・リハビリテーションマネジメント加算(A)・(B)又いづれかを算定した場合。
<p>※短期集中個別リハビリテーション実施加算又は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る場合は算定しない。</p>		
	栄養改善	<ul style="list-style-type: none"> ・当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養・ケアステーション）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。 ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成した場合。 ・利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録した場合。 ・利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価した場合。 <p>※3月以内の期間に限り月2回を限度として算定（栄養改善サービスが必要な利用者は引き続き算定可）</p>
	口腔・栄養スクリーニング	<p>※定員超過利用・人員基準欠如に該当している場合は算定負荷。</p>

		<p>サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中 6 か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む）を介護支援専門員に文書で共有した場合。</p> <p>※6月に1回を限度とする。</p> <p>※定員超過利用・人員基準欠如に該当している場合は算定負荷。</p>
	口腔機能向上	<ul style="list-style-type: none"> ・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。 ・利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成した場合。 ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い医師、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録している場合。 ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。 <p>※3月以内の期間に限り月2回を限度として算定（口腔機能向上サービスが必要な利用者については引き続き算定可）。</p>
	入浴介助	<p>入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行った場合。</p>
	重度療養管理	<p>所要時間1時間以上2時間未満の利用者以外の者であり、要介護3、要介護4又は5であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、計画的な医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。</p>
	中重度者ケア体制	<ul style="list-style-type: none"> ・指定基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保している場合。 ・前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が30%以上である場合。 ・指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上確保している場合。
	退院時共同指導	<p>病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合。</p>

(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) 通常規模型通所リハビリテーション費について（単位）

所要時間	単位数（単位/回）				
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 時間以上 2 時間未満 の場合	369 単位	398 単位	429 単位	458 単位	491 単位
2 時間以上 3 時間未満 の場合	383 単位	439 単位	498 単位	555 単位	612 単位
3 時間以上 4 時間未満 の場合	486 単位	565 単位	643 単位	743 単位	842 単位
4 時間以上 5 時間未満 の場合	553 単位	642 単位	730 単位	844 単位	957 単位
5 時間以上 6 時間未満 の場合	622 単位	738 単位	852 単位	987 単位	1,120 単位
6 時間以上 7 時間未満 の場合	715 単位	850 単位	981 単位	1,137 単位	1,290 単位
7 時間以上 8 時間未満 の場合	762 単位	903 単位	1,046 単位	1,215 単位	1,379 単位

※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）によるものとしますが、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。

※送迎時に実施した居宅内介助等（電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等）を以下の算定要件にて通所リハビリテーションの所要時間に含めます。

- ・居宅サービス計画と個別サービス計画に位置付けた上で実施するものとし、所要時間に含めることができる時間は 30 分以内とする。
- ・居宅内介助等を行う者は、介護福祉士、介護職員初任者研修修了者等とする。

※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（又は翌翌月）の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。

	加 算	単位数	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	リハビリテーション提供体制加算1	12 単位	サービス提供日数ごとに、利用した時間に応じて算定
	リハビリテーション提供体制加算2	16 単位	
	リハビリテーション提供体制加算3	20 単位	
	リハビリテーション提供体制加算4	24 単位	
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	593 単位	リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内(1月に1回)
		273 単位	リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して6月超(1月に1回)
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	793 単位	リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内(1月に1回)
		473 単位	リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して6月超(1月に1回)
	事業者の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	270 単位	リハビリテーションマネジメント加算に加えて算定(1月に1回)
	入浴介助加算(イ)	40 単位	入浴介助を実施した日数
	サービス提供体制強化加算(イ)	22 単位	サービス提供日数ごとに算定
	科学的介護推進体制加算	40 単位	1月に1回
退院時共同指導加算	600 単位	退院時共同指導を行った後、初回通所リハビリテーションを行った場合に当該退院につき1回に限り算定	
介護職員等処遇改善加算(イ)	所定単位数の86/1,000	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数) 1月につき。	
減算	事業所が送迎を行わない場合	所定単位数から47単位を減算	片道につき

※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

※ 重度療養管理加算はサービス提供時間が1時間以上2時間未満の利用者以外で要介護3、要介護4又は5であって厚生労働大臣が定める状態にある利用者(詳細は次のとおり)に対し、通所リハビリテーションを行った場合に加算します。

- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している場合
- ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表 5 号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ト 経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥創に対する治療を実施している状態
- リ 気管切開が行われている状態

※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められた加算です。

※ 豊橋市の人件費割合による、通所リハビリテーションの1単位あたりの単価（地域区分による単価）は10.17円となります。

※（利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

4 その他の費用について

① 送迎費	<p>利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。</p> <p>① 実施地域を超えた地点から、片道5km未満 540円 ② // 、5km以上10km未満 648円 ③ // 、10km以上 756円 を頂きます。</p>
② 食事の提供に要する費用	561円（1食当り食材料費、調理コスト及びおやつ代）運営規程の定めに基づくもの
③ おむつ代	<p>リハビリパンツMサイズ 122円（1枚） // Lサイズ 132円（1枚） 紙おむつ（テープ止め式）Mサイズ 122円（1枚） //（ // ）Lサイズ 132円（1枚） 尿取りパット 30円（1枚） 上記のものを使用した場合に実費をいただきます。</p>
④ 日用品費	110円（シャンプー・ボディソープ・ハンドソープ等）
⑤ 教養娯楽費	55円（レクリエーション費用）
⑥ その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品）について費用の実費をいただきます。

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

<p>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</p>	<p>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。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用月の翌月 5 日までに発行して随時お届けします。</p>
<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>	<p>ア 請求書の内容を確認していただき、請求月の 15 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み 振込先：(金融機関名) 豊橋信用金庫 二川支店 (口座種別) 当座 (講座番号) 100063 (受取人) 医療法人 財団医正会</p> <p>(イ) 会計窓口にて支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、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。)</p>

※ 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。

6 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いたします
- (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) ①通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を

見直します。

- ②指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達を致します。
- ③新規に通所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、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行います。
- ④指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行います。
- ⑤④における指示を行った医師又は当該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、当該指示の内容が④に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録します。

7 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) 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（いわゆる高齢者虐待防止法）に定める通報を行います。
- (2) 状況に応じ、担当の介護支援専門員及び必要に応じて利用者が住所を有する市町村等に設置された高齢者虐待相談窓口に連絡を取ります。

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、次に掲げることにより留意して、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・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (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りします。
- (3) 一時性……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

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<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>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<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。</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。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	

緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	()
	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。

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、終了の日から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：（松井 将人）

- 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 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 医療法人 財団医正会二川病院 担当者 松井 将人	所在地 豊橋市大岩町字北元屋敷 36 番地の 3 電話番号 0532-41-0011 ファックス番号 0532-41-0210 受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 （木、土は午後 12 時まで） 国民の祝日に関する法律に規定する休日及び 12/31～1/3 を除く。
【市町村（保険者）の窓口】 東三河広域連合 総務課	所在地 豊橋市八丁通二丁目 16 番地 （豊橋市職員会館 4 階） 電話番号 0532-35-6000 受付時間 月～金 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 国民の祝日に関する法律に規定する休日及 び年末年始を除く。
【公的団体の窓口】 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課	所在地 名古屋市東区一丁目 6 番地の 4 電話番号 052-971-4165 ファックス番号 052-962-8870 受付時間 月～金 午前 9 時～午後 5 時 国民の祝日に関する法律に規定する休日及 び 12/29～1/3 を除く

18 介護保険サービス情報公表について

平成 18 年 4 月よりスタートした「介護サービス情報公表制度」により事業所についての情報が閲覧できます。

⇒「愛知県・介護サービス情報公表システム」にて検索し、愛知県のホームページ「介護事業所・生活関連情報検索」よりご確認下さい。

19 重要事項説明の年月日

事業者は、利用者へのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	-------------------

事業者	所在地	〒441-3145 豊橋市大岩町字北元屋敷 36 番地の 3	
	法人名	医療法人 財団医正会	
	代表者名	理事長 北澤 浩	印
	説明者氏名		印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者	住所	
	氏名	印

署名代行者 (又は法定 代理人)	住所	
	氏名	印
	続柄	