

重要事項説明書

当事業者が提供するみなし指定通所リハビリテーション・みなし指定介護予防通所リハビリテーション内容に関し、説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	堺なかむら総合クリニック
主たる事業者の所在地	〒599-8275 堺市中区東八田 24-5
電話番号	T E L 072-270-7777 F A X 072-270-7778
法人の種別及び名称	医療法人中村会
代表者の職・氏名	理事長 中村哲彦
事業所の名称	堺なかむら総合クリニック 通所リハビリテーション
事業所の所在地	〒599-8275 堺市中区東八田 24-5
事業所の電話番号	T E L 072-270-7777 F A X 072-270-7778
介護保険事業所番号	2710117777
指定年月日	平成 21 年 4 月 1 日
通常の事業の実施地域	堺市全域

2. 事業目的及び運営方針

(1) 事業目的

適切な運営を確保する為に必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の医師、看護職員、介護職員が要介護状態（要支援状態）の利用者に対し、適切なみなし指定通所リハビリテーション、みなし指定介護予防通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

要介護・要支援状態の利用者に可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るよう、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行う事により利用者の心身機能の維持を図るものとする。

3. 提供するサービス内容及び費用

(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。
利用者居宅への送迎		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	排せつ介助	介助が必要な利用者に排せつの介助、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、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。

※サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

(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利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

サービス提供時間数		1時間以上2時間未満			
		利用料	1割利用者負担額	2割利用者負担額	3割利用者負担額
要介護1	通常規模型	3,892円	390円	779円	1,167円
要介護2	通常規模型	4,198円	420円	840円	1,259円
要介護3	通常規模型	4,525円	453円	905円	1,357円
要介護4	通常規模型	4,831円	484円	966円	1,449円
要介護5	通常規模型	5,180円	518円	1,036円	1,554円
要支援1	通常規模型	23,927円	2,393円	4,785円	7,178円
要支援2	通常規模型	44,605円	4,460円	8,921円	13,381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）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、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。

(4) その他の費用について

送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、送迎に要する費用の実費を請求いたします。	
キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	利用日前日の17時までにご連絡の場合	キャンセル料不要
	利用日当日10時以降にご連絡の場合	キャンセル料300円
おむつ代	100円（1枚当り）	

※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合にはキャンセル料は請求いたしません。

(5) 加算について

	加 算	利用料	利用者負担額 (1割)	算 定 回 数 等	
介護度による区分無し	リハビリテーションマネジメント加算口	A21	6,256円	626円	利用者同意月から6ヶ月以内の期間リハビリの質を管理した場合
		A22	2,880円	288円	(1)から6ヶ月を超えた期間のリハビリの質を管理した場合
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	13,187円	1,319円	1ヶ月につき1回	
	サービス提供体制強化加算	(I) イ 232円	23円	サービス提供日数	
	介護職員処遇改善加算	(I) 所定単位数の86/1000	左記の1割	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)	
	退院時共同指導加算	6,330円	633円	サービス提供日数	
	移行支援加算	126円	12円	サービス提供日数	
	リハビリテーションマネジメント加算4	2,848円	284円	1ヶ月につき1回	
	科学的介護推進体制加算	422円	42円	1ヶ月につき1回	
要支援	予防介護サービス提供体制加算1	928円	93円	1ヶ月につき1回	
	予防介護サービス提供体制加算12	1,856円	185円	1ヶ月につき1回	
	生活行為向上	5,929円	592円	1ヶ月につき1回	

※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を評価し、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ヶ月以内に利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行います。

※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。

※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。

※介護職員処遇改善加算は介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するため経過的な扱いとして算定するものです。内容としては、介護職員の賃金改善、職員の資質向上の支援等により介護職員の雇用の安定を目的として加算します。

※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. サービス提供日

サービス提供日	月曜～金曜
サービス提供時間	11:00～12:00
休日	土曜・日曜・祝日・お盆(8/13～15)・年末年始(12/30～1/3) 台風等で法人の指定する日

5. 職員の概要

職種	人員	勤務の体制	
		常勤	非常勤
管理者	1名	1名	0名
医師	1名	1名	0名
理学療法士	2名	2名	4名
相談員	1名	1名	0名
看護職員	2名	2名	0名
介護職員	3名	3名	0名

6. 指定通所リハビリテーション施設の概要

定員	1単位 10人
リハビリ専用室	70㎡
その他の設備	送迎車 2台

7. 災害時の対応について

(1) 地震、災害等発生時の対応

下記の場合はサービス提供を中止させていただきますのでご了解ください。

- ・地震発生により、施設の営業の継続が困難と判断した時。または建物が損壊、あるいはライフラインや道路が損壊した場合はサービスを中止し帰宅の手配を取らせて頂きます。
(連絡が付き次第、順次居宅に送らせて頂きますが、可能な方はご家族のお迎えをお願いします)

(2) 風水害時の対応

サービスの中止・開始時間の延期・終了時間の前倒しの検討

検討内容	理由
送迎時の降雨量・暴風の予測	送迎時の乗り降り及び送迎中の安全を確保するため
周辺地域の学校等の休校状況	職員の出勤次第で体制確保が困難なため
豪雨・暴風通過後の交通状況	洪水、土砂災害による二次的被害を回避するため
大規模停電による影響	空調・照明・信号機等様々な影響でのサービス提供が困難なため

サービスの中止・開始時間の延期・終了時間の前倒しの判断

判断内容	理由
中止	9時までの時点で、営業時間内の豪雨・暴風（台風等が通過）が想定された場合
開始の延期	9時の時点で迎えの時間に大雨・暴風警報の発令が想定された場合
前倒し終了	送りの時間に大雨・暴風警報の発令が想定される場合

風水害時のご家族様へのご連絡について

- ・前日まで（事前予測が可能な場合）
前日までに明らかに翌日の営業の中止・開始時間の延期の可能性がある時は事業所よりご連絡させていただきます。
- ・当日
中止・開始の延期は最終決定後、職員より直接ご連絡させていただきます。
上記の時間の連絡に支障がある方は、事前に職員へお伝えください。
当日事業所より連絡がない時は通常通りの営業となります。

(3) 非常災害対策

非常時の対策	火災 : 火元確認後、非常口より駐車場へ 避難地震 : 事業所内にて待機、家族の迎えにて帰宅
平常時の防災訓練等	年 2 回の火災訓練・地震避難訓練
防災設備	火災報知器・消火器

8. 利用料金

(1) 当事業者のみなし指定通所リハビリテーション及びのみなし指定介護予防通所リハビリテーションの提供（介護保険適用部分）に際し利用者が負担する利用料金は、介護保険法定自己負担額分です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

- ・介護保険制度が改訂された場合の改定料金につきましては、本同意書をもってその内容に同意したことに致します。（改定料金は書面の料金表をお渡しします。）
- ・短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払は受けられません。
- ・各種加算については一定の料金を負担していただきます。
- ・要介護の方で自ら通う場合又はご家族が送迎をされる場合は所定単位数を減額致します。

(2) その他の費用

通常の事業の実施地域以外の地域に居住する場合の送迎に要する費用、おむつ代等、その他日常生活において通常必要とされる費用は利用者の負担となります。

(3) 料金の支払方法

利用者が当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月末で精算し、翌月末日までに請求書をお渡し致します。翌々月 12 日に（銀行が休みの場合は翌営業日）原則として口座振替にてお支払いいただきます。

(4) キャンセル料

利用者のご都合により当日の通所リハビリをキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は至急当事業者に連絡してください。

ご利用日の前日 17 時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日 10 時までにご連絡がなかった場合	300 円

前日が休業日の場合は当日 9 時頃にご連絡下さい。

(5) その他、利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載（利用者が保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日市町村の役所の担当窓口へ提出して差額（介護保険適用部分）の払い戻しを受けてください。

9. サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ・利用者が居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している居宅介護支援事業者にご相談ください。
- ・当事業者の担当職員が利用者のお宅に伺い、当事業者のみなし指定通所リハビリテーション及びのみなし指定介護予防通所リハビリテーションの内容等についてご説明します。
- ・この説明書により利用者からの同意を得た後、当事業者医師の「指示書」に基づき通所リハビリテーション計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- ・利用日の変更をご希望の場合はご相談ください。

(2) サービスの終了

- ・利用者のご都合でサービスを終了する場合
サービスの終了を希望する日の 1 ヶ月前までに文書で申し出てください。
- ・当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了の日1ヶ月前までに文書により利用者へ通知します。

- ・自動終了
利用者が介護保険施設に入所した場合、要支援・要介護度が非該当（自立）と認定された場合、または亡くなったときは自動的にサービスの提供を終了します。
- ・その他
 - ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者や利用者の家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
 - ・事業所職員に対して暴言、暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為を行ったり、パワーハラスメント、セクシュアルハラスメントなど職員が強く不快を感じる行為があり、再三注意したにもかかわらず改善が見られないときはサービスの提供を終了させていただきます。
 - ・利用者がサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、利用者が当事業者に対してこの契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で利用者へ通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

10. 緊急時の対応方法

- ・みなし指定通所リハビリテーション及びみなし指定介護予防通所リハビリテーションのサービス提供中に利用者へ容体の変化等があった場合は、速やかに利用者の主治医に連絡します。
- ・みなし指定通所リハビリテーション及びみなし指定介護予防通所リハビリテーションのサービス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。
- ・みなし指定通所リハビリテーション及びみなし指定介護予防通所リハビリテーションのサービス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、事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	: あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	: 介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	: 賠償責任保険

11. 苦情受付

利用者は、当事業者のみなし指定通所リハビリテーション及びみなし指定介護予防通所リハビリテーションのサービス提供について、いつでも市町村や国民健康保険団体連合会窓口へ苦情を申し立てることができます。利用者は、当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

相談先	窓口	電話番号
堺なかむら総合クリニック	通所リハビリ管理者	072-270-7777
国民健康保険団体連合会	介護苦情相談	06-6949-5446
堺市役所	介護保険課等	072-233-1101

12. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権擁護・虐待防止等の為に必要な措置をとります。

- ・虐待防止に関する責任者を選任しています。 責任者 中村哲彦
- ・成年後見制度の利用を支援しています。
- ・苦情解決体制を整備しています。
- ・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。

13. 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恐れがある場合など、利用者本人または他者の生命、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あげる事に留意して（緊急性・非代替性・一時的）、必要最小限の範囲内で行う事もあります。その場合は身体拘束を行った日時、理由及び状態、様子など記録を行います。また事業者としては、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。

14. 秘密保持について

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。

また、個人情報の取り扱いについては、事項にあげる個人情報の利用目的に限定する事とします。

15. 個人情報について

堺なかむら総合クリニック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施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下の通りに定めます。

(1) 利用目的

- ①介護保険における介護認定の申請・更新・変更の支援のため
- ②利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、サービスを円滑に提供するために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- ③医療機関、居宅サービス事業者、介護支援専門員、社会福祉施設、自治体（保険者）、その他社会福祉団体との連絡提供のため
- ④利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要がある場合
- ⑤管理運營業務に係る、外部監査機関、評価機関等への情報提供等
- ⑥行政に事故などの報告を行う場合
- ⑦損害賠償保険などに係る損害保険会社等への相談・届出等
- ⑧当施設において行われる事例研究
- ⑨上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡などの場合

(2) 使用条件

- ①個人情報の提供は必要最低限とし、上記利用目的以外は決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関する契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- ②個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

堺なかむら総合クリニックみなし指定通所リハビリテーション及びみなし指定介護予防通所リハビリテーションのサービス提供の開始に際し、本書面を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

〈事業者〉

住所 大阪府堺市中区東八田 24-5

事業所名 堺なかむら総合クリニック通所リハビリテーション

管理者 中村 哲彦 印

説明者 _____ 印

〈利用者〉

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

〈代理人〉

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

続柄 _____

〈代筆者〉

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

続柄 _____

代筆の必要な理由 _____
