

重要事項説明書

当施設は、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。

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

事業者名称	医療法人社団 亀井整形外科医院
代表者氏名	亀井 滋
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	兵庫県尼崎市塚口町6丁目43番1号 06-4961-3455
法人設立年月日	平成17年1月7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	亀井整形外科医院 通所リハビリテーション
介護保険指定 事業所番号	2813024102
事業所所在地	兵庫県尼崎市塚口町6丁目43番1号
連絡先	06-6439-7931
事業所の通常の 事業の実施地域	尼崎市・伊丹市
利用定員	48名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	医療法人社団亀井整形外科医院において実施する指定通所リハビリテーションが、要介護状態の利用者に対し、適切な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	指定通所リハビリテーションの提供にあたっては、要介護状態の利用者に、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ことができるよう、理学療法等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ものとする

(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（木曜日・日曜日・祝日及び年末年始）
営業時間	月曜日から土曜日 8：45から17：15

サービス提供時間

サービス提供日	月曜日から土曜日（木曜日・日曜日・祝日及び年末年始は定休日）
サービス提供時間	月曜日から土曜日 9：00から17：00

(4) 事業所の職員体制

管理者	医師 亀井 滋
-----	---------

職	職務内容	人員数
管理者	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。	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。 2 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診療記録に記載します。	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 指定通所リハビリテーションの実施状況の把握及び通所リハビリテーション計画の変更を行います。	11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。	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	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等の提供を行います。 昼食 12:00～13:00
	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、排泄の介助、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、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。

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 (原則として、利用者全員が対象となります。)	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成します。利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が指定通所リハビリテーションを行い、利用者の状態を定期的に記録します。利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直します。指定居宅介護支援事業者を通じて、指定訪問介護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を伝達します。医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、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。
	短期集中リハビリテーション	利用者に対して、集中的に指定通所リハビリテーションを行うことが、身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に行います。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、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います。
	個別リハビリテーション	医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が個別リハビリテーションを行います。
	移行支援加算 (原則として、利用者全員が対象となります。)	指定通所リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合、評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内に限り、1日につき所定単位数を加算します。
	リハビリテーション提供体制加算	指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1名以上の事業所である。
	退院時共同指導加算	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、当該者の初回利用があった場合当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算します。

(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 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利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

区分	3 時間以上 4 時間未満		6 時間以上 7 時間未満	
	利用料	利用者 負担額(1割負担)	利用料	利用者 負担額(1割負担)
介護 1	5,127 円 / 日	513 円 / 日	7,543 円 / 日	755 円 / 日
介護 2	5,960 円 / 日	596 円 / 日	8,967 円 / 日	897 円 / 日
介護 3	6,783 円 / 日	679 円 / 日	10,349 円 / 日	1,035 円 / 日
介護 4	7,838 円 / 日	784 円 / 日	11,995 円 / 日	1,200 円 / 日
介護 5	8,883 円 / 日	889 円 / 日	13,609 円 / 日	1,361 円 / 日

※尚、利用者負担割合が2割の場合、利用者負担額は約2倍となります。

利用者負担割合が3割の場合、利用者負担額は約3倍となります

利用者負担割合は介護保険負担割合証に記載された割合となります。

※ 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の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。

※ 事業所と同一建物に居住する利用者又は同一の建物から通う利用者は1日につき利用料が991円(利用者負担100円)減額されます。

	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	リハビリテーションマネジメント加算	(イ) 6カ月以内 8,756円 6か月超 5,380円 ※医師が利用者または家族に説明した場合	(イ) 6ヶ月以内 876円/月 6ヶ月超 538円/月	1月に1回算定
	短期集中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 1,160円	116円/回	短期集中リハビリテーションを実施した日数
	入浴介助加算(1)	422円	43円	入浴介助を実施した日数
	移行支援加算	126円	13円/日	通所リハビリを利用した回数
	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の 66/1000	左記の 1割	1月当たり
	リハビリテーション提供 体制強化加算	(3時間以上 4時間未満) 126円 (6時間以上 7時間未満) 253円	(3時間以上 4時間未満) 13円 (6時間以上 7時間未満) 26円	通所リハビリを利用した回数
	送迎を行わなかった場合 送迎減算	片道につき -495円	-50円/回	片道1回あたり
	科学的介護推進体制加算	422円	43円	1月に1回算定
	退院時共同指導加算	6,330円	633円	当該退院につき1回

※ 「介護職員処遇改善加算」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た加算になります。

※ 地域区分別の単価(5級地 10.55円)を含んでいます。

※尚、利用者負担割合が2割の場合、利用者負担額は約2倍となります。

利用者負担割合が3割の場合、利用者負担額は約3倍となります
 利用者負担割合は介護保険負担割合証に記載された割合となります。

4 その他の費用について

①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、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。
②食事の提供に要する費用	820円（療養食含む）
③おむつ代・パット代	80円（1枚当り） 20円（1枚当り）

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）、その他の費用の請求方法等	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	<p>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、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>① 利用者指定口座からの自動振替</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となることがあります。）</p>

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、必要に依

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。

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

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	古賀 翔馬
-------------	-------

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

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<ol style="list-style-type: none">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。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。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。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。
② 個人情報の保護について	<ol style="list-style-type: none">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、

	<p>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。

主治医：亀井 滋

連絡先：06-4961-3455

ご家族：

連絡先：

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。

<p>保険会社名 公益社団法人 日本医師会 保険名 日医医賠償特約保険</p>
--

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、その記録はサービスを提供した日から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。
- ③ 提供した指定通所リハビリテーションに関し、利用者の健康手帳の医療の記録に係るページに必要な事項を記載します。

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：（ 古賀 翔馬 ）
- 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）

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 指定通所介護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。

(1) 提供予定の指定通所リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）（要介護1・1割負担の場合）

曜日	提供時間帯	サービス内容							介護保険適用の有無	利用者負担額 (1日当り)
		通所リハビリテーション費	リハビリテーション提供体制加算	移行支援加算	科学的介護推進体制加算	送迎	食事提供	入浴		
火	9時～12時	513	13	13	43	○	×	×	有	582円
金	10時～16時	755	26	13	43	○	820	43	有	837円 +820円

(2) その他の費用

食事の提供に要する費用	重要事項説明書 4-②記載のとおりです。
おむつ代	重要事項説明書 4-③記載のとおりです。

(3) 1か月当りのお支払い額（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

お支払い額の目安	
----------	--

※ 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。

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。

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

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

【事業者の窓口】 ディケアセンター ファーストリハ	所在地 尼崎市塚口町6丁目43-1 電話番号 06-6439-7931 ファックス番号 06-6439-7932 受付時間 平日 9:30～16:00 土 9:30～13:00
【市町村（保険者）の窓口】 尼崎市健康福祉局 福祉部 介護保険事業者担当	所在地 尼崎市東七松町1-23-1 本庁南館2階 電話番号 06-6489-6343 ファックス番号 06-6489-3813 受付時間 9:00～17:30（土日祝休み）

【公的団体の窓口】 兵庫県国民健康保険団体連合会	所在地 兵庫県神戸市中央区三宮町 1-9-1 -1801 電話番号 078-332-5680 ファックス番号 078-332-9520 受付時間 8:45~17:15 (土日祝休み)
-----------------------------	--

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	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、設備及び運営に関する基準に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	兵庫県尼崎市塚口町 6 丁目 43 番 1 号
	法人名	医療法人社団 亀井整形外科医院
	代表者名	亀井 滋 印
	事業所名	亀井整形外科医院 通所リハビリテーション
	説明者氏名	古賀 翔馬

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	尼崎市上坂部 2-7-2
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	

平成 23 年 6 月 1 日より施行
平成 27 年 1 月 1 日 改訂
平成 27 年 4 月 1 日 改訂
平成 28 年 10 月 1 日 改訂
平成 30 年 4 月 1 日 改訂
令和元年 5 月 1 日 改訂
令和元年 10 月 1 日 改訂
令和 3 年 4 月 1 日 改訂
令和 4 年 3 月 1 日 改訂
令和 4 年 10 月 1 日 改訂
令和 4 年 11 月 1 日 改訂

令和 5 年 11 月 1 日 改訂
令和 6 年 3 月 1 日 改訂
令和 6 年 6 月 1 日 改訂