

(介護予防)通所リハビリテーション
重要事項説明書及び契約書

医療法人 広正会
井上病院通所リハビリテーション

(介護予防)通所リハビリテーション重要事項説明書

医療法人広正会が開設する通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービス(以下「通所リハビリテーション」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ます。

1. 事業者の概要(介護保険事業を行う法人全体のご説明)

事業者の名称	医療法人 広正会 井上病院
主たる事務所の所在地	高知県土佐市高岡町甲 2044
代表者名	理事長 石黒 晴久
電話番号、FAX 番号	TEL:088-852-2131 FAX:088-852-2133

2. 事業所の概要(井上病院 通所リハビリテーション事業所についてのご説明)

事業所の名称	医療法人 広正会 井上病院 (介護予防)通所リハビリテーション
事業所番号	3910510308 号
所在地	高知県土佐市高岡町甲 2044
連絡先	TEL:088-852-2131 FAX:088-852-2133
建物及び居室	専有スペース(127.9 m ²)

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護、要支援状態となった利用者が可能な限り、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に、理学療法、作業療法、言語聴覚士等、必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上を図ることを目的とします。
運営の方針	①通所リハビリテーションは、利用者の動作能力、身体機能面の低下防止や利用者を介護する者の負担軽減、利用者の社会参加の促進と活動性の向上を図り、利用者が自分らしく生きがいを持って毎日過ごせるように、リハビリテーションの目標を達成する為に通所リハビリテーション計画を作成しサービス提供を実施します。 ②利用者の心身状況と、環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を実施します。 ③通所リハビリテーションの実施に当たっては、居宅介護支援事業所、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス及び地域包括支援センター等との連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

4. 利用定員

通所リハビリテーションの利用定員は、10 名と定めています。

5. 事業所の職員体制

管理者: 柏井 英助

通所リハビリテーションの従業者の職種及び員数は次の通りとなり、必要職については法令の定める通りです。

職 種	人 員
医師	1 名以上（兼務）
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	2 名以上
看護師	1 名以上（兼務）
相談員	1 名（兼務）
事務職員	1 名（兼務）
その他（送迎員）	1 名以上（兼務）

6. 営業時間

営業日 営業時間	月曜日～金曜日 10 時 00 分～12 時 00 分	休業日	土曜日、日曜日、国民の休日 年末年始(12 月 29 日～1 月 3 日)
サービス 提供時間	10 時 00 分～11 時 20 分		

7. 対象者

介護保険被保険者証をお持ちで、要支援1・2、要介護1～5に認定された方
通常のサービス実施地域（土佐市全域、高知市春野町、いの町は要相談）

8. 利用料

下記に記載されている利用料金は負担割合が 1 割の場合となります。なお、介護保険負担割合証に記載の負担割合が『2割』の方は下記利用料の2倍を、負担割合が『3割』の方は下記利用料の3倍をお支払いいただきます。

※提供サービスの介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

- (1) 基本料金 介護保険適応時の1回(要支援は1月)あたりの自己負担額
 <サービス提供時間:1時間以上2時間未満/回>

介護度	1割負担の場合
要支援1	2,268 円/月
要支援2	4,228 円/月
要介護1	369 円/回
要介護2	398 円/回
要介護3	429 円/回
要介護4	458 円/回
要介護5	491 円/回

- (2) その他体制に係る加算等

加算項目	1割負担の場合
① 科学的介護推進体制加算	40 円/月
② リハビリテーションマネジメント 加算(イ)・(ロ) ※要介護のみ	(イ) 同意日の属する月から6か月以内 560 円/月 同意日の属する月から6か月超 240 円/月 (ロ) 同意日の属する月から6か月以内 593 円/月 同意日の属する月から6か月超 273 円/月 *医師が説明を実施した場合上記に加えて270 円/月
③ 退院時共同指導加算	600 円/初回のみ
④ 理学療法士等体制強化加算 ※要介護のみ	30 円/日
⑤ 移行支援加算 ※要介護のみ	12 円/日

減算項目	1割負担の場合
⑥ 送迎減算(片道) ※要介護のみ	-47 円/片道
⑦ 予防通所リハビリ 12 月を超えた場合	要支援1:-120 円/月 要支援2:-240 円/月 ※注)

- ① 科学的介護推進体制加算:定期的(3か月に1回の頻度)にご利用者の基本情報、心身機能の状態等を当事業所の職員にて確認させて頂き、内容を厚生労働省へ科学的介護情報システム(通称 LIFE システム)を用いて報告し、得られた情報をリハビリテーション計画に反映、定期的に確認して算定を行います。
- ② リハビリテーションマネジメント加算:医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等、その他の職種が共同してご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。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の見直しを実施することで算定を行います。
- ③ 退院時共同指導加算:病院又は診療所に入院中の患者様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、言語聴覚士等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際に、当該退院につき1回限り、所定単位数の算定を行います。

- ④ 理学療法士等体制強化加算:1 時間以上 2 時間未満の基本報酬を算定している事業所が、人員基準に定める配置基準を超えて、理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士を専従かつ常勤で 2 名以上配置している時に算定を行います。
- ⑤ 移行支援加算:1 年(1 月から 12 月)の間にリハビリテーションによって日常生活動作(ADL)や手段的日常生活動作(IADL)が向上して、他のサービス(指定通所介護、認知症対応型通所介護、一般介護予防事業等)に移行できた場合、または家庭での家事や社会参加につながった場合等、それらの利用者の人数がある一定数を超えた場合、翌年の4月より 1 年間に限り移行支援加算の算定を行います。
- ⑥ 送迎減算:事業所にて送迎しなかった場合に基本単位数より減算を行います。
- ⑦ 予防通所リハビリ 12 月超減算:指定介護予防通所リハビリテーションの利用が 12 月を超える場合は、指定介護予防通所リハビリテーション費から要支援 1 の場合 120 単位、要支援 2 の場合 240 単位減算する。

注):定期的なリハビリテーション会議を行いリハビリテーション計画の見直しを行った際は、これに限らない。

9. 支払方法

上記の料金費用は、毎月10日までに請求しますので、月末までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

- 1. 井上病院会計窓口で現金払い
- 2. 銀行振込：四国銀行高岡支店 普通 0 3 3 1 3 0 5
口座名：医療法人広正会 井上病院 理事長 石黒晴久
- 3. 口座引落：ご利用できる金融機関 四国銀行 1 5 日引き落とし

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合、一旦利用料金全額(10割)を納めていただき、サービス提供証明書を発行します。

サービス提供証明書を後日市町村の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けることができます。

10. キャンセル

利用者の都合等でサービスの利用をキャンセル場合は、サービス利用時間の前日までにご連絡ください。

11. 通所リハビリテーションサービス

- ① 当事業所では、通所リハビリテーションサービスの提供にあたる医師などの従業者が、診療又は運動機能検査等をもとに、共同して利用者の心身の状況、御希望及びその置かれている環境にあわせて、リハビリテーションの目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した通所リハビリテーション計画を作成します。
- ② この通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、それに沿って作成するものとします。
- ③ このサービスの提供にあたっては、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。

- ④ サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。
- ⑤ サービスの提供にあたっては、常に病状、心身の状況及び置かれている環境を把握し、適切なサービスを提供するように致します。
- ⑥ 当事業所では、個別リハビリテーションを行う際には、担当の医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が話し合いリハビリテーション実施計画を作成します。
- ⑦ このリハビリテーション実施計画は、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沿って作成するものとします。
- ⑧ 退院後にサービスを利用する際には医療機関のリハビリテーション計画書等を入手し内容を把握し情報の共有を実施します。

12. 業務継続計画の策定

(1) 地震や風水害等

- ① 地震・風水害等に対処する為、防災計画を作成しています。
- ② 非常時の対策等を検討する委員会を設立しています。
- ③ 火元責任者には、事業所の職員を充てています。
- ④ 非常災害用の設備点検は、保守業者に依頼しています。
- ⑤ 非常災害設備は、常に作動するよう保持しています。
- ⑥ 非常災害に備え防災訓練を実施しています。
 - ・防災訓練(消火、通報、避難)は年1回以上実施しています。
 - ・非常災害設備の使用法の徹底については随時行っています。
- ⑦ その他、必要な災害防止対策についても、随時対処することとします。

(2) 衛生管理等

- ① 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立しています。
- ② 感染症の予防及びまん延の防止のための指針マニュアルを作成しています。
- ③ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を年1回以上実施しています。
- ④ 通所職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行っています。
- ⑤ 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めています。

13. 事故発生時の対応

通所リハビリテーションサービスの提供にあたって、事故が発生した場合は、速やかに併設(連携)医療機関への受診等の必要な措置を講じ、保証人等のご家族へ連絡をします。また必要に応じ、その他の医療機関等への受診を行う場合もあります。事故についての検証は『医療安全管理会』が行い、経過・原因究明・今後の対策を検討し、必要に応じ防止に向けた対応を行います。

14. 守秘義務及び個人情報の保護

事業所及びすべての職員は、サービス提供をする上で知り得た、利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者には漏らしません。この秘密を保持する義務は、本契約が終了した後においても継続します。事業所は、利用者及びその家族の個人情報を利用する場合は、同意を得るものとします。

15. 施設の利用に当たっての留意事項、禁止行為

当施設の利用に当たっての留意事項を以下のとおりとします。

- 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)は行いません。
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かりは行いません。
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受は致しません。
- ④喫煙について、全館禁煙とします。
- ⑤設備・備品の利用は、本来の用法に従って利用をお願いしています。これに反した利用による破損等の際、利用者に弁償義務が生じる場合があります。
- ⑥他利用者への迷惑行為は禁止です。
- ⑦その他利用者又は家族等に対して行う、宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為はご遠慮ください。

16. 苦情相談窓口

【お客様相談窓口】 井上病院 リハビリテーション科 堅田 真吾	所在地:土佐市高岡町甲 2044 電話番号:(088)852-2131 FAX:(088)852-2133 対応時間:平日午前9時 00 分～17 時 00 分まで
【市町村の窓口】 土佐市役所 長寿政策課 介護保険係	所在地:土佐市高岡町甲 2017-1 電話番号:(088)852-1124 FAX:(088)852-7636 対応時間:午前 8 時 30 分～午前 5 時 15 分
【公的機関の窓口】 高知県国民健康保険団体連合会	所在地:高知市丸の内 2-6-5 電話番号:(088)820-8410 FAX:(088)820-8413 対応時間:午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分

17. 緊急時の対応

サービス提供中に容態の変化があった場合は遅延なく、主治医、救急隊、家族、指定居宅介護支援事業所へ連絡を取るなど必要な措置を講じます。

利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関名	
	所在地	
	電話番号	

緊急時連絡先①	氏名	
	住所	
	電話番号	
	勤務先	
	勤務先電話番号	
緊急時連絡先②	氏名	
	住所	
	電話番号	
	勤務先	
	勤務先電話番号	

(介護予防)通所リハビリテーション契約書

(ご利用者) _____ 様

(事業者) 井上病院通所リハビリテーション

利用者と事業者は、事業者が利用者に対して行う(介護予防)通所リハビリテーション“※以下「通所リハビリテーション」という。”について、次のとおり契約します。

第1条(契約の目的)

事業者は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し、利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、(介護予防)通所リハビリテーションサービスを提供します。利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条(契約期間)

1. この契約期間は、_____年 _____月 _____日から利用者の要介護または要支援認定の有効期間満了日までとします。但し、契約期間満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護または要支援認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。
2. 上記契約期間満了日の7日以上前に利用者から事業者に対し、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。
3. 利用者から契約終了の意思表示された場合は、事業者は、他の業者の情報を提供するなど、必要な措置をとります。

第3条(通所リハビリテーション計画)

事業者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「(介護予防)通所リハビリテーション計画“※以下通所リハビリテーション計画という。”」を作成します。事業者は、この「(介護予防)通所リハビリテーション計画」の内容を利用者およびその家族に説明します。

第4条(居宅サービス計画変更の援助)

事業者は、利用者が居宅サービス計画(ケアプラン)の変更を希望する場合は、速やかに担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)に連絡するなど必要な援助を行います。

第5条(リハビリテーション実施計画)

事業者は、利用者に個別リハビリテーションを行う際には、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が話し合い「リハビリテーション実施計画」を作成します。事業者は、この「リハビリテーション実施計画」の内容を利用者およびその家族に説明します。

第6条(サービス提供場所・内容)

1. 通所リハビリテーションの主たる提供場所は、井上病院リハビリテーション室です。所在地および設備・概要は重要事項説明書のとおりです。また、必要に応じ、施設外でのリハビリテーションを行います。
2. 事業者は、通所リハビリテーション計画に沿って通所リハビリテーションを提供します。また、リハビリテーション実施計画に沿って個別リハビリテーションを提供します。

3. 事業者は、通所リハビリテーションの提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービス、福祉サービスを提供するものとの連携に努めます。
4. 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、いつでも事業者申し入れることができます。その場合事業者は、可能な限り利用者の希望に添うようにします。

第7条(サービス内容等の記録作成・保管)

1. 事業者は、サービスの提供に関する記録を作成し、完結日から5年間保管します。
2. 利用者は、事業者に対し、営業時間内において、書面その他のサービスの提供に関する記録の閲覧・複写を求めることができます。
3. 利用者は、事業者に対し、サービス提供証明書の交付を求めることができます。

第8条(料金)

1. 利用者は、サービスの対価として「重要事項説明書」に定める利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。
2. 事業者は、当月の料金の合計額に明細を付して、翌月10日までに利用者へ発送します。
3. 利用者は、当月の料金の合計額を、翌月15日(銀行休日の場合はその翌営業日)に指定口座からの引落、あるいは、井上病院会計窓口にて現金にて支払います。
4. 事業者は、利用者から料金の支払いを受けた時は、利用者に対し領収書を発行します。
5. 事業者は、介護報酬改定や税率改定における利用料金の変更が生じる場合、別紙通知文や利用同意書を作成し、利用者本人又は家族へ情報を提供します。尚、これにより、利用者本人又は家族の同意を得たものとします。

第9条(契約の終了)

1. 利用者は、事業者に対し、1週間の予告期間をもって文書で通知することによりいつでも契約を解約することができ、予告期間満了日に契約は解除されます。但し、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
2. 利用者は、以下の場合には、文書で通知することにより直ちにこの契約を解約できます。
 - ① 事業者が正当な理由なく、本契約に定める居宅サービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合。
 - ② 事業者が、守秘義務に違反した場合。
 - ③ 事業者が、利用者やその家族に対し、生命・身体・財産に損害が発生した場合。
3. 事業者は、利用者が次の事由に該当する場合は、事業者が文書で通知することにより直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 利用者のサービス利用料金の支払いが、3ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1ヵ月以内に支払われない場合。
 - ② 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気などにより、サービス再開や継続が困難な状態が明らかになった場合。
 - ③ 利用者や家族が、事業者に対し、故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難となった場合。
4. 事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、このサービス提供を調整した介護支援専門員、又は利用者が住所を有する市区町村と協議し、必要な措置をとります。

5. 次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が介護保険施設へ入所した場合。
- ② 利用者の要介護状態区分が、自立とされた場合。
- ③ 利用者が死亡した場合。

第10条(秘密保持)

1. 事業者及びその従業員は、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を、正当な理由がない限り、第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
2. 事業者は、その従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。
3. 事業者は、利用者や利用者の家族の個人情報、サービス担当者会議等において必要に応じて用いる場合以外は、用いません。

第11条(損害賠償)

事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、事業者の故意過失によって事故が発生し、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者に対して損害を賠償します。

第12条(緊急時の対応)

事業者は、通所リハビリテーションの提供を行なっている時に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、当事業者の医師の診察を受けていただきます。また、家族または緊急連絡先に連絡するとともに、必要に応じて協力病院・主治の医師に連絡をとるなどの措置を講じます。

第13条(事故発生時の対応)

事業者は、通所リハビリテーションのサービスを提供するにあたり事故が発生した場合には、速やかに市町村、および関係機関、並びに利用者の家族に連絡するとともに、必要な措置を迅速に講じます。

また、利用者に対する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。

第14条(連携)

1. 事業者は、通所リハビリテーションのサービス提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
2. 当事業者が提供するサービスを、他サービスへ移行する場合、担当責任者は、他サービス事業者との円滑な連携に努めます。

第15条(苦情などの相談)

1. 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに不満・相談がある場合、いつでも別紙重要事項説明書記載の苦情相談機関に、苦情・相談をすることができます。
2. 事業者は、利用者へ提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情・相談の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
3. 事業者は、利用者が苦情・相談を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

第16条(高齢者虐待防止)

1. 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行います。
2. 事業者または責任者が従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施します。

第17条(身体拘束廃止)

1. 利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等はい行いません。
2. 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
3. 身体的拘束等の適正化を図るため、委員会等を設立し、指針の整備や従業者を対象に研修を定期的実施します。

第18条(契約外条項)

1. 利用者および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
2. 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

第19条(裁判管轄)

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は、利用者の住所を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します

附則

この規定は令和6年6月1日より施行します。

上記、重要事項説明書及び契約書を証する為、本書 2 通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1 通ずつ保有するものとします。

契約締結日： 年 月 日

【事業者】

当事業者は、(介護予防)通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、利用者に対して重要事項説明書及び契約書に基づいて、サービス内容及び重要な事項を説明した上、サービス契約を取り交わしました。

住所:高知県土佐市高岡町甲 2044

名称:医療法人 広正会 井上病院(介護予防)通所リハビリテーション
〔事業者番号 3910510308〕

代表者: 理事長 石黒 晴久 印

説明者: 氏名

【利用者】

私は、重要事項説明書及び契約書に基づいて、事業者から(介護予防)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。

ご利用者:住所

氏名

家族代表者:住所

氏名

(ご利用者との関係)