

通所リハビリテーション

(介護・介護予防)

重要事項説明書 兼 契約書

個人情報 使用同意書

通所リハビリテーション(介護・介護予防)事業所

医療法人愛健会 愛健医院

通所リハビリテーション（介護・介護予防）重要事項説明書

1 事業の目的

医療法人愛健会 愛健医院が開設する、通所リハビリテーション事業所（以下「事業所」という。）が行う指定通所リハビリテーション事業（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、事業所の理学療法士及びその他の従業者（以下「理学療法士等」という。）が要介護・要支援状態にあり、かかりつけの医師（以下「主治医」という。）が指定通所リハビリテーションの必要を認めた者に対し、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。

2 事業の運営方針

施設の理学療法士等は、要介護・要支援者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援する。

事業の実施に当たっては、関係市町村、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。

3 当事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	医療法人愛健会 愛健医院 通所リハビリテーション（介護・介護予防）事業所
所在地	長崎県佐世保市上本山町 1059 番地
介護保険指定番号	4270200266
通常の事業の実施地域	佐世保市内の離島を除く以下の日常生活圏域とする。 中里・皆瀬、相浦、日野、柚木、大野、春日、清水・大久保、金比良・赤崎・九十九、戸尾・光園・山手、小佐世保、潮見・白南風

(2) 職員体制

- ・ 管理者：医師 1名 利用可能設備等
- ・ 理学療法士 3名以上 ・ 食堂兼機能訓練室
- ・ 作業療法士 1名以上 ・ 浴室（普通浴槽・特殊浴槽）
- ・ 言語聴覚士 0.5名以上 ・ 送迎車
- ・ 看護職員 2.5名以上
- ・ 介護職員 常勤換算 12名以上
- ・

(3) 利用定員・・・3単位 106名以内

(4) 営業時間 通常 月曜～土曜 8：00～18：00

* 日曜・国民の祝日、及び8月13日～15日、12月30日～1月3日迄を除く。

(5) 医療法人愛健会の概要

(令和6年10月1日現在)

名称	医療法人愛健会 愛健医院
代表者氏名	理事長 中村 洋輔
所在地	長崎県佐世保市上本山町 1059 番地
電話番号	0956-40-8488 (代表) 0956-40-8560 (通所リハビリテーション)
F A X 番号	0956-40-7743
他事業所等	居宅介護支援<佐世保市在宅介護支援センター愛健> 居宅療養管理指導 訪問リハビリテーション事業所 訪問看護事業所 認知症対応型共同生活 介護事業所

4 サービス内容

「居宅サービス計画書」に沿った「通所リハビリテーション実施計画書」を作成し、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、その他必要なリハビリテーション等を行います。計画書の内容は、利用者及びその家族に説明します。

① リハビリテーションに関すること

個別のリハビリテーション計画を作成し、個々の希望も踏まえてリハビリテーションを行います。

② 身体の介護に関すること

日常生活動作の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。

ア、排泄の介助 イ、移動・移乗の介助 ウ、その他必要な身体の介助

③ 食事に関すること

ア、準備・後始末の介助 イ、食事摂取の介助 ウ、その他必要な食事介護

④ 送迎に関すること

障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする者については、必要な支援及びサービスを提供します。

ア、移動・移乗動作の介助 イ、送迎

⑤ 相談・助言に関すること

利用者及びその家族の日常生活における身上、介護等に関する相談及び助言を行います。

ア、日常生活動作訓練の相談・助言 イ、日常生活自助具の利用方法の相談・助言
ウ、その他必要な相談・助言

⑥ 口腔機能向上に関すること

ア、口腔清掃の指導・実施 イ、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施

⑦ 運動機能向上に関すること

ア、動作状況・身体状態の評価 イ、運動の実施 ウ、自主運動の指導

5 サービス提供の記録

① 事業者は、通所リハビリテーションの実施ごとに、サービス提供記録（実施記録）を作成することとし、契約終了後2年間保管します。

② 利用者は、その事業所にて当該利用者に関するサービス実施記録を閲覧できます。

③ 利用者は、当該利用者に関するサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。

6 料金

料金は介護料金(加算等も含む)、食事料ともに翌月 5 日以降に請求書を発行いたしますので、その後の利用日にすみやかにお支払いをお願いします。利用料金のお支払いが 1 か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 14 日以内に支払われない場合は、契約が解除されることとなりますので御了承ください。

I 介護 要介護 以下の料金の介護保険負担割合が自己負担。(介護保険負担割合証による)

①基本料金(1回)大規模型事業所 通所リハビリテーション

基本	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1～2時間未満	3,570 円	3,880 円	4,150 円	4,450 円	4,750 円
2～3時間未満	3,720 円	4,270 円	4,820 円	5,360 円	5,910 円
3～4時間未満	4,700 円	5,470 円	6,230 円	7,190 円	8,160 円
4～5時間未満	5,250 円	6,110 円	6,960 円	8,050 円	9,120 円
5～6時間未満	5,840 円	6,920 円	8,000 円	9,290 円	10,530 円
6～7時間未満	6,750 円	8,020 円	9,260 円	10,770 円	12,240 円
7～8時間未満	7,140 円	8,470 円	9,830 円	11,400 円	13,000 円

② 入浴料金 (I) 400 円 /日

③ リハビリ料金

1. リハビリテーションマネジメント加算

(ロ) 6 か月以内 +5,930 円 1 月につき

(ロ) 6 か月超 +2,730 円 1 月につき

医師が説明し同意を得る +2,700 円 1 月につき

2. 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 3 か月以内 1,100 円 /日

3. 生活行為向上リハビリテーション実施加算

・利用開始日の属する月から 6 か月以内 12,500 円 1 月につき

④その他の加算料金

1. サービス提供体制強化加算 (I) 220 円 /回

・介護職員総数のうち介護福祉士が 70%以上

・勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上の、いずれかに該当する場合

2. リハビリテーション提供体制加算 (利用者数 25 名に対し 1 名以上の理学療法士等の配置)

3 時間以上 4 時間未満 120 円 /回

4 時間以上 5 時間未満 160 円 /回

5 時間以上 6 時間未満 200 円 /回

6 時間以上 7 時間未満 240 円 /回

7 時間以上 280 円 /回

3. 理学療法士等体制強化加算 300 円 /回 (1 時間以上 2 時間未満の利用の方)

4. 口腔機能向上加算 (I) 1,500 円 1 回につき (月 2 回を限度)

(II) 1,600 円 1 回につき (月 2 回を限度)

5. 科学的介護推進体制加算 (LIFE) 400 円 1 月につき

6. 中山間地域等サービス提供加算 上記①基本料金及び④-2 リハビリテーション提供体制強化加算又は④-3 理学療法士等体制強化加算の 5%を加算

- 7. 介護職員等処遇改善加算 利用料金及び④-1 サービス提供体制強化加算の 8.6%を加算
- 8. 送迎非実施においては 1 回につき 470 円減算
- 9. 退院時共同指導加算 6,000 円 1 回につき

II 介護予防 要支援 以下の料金の介護保険負担割合が自己負担。(介護保険負担割合証による)

① 基本料金 **※1 か月毎の料金設定です。**

基本 (送迎含む)	要支援 1	要支援 2
	22,680 円	42,280 円

※利用の開始した日の属する月から起算して 12 か月超のご利用で 1 月につき

要支援 1 は -1,200 円 (減算)

要支援 2 は -2,400 円 (減算)

②加算料金

- ・生活行為向上リハビリテーション実施加算
利用開始日の属する月から 6 か月以内 5,620 円 1 月につき
- ・サービス提供体制強化加算 (I)
 - ・介護職員総数のうち介護福祉士が 70%以上
 - ・勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上の、いずれかに該当する場合
 - 要支援 1 → 880 円 1 月につき
 - 要支援 2 → 1,760 円 1 月につき
- ・口腔機能向上加算 (I) 1,500 円 1 月につき
(II) 1,600 円 1 月につき
- ・科学的介護推進体制加算 (LIFE) 400 円 1 月につき
- ・中山間地域等サービス提供加算 上記①基本料金に 5%の加算
- ・介護職員等処遇改善加算 利用料金及びサービス提供体制強化加算の 8.6%を加算
- ・退院時共同指導加算 6,000 円 1 回につき

I 介護 要介護、II 介護予防 要支援<加算・減算部分>

◎今後の法改正や制度改定、介護報酬改定等でも国の定める算定条件により、ご利用料金が改定されますことを予めご了承くださいませようお願い致します。又、その際はお渡しする請求書もしくは介護保険ご利用月のサービス利用票等でご確認ください。

III 他 (希望される利用者のみ) 保険給付対象外で全額自己負担です。

- ① 昼食料金 550 円
- ② 書類ケース代(新規・破損・紛失時) 200 円

※事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収証を発行します。

*その他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

*介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合、一旦1日あたりの利用料金を頂き、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佐世保市に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

7 料金の変更

- ①介護保険制度の見直しにより、料金の改定があった場合には、国の規定に従い変更のある場合があります。
- ②事業者は、利用者に対して、1か月前迄に文書で通知することにより、利用料及び食費等の単価の変更（増額又は減額）を申し入れることができます。
- ③利用者は料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

8 相談・要望・苦情等の窓口

通所リハビリテーションに関する相談・要望・苦情等は、サービス管理責任者か下記窓口迄お申し出ください。※苦情対応マニュアルと説明は別紙1、2参照

- ☆ 愛健医院 通所リハビリテーション事業所 相談窓口（サービス提供責任者）
担当者：下田久美（管理責任者）
電話番号：0956-40-8560
（受付時間 月～土曜日 8時～17時迄）
- ☆ 佐世保市役所介護保険総合相談窓口
住所：佐世保市八幡町1-15 電話番号：0956-24-1111
（受付時間 月～金曜日 9時～17時迄）
- ☆ 長崎県国保連合会介護サービス苦情申立相談窓口
住所：長崎市今博多町8-2 電話番号：095-826-1599
（受付時間 月～金曜日 9時～17時迄）

9 サービスの終了（契約の終了）

- ①利用者は事業者に対して、1週間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院等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事業者は、人員不足等でやむを得ない事情がある場合、利用者に対して1か月の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- ③次の事由に該当した場合は、利用者は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) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合。
 - 2) 事業者が守秘義務に反した場合。
 - 3) 事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合。
 - 4) 事業者が破産した場合。
- ④次の事由に該当した場合は、事業者は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1か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日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、又は利用者の入院もしくは病気等により、3 か月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。
- 3) 利用者又は、その関係者が、事業者やサービス従業者とその関係者又は他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
- 4) 利用者又は、その関係者が、事業者やサービス従業者とその関係者又は他の利用者に対して、過剰な要求や連絡、ハラスメント行為、強要、暴力、長時間の拘束や居座り、同じ内容の繰り返し、業務に支障を及ぼす行為等があり、事業者から改めるよう求めても、その改善がみられなかった場合。

⑤次の事由に該当した場合は、双方の通知がなくても、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に入所した場合。
- 2) 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
- 3) 利用者が死亡した場合。

10 健康上の理由による中止・緊急時の対応方法

- ①風邪症状、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ②当日の健康チェックの結果で体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合は家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合は家族に連絡の上、対応します。又、必要に応じて速やかに主治医の医師又は歯科医師、居宅介護支援事業者等へ連絡を取る等、必要な措置を講じます。

(緊急連絡先)

氏名（お2人）	1.	2.
住所		
電話番号①		
電話番号②		
続柄		

(主治医)

病院又は診療所名	
医師名	
住所	
電話番号	

*サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望日に振り替えることができます場合があります。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承下さい。

11 秘密保持

- ①事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供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、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。(別紙 個人情報 使用同意書)

③事業者は、利用者の家族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、当該家族の個人情報を用いません。

12 賠償責任

事業者はサービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

13 緊急時の対応・事故発生時の対応

事業者は、サービス提供時に利用者の病状が急変した場合やその他必要な場合は、救急処置を行うとともに家族又は緊急連絡先へ連絡し、速やかに主治医又は歯科医師に連絡をとる等、必要な処置を行います。

又、事故発生時の対応については、別紙3（事故発生時の対応マニュアル）に準じて対応します。

14 連携

①事業者はサービスの提供にあたり、介護支援専門員及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接な連携に努めます。

②事業者はこの契約の内容が変更された場合又はこの契約が終了した場合は、速やかに介護支援専門員に通知します。なお、本説明書の 9.サービスの終了（契約の終了）に基づいて解約通知をする際は、事前に介護支援専門員に連絡します。

15 高齢者虐待防止・身体拘束等の適正化の推進

虐待の発生や再発防止・身体拘束等の適正化を推進するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

① 虐待防止・身体拘束等の適正化を推進するため、対策を検討する委員会を開催する等し、事業者はその結果について周知徹底を図ります。

② 虐待防止・身体拘束等の適正化の推進の指針を整備し、適切に実施するため担当者を置きます。

③ サービス従業者に対し、虐待防止・身体拘束等の適正化を推進する研修等を実施します。

16 ハラスメント行為の禁止

サービス従業者から利用者、利用者同士、利用者からサービス従業者へのセクシャルハラスメント、パワーハラスメント等、ハラスメント行為を禁止します。

ハラスメントとは、相手やその関係者を不快にさせたり不利益を与えたりする等、肉体的又は、精神的な苦痛を与える行為とします。

17 気象状況の悪化等があった場合のご利用時間の取り扱い

国の介護報酬改定により、通所リハビリテーションの提供が計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合でも、もともとの計画上の単位数を算定して差し支えない、と明確化されました。

上記「やむを得ず短くなった場合」とは、当日の利用者の心身の状況に加えて、降雪や大雨等の急な気象状況の悪化等により、利用者宅と事業所間の送迎に平時よりも時間を要した場合も該当します。なお、計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、計画を変更の上、変更後の所要時間に応じた単位数を算定します。

18 本契約に定めのない事項

①利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

②この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議の上定めます。

19 裁判管轄

この契約に関してやむを得ず訴訟となった場合は、利用者及び事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所とすることを予め合意します。

通所リハビリテーション(介護・介護予防)契約書

_____ (以下、「利用者」といいます) と医療法人愛健会 愛健医院 (以下、「事業者」といいます) は、事業者が利用者に対して行う通所リハビリテーションについて次の通り契約します。

1. 契約の目的

事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、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通所リハビリテーションを提供し、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。

2. 契約期間

①この契約の契約期間は、令和 年 月 日から利用者の要介護認定の有効期間満了日迄とします。

②契約満了の 2 日前迄に、利用者から事業者に対して、文書により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. 契約の内容

この契約は、利用者もしくはその家族（代理人）が、事業者から本書面により重要事項の説明を受け、すべて同意をしたものが契約するものとします。

通所リハビリテーションの提供開始に当たり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業者が署名の上、1 通ずつ保有するものとします。

説明日ならびに契約締結日 令和 年 月 日

契約者氏名

事業者

<事業者名> 医療法人愛健会 愛健医院
(長崎県指定番号：4270200266)

<住所> 長崎県佐世保市上本山町1059番地

<代表者氏名> 中村 洋輔

私は、本書面により、事業者から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、同意しました。(国の方針に従い「印」及びこれに準ずる記載を削除しております)

利用者

<住所>

<氏名> (代筆)

代理人・家族代表者

<住所>

<氏名>

個人情報 使用同意書

私（利用者及びその介護者又は家族等）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画や通所リハビリテーション計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や主治医、及び他の介護保険事業者との連絡調整等において必要な場合は、必要最小限の範囲内で個人情報を用います。

2 使用する期間

令和 年 月 日からとします。

3 条件

- （1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることの無いよう細心の注意を払います。
- （2）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録します。

4 その他

広報誌作成や研究発表等の際に協力をお願いし、写真等を使用させて頂くことがあります。了承できない方は当事業所サービス従業者迄、お申し出ください。

令和 年 月 日

医療法人愛健会 愛健医院 通所リハビリテーション(介護・介護予防)事業所及び各事業者様
(国の方針に従い「印」及びこれに準ずる記載を削除しております)

(利用者) 住所

氏名 _____

(代筆)

(代理人・家族代表者)

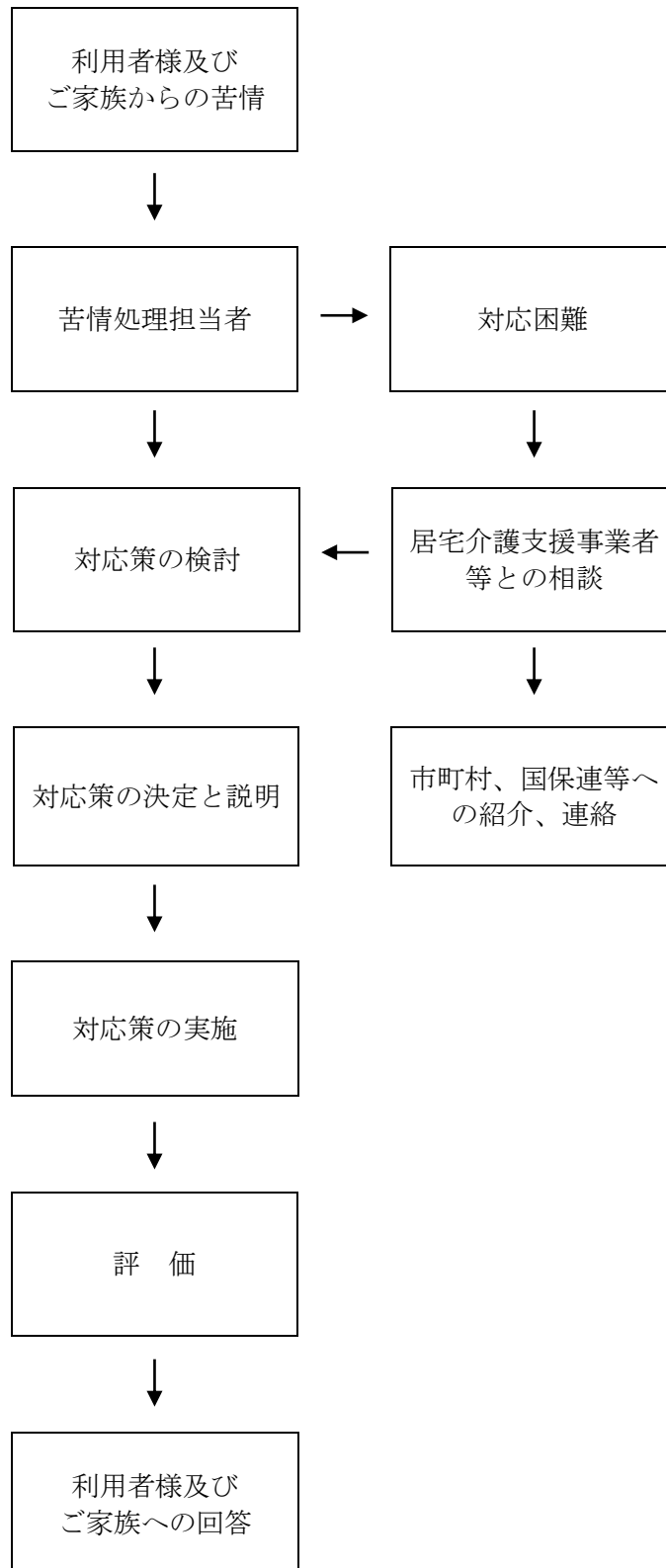
住所

氏名 _____

別紙 1

相談・苦情対応業務

苦情対応業務の手順



別紙2

苦情対応業務の実際

1. 受付

苦情があった場合には、担当者的下田久美

(以下担当者)が受付し、内容を「相談・苦情対応記録書」に記録します。担当者が不在の場合は、他のサービス従業者にて受付・記録し、担当者へ報告いたします。

2. 苦情内容の正確な把握

受付時に、苦情の内容や背景を十分に確認し、利用者の要望、事実関係・問題点を正確に把握します。この段階で基本的に反論や言い訳はせず、聞き取ることに専念し、翌日迄に改めて返答いたします。

3. 事実関係の確認

担当者的は、利用者からの苦情聴取の段階で解決できない苦情については、実情調査を行います。

(又は、他のサービス従業者に指示します)

- 計画を提供した介護支援専門員への事情聴取、居宅サービス提供者等への意見聴取により、事実関係を確認します。
- やむを得ず必要となる場合は、次の方法により事実関係を確認します。
 - ・ 本人様等への再度の電話や自宅への訪問
 - ・ 苦情を申し立てた利用者以外の利用者や関係者に対しての状況確認

4. 苦情原因分析及対応策(改善策)の決定

担当者的は調査結果を踏まえ、検討会議(管理者・他のサービス従業者)を開催し、原因分析及び対応策について検討、決定いたします。(又は担当者的に検討結果を報告し了承を得ます)

5. 利用者への説明

担当者的は、原則として翌日迄に利用者に説明します。

- 利用者への説明は直接行うことを原則とし、やむを得ない場合に限り電話で行います。
- 苦情内容により実情把握に時間がかかるなどの理由で、後日の回答になる場合は、その旨と状況を利用者へ連絡します。
- 次のような場合には、事情を説明の上、他の機関を紹介するものとします。
 - ・ 苦情の内容が、他の事業者のサービスである場合。
 - ・ 苦情の内容が、介護保険制度そのものについての場合
- 事業者としてどうしても円満解決が図れない場合は、市町村または国保連等の苦情処理機関に紹介、連絡します。

別紙3 事故発生時の対応マニュアル

○送迎時の事故処理対応

運転者・介護者で現場処理・対応を迅速に行うこと。

1. けが人の手当て
2. 警察への届出
3. 相手の確認
 - ① 事故相手の住所
 - ② 連絡先の確認（電話番号：自宅・会社・携帯）
 - ③ 相手車両の登録番号
 - ④ 入庫予定の修理工場名
4. 医院への連絡
 - ① 医院への連絡（事務長）を確実に。
 - ② 不在の場合は、医院で電話を受けたサービス従業者に、携帯で連絡を取ってもらう。
 - ③ 連絡の際は、事故現場・状況を慌てないで詳しく知らせること。
 - ※現場での示談はしないこと
 - 保険に加入しているので、示談交渉は保険会社に任せる旨、相手の了承を取り付けておくこと。
 - ※自損事故（ガードレール・道路標識・電柱等への衝突等）及び私有地内（スーパーの駐車場内等）での事故は、軽微な事故を除き警察に事故を届け出ること。
5. 帰院後、院用車事故報告書を速やかに提出すること。
 - 状況により、アクシデント・インシデント報告書も記入・提出すること。

○送迎時以外の事故発生時の対応

業務中に事故が生じた場合は、ヒヤリ・ハットノートへの記入、あるいはアクシデント・インシデント報告書を速やかに提出すること。報告者は所属長へ提出、確認・記入後に事務長へ提出、その後院長へ。院長の確認・決裁後に、事務長から報告書を所属長に返却。所属長は速やかに事故報告書の内容を報告者はもちろんのこと、各サービス従業者にフィードバックすること。

報告者 → 所属長 → 事務長 → 院長（確認・決裁） →
事務長 → 所属長 → 報告者・各サービス従業者へのフィードバック