通所リハビリテーション重要事項説明書

令和　8年　　6月　1日現在

1．　あなたに対する通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令第３７号第８条に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次の通りです。

2．　事業所の概要

（1）　事業所番号およびサービス提供地域

事　業　所　名	医療法人社団シリウス会　整形外科メディカルパパス (通称)デイケアセンター　ワーズワース
所　在　地	栃木県栃木市大平町西水代１９４３-１
代　表　者　名	町田　敏
介護保険事業所番号	０９１０３１１０７５
電　話　番　号	整形外科メディカルパパス　　０２８２－４５－１３６６ デイケアセンター　ワーズワース　０２８２－４５－２２０１
サービス提供地域	【栃木市】（大平地区）全域、（栃木地区）万町・倭町・旭町・室町・城内町・神田町・本町・日ノ出町・沼和田町・河合町・片柳町・湊町・富士見町・境町・平井町・薗部町・入舟町・祝町・柳橋町・箱森町・小平町・錦町・嘉右衛門町・泉町・大町・昭和町、（岩舟地区）静・下津原・畳岡・鷲巣・五十畑・和泉・静戸・静和・曲ヶ島・新里、（藤岡地区）赤麻・大前・冨吉・中根・蛭沼・緑川・部屋 【小山市】上初田・下初田・南小林・上泉・下泉・押切・大川島・生駒・小袋・下河原田 ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

（2）（事業の目的）

第１条　医療法人社団シリウス会　整形外科メディカルパパス（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、事業所の介護従事者が、要介護状態にある高齢者等に対して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。

（事業の方針）

第２条　通所リハビリテーション（以下「通所リハビリ」という。）の事業は、要介護状態となった場合においても、その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、理学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「心身機能」「活動」「参加」などの生活機能の維持・向上を図るよう努めるものである。

（3） 事業所の職員体制（令和８年　６月１日現在）

	資　格	常　勤	業務内容	計
管 理 者	医師	１名 (兼務)	管理	１名
医　師	医師	１名 (兼務)	医療	１名
理学療法士	理学療法士	４名	理学療法	４名
作業療法士	作業療法士	1名	作業療法	1名
看護職員	正看護師・准看護士 運動器セラピスト	１．５名	健康管理 日常介護	１．５名
介護従事者	介護福祉士 介護職員	１２名	介護全般	１２名
管理栄養士	管理栄養士	１名	栄養指導等	１名

（4） 営業時間

月　～　土	午前　9　時　～　午後　5　時

※日曜、祝日、夏季8月13日～16日・冬季12月31日から1月3日までは、基本的に休業となります。

※条件により調整可。

３．　サービスの利用について

（1） サービスの利用開始

まずは、担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）にご相談下さい。契約を締結した後、サービス提供を開始します。

事業者が提供する通所リハビリテーションのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険法適用の有無について、契約時等に説明し、利用者の合意を得ます。

担当の介護支援専門員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。

（2） サービス内容の変更

利用者は、いつでも通所リハビリテーションの内容を変更するよう申し出ることができます。事業者は、利用者からの申出があった場合、第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかに通所リハビリテーションの内容を変更します。

サービス内容を変更した場合、事業者は、利用者が変更後に利用する通所リハビリテーションの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について説明をし、利用者の合意を得ます。

※適用を受けないサービスの説明

事業者は、その提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料を説明し、利用者の合意を得ます。

（３） 経過観察・再評価

事業者は、次の各号に定める事項を行います。

① 利用者およびその家族との連携を図り、状態や経過の把握に努めます。

② 居宅サービス計画書および通所リハビリテーション計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう居宅介護支援事業者等との連絡調整を行います。

③ 利用者の状態について定期的に再評価を行い、状態の変化等に応じて通所リハビリテーションを行います。

４． サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合。

原則文書でお申し出下さればいつでも解約できます。

② 当事業所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ございます。その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知します。

③ 自動終了。

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・利用者が介護保険施設に入所した場合。

・介護保険給付でサービスを受けていた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。

・利用者がお亡くなりになった場合。

④ 別紙運営規定に定める通り、第３５条の禁止行為に抵触する場合。

⑤ 利用者が正当な理由無く利用料を滞納した場合、これを話し合いにより解決できない場合。

⑥ 入院治療等の理由以外で長期（概ね３か月）にわたってご利用がない時、サービスの終了をお願いする場合があります。

５． 運営の方針

① 通所リハビリの事業は、リハビリテーション会議の開催により、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するよう努め、当該利用者に対し適切なサービス提供を行います。

② 利用者の意志および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、十分な情報提供と説明を行なうとともに、公正な援助を行います。

③ 関係区市町村、地域の保健医療および福祉サービスと綿密に連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

④ 職務上知り得た情報は、正当な理由なく第三者に提供しません。

６．　利用料金

（１）介護保険給付対象サービス

料金（自己負担分）

大規模型通所リハビリテーション費【診療所】（特例　基本単位　普通規模）

要介護度	基本単位			
	１時間以上２時間未満	４時間以上５時間未満	５時間以上６時間未満	６時間以上７時間未満
要介護　１	３６９単位	５５３単位	６２２単位	７１５単位
要介護　２	３９８単位	６４２単位	７３８単位	８５０単位
要介護　３	４２９単位	７３０単位	８５２単位	９８１単位
要介護　４	４５８単位	８４４単位	９８７単位	１１３７単位
要介護　５	４９１単位	９５７単位	１１２０単位	１２９０単位

※１回分の利用単位数です。

加算

項　目	加算単位
理学療法士等体制強化加算	30単位/日
リハビリテーション提供体制加算１	12単位/回
リハビリテーション提供体制加算２	16単位/回
リハビリテーション提供体制加算３	20単位/回
リハビリテーション提供体制加算４	24単位/回
リハビリテーション提供体制加算５	28単位/回
入浴介助加算（Ⅰ）	40単位/日
入浴介助加算（Ⅱ）	60単位/日
リハビリテーションマネジメント加算イ（6か月以内）	560単位/月
リハビリテーションマネジメント加算イ（6か月超）	240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算ロ（6か月以内）	593単位/月
リハビリテーションマネジメント加算ロ（6か月超）	273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算ハ（6か月以内）	793単位/月
リハビリテーションマネジメント加算ハ（6か月超）	473単位/月
計画書の医師の説明と同意	270単位/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1,920単位/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250単位/月
若年性認知症利用者受入加算	60単位/日
栄養改善加算	200単位/回
栄養アセスメント加算	50単位/回
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150単位/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位/月
重度療養管理加算	100単位/日
中重度者ケア体制加算	20単位/日
事業所が送迎を行わない場合	47単位/片道を減算。
移行支援加算	12単位/日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位/回
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18単位/回
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6単位/回
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）イ	所定単位数の1000分の103に相当する単位数
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定単位数の1000分の111に相当する単位数
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）イ	所定単位数の1000分の100に相当する単位数

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）ロ	所定単位数の1000分の108に相当する単位数
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の1000分の83に相当する単位数
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の1000分の70に相当する単位数
退院時共同指導加算	600単位/回

※該当の加算につきましては別途ご説明いたします。

※業務継続計画未実施減算・高齢者虐待防止処置未実施減算（基準に適合していない場合、所定単位数の1.0%減算）

・地域区分の適用（７級地・通所リハビリ）により、10単位＝10.17円で換算されます。

・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。

（２）介護保険給付対象外サービス（全額自己負担）

①食材料費（おやつ・飲み物代を含む）１日６００円程度。

注）ご利用日前日（ご利用日前日等が休業日の場合は前営業日）１７：００までにお休みのご連絡を頂戴できない場合、上記食材費は全額（６００円）お支払いいただきます。

②その他、通所リハビリの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用。

（３） 解約料

利用者はいつでも原則文書により契約を解約することができ一切料金はかかりません。

（４）支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月初めに前月分の請求をいたします。ゆうちょ銀行は、毎月１５日・２５日（再振替）の口座振替でのお支払いになります。その他の銀行は、毎月２０日の口座振替でのお支払いになります。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

７． ご利用の際に留意及び禁止いただく事項

留意事項

１． 金銭、貴重品の持参。
２． 当施設の備品の利用に際しては清潔保持、整理整頓に心がけ大切に使用すること。
３． 食べ物、飲み物の持ち込み。
４． ご利用者様同士での物品のやりとり。

禁止事項

１． 他人の人権や、人格を否定するような言動や攻撃をすること。
２． けんか、口論、泥酔、恫喝、性的な言動・行動などでの他の利用者に迷惑を及ぼすこと。
３． 事務所の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
４． 指定した場所以外で火気を用いること。
５． 故意に施設もしくは物品に損害を与え、またはこれを持ち出すこと。
６． 同時に利用している他の利用者に関する秘密を、漏らすこと。
７． 飲食物を他の利用者に渡すこと。

８．　サービス内容に関する苦情

①　デイケアセンターワーズワース利用者相談・苦情担当

デイケアセンターワーズワースでのサービスに関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

医療法人社団シリウス会　整形外科メディカルパパス
(通称)デイケアセンター ワーズワース
担当　岸　香代子
電話：０２８２-４５-２２０１　　ＦＡＸ：０２８２-４５-２２０７
受付時間　午前９時～午後５時（月曜日～土曜日）

②　その他

事業所以外に市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

担当　栃木市介護保険課
所在地　：栃木県栃木市万町９番地２５号
電話番号：０２８２-２１-２２５１
受付時間：月曜日～金曜日　８：３０～１７：１５

担当　栃木県国民健康保険団体連合会
所在地　：栃木県宇都宮市本町３番９号　栃木県本町合同ビル６階
電話番号：０２８-６４３-５４００（介護福祉課）
受付時間：月曜日～金曜日　８：３０～１７：１５

担当　栃木県社会福祉協議会
所在地　：栃木県宇都宮市若草１-１０-６
電話番号：０２８-６２２-０５２４
受付時間：月曜日～金曜日　８：３０～１７：１５

９．　事故発生時の対応

利用者に対する指定通所リハビリの提供により事故が発生した場合は市町村、当該利用者の家族、当該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、必要な借置を講じます。

利用者に対する指定通所リハビリ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。

１０．　緊急時の対応方法

①担当医師及び併設診療所医師が対応する。
②専門治療が必要な場合は、他医に紹介する。
③主治の医師に連絡する。

１１．　感染症及びまん延防止のための対策

整形外科メディカルパパスの感染委員会と共同し、指針の整備、定期的な委員会の開催、職員の研修を実施します。

１２．ハラスメント対策

リハビリの提供を確保する観点から、ハラスメント防止の対策を行います。

１３．　業務継続計画の策定等

感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に対するサービスの提供を継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画書の策定、研修の実施、訓練の実施等を行います。

１４．　虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待防止の観点から、虐待の発生又は、その再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、担当者の配置を行います。

１５．　秘密の保持及び個人情報の保護

1　事業者、介護支援専門員および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およ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、利用者からあらかじ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ん。

3　事業者は、利用者の家族からあらかじ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。

当事業所とその職員は、当院の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を下記のとおり定め、適切に取り扱います。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。

①サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等。
②居宅介護支援事業所等との連携。
③利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知。
④利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等。
⑤生命・身体の保護のため必要な場合。（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

＊前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

【個人情報の利用目的】

医療法人社団シリウス会　整形外科メディカルパパス(デイケアセンターワーズワース)では、個人の人格尊重の理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】
〔事業所内部での利用目的〕
・当事業所が利用者等に提供する介護サービス
・介護保険事務
・介護サービスの利用者に係る当事業所の管理運営業務のうち
　・入退所等の管理
　・会計・経理
　・事故等の報告
　・当該利用者の介護・医療サービスの向上
〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕
・当事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち
　・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、 照会への回答
　・利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
　・検体検査業務の委託その他の業務委託
　・家族等への心身の状況説明
・介護保険事務のうち
　・保険事務の委託
　・審査支払機関へのレセプトの提出
　・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
【上記以外の利用目的】
〔事業所内部での利用に係る利用目的〕
・当事業所の管理運営業務のうち
　・医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
　・当事業所において行われる学生の実習への協力
　・当事業所において行われる事例研究
〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕
・当施設の管理運営業務のうち
　・外部監査機関への情報提供

通所リハビリテーションサービス提供にあたり利用者に対し、契約書及び本書面に基づいて重要事項及び個人情報の取り扱いについて説明しました。

名称	医療法人社団シリウス会　整形外科メディカルパパス （通称）デイケアセンターワーズワース
代表者	理事長　町田　敏
本部所在地	〒３２９－４４２３ 栃木県栃木市大平町西水代１９４３-１
電話番号	０２８２-４５-１３６６（代表）
設立	令和４年（２０２２年）６月２８日

私は、契約書および本書面により、事業者から通所リハビリテーションサービスについて、重要事項の説明を受けました。また、個人情報の取り扱いについての説明を受け、利用目的の範囲内で使用することに同意します。

令和　　年　　月　　日

利用者　住　所

氏　名

代理人　住　所

氏　名　　（本人との関係：　　）

家族　　住　所

氏　名　　（本人との関係：　　）

注・本重要説明書と同時に「契約書」にも署名し、
以上２件の同意を持って契約開始とします。