

介護予防・介護通所リハビリテーション重要事項説明書

(令和6年3月1日現在)

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の概要

事業者名称	医療法人社団協友会
代表者	理事長 平岡 邦彦
所在地	〒342-0056 埼玉県吉川市大字平沼111番地
電話番号	048-982-8311
法人設立年月日	1978年7月1日

2. 利用者に対するサービス提供を実施する事業所の概要

事業所の名称	医療法人社団協友会 埼玉回生病院・通所リハビリテーション
管理者	好本 裕平
所在地	〒340-0825 埼玉県八潮市大原455番地
電話番号	048-953-9626 (直通)
指定番号	1111000231
通常の事業の実施地域	八潮市・草加市・三郷市・東京都足立区

3. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護（要支援）状態にあるご利用様が可能な限りその居宅において、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生活機能の維持又は向上を目指し、必要なリハビリテーションを行うことにより、ご利用様の心身の機能の維持回復を図ることを目的としています。
運営の方針	事業者はご利用様の病状、心身の状況、希望及びおかれている環境等を踏まえ、介護保険法その他の関係法令及びこの契約の定めに基づき、市町村や事業者と連携を図りながら利用者の要介護（要支援）状態の悪化の防止、維持、改善を目指し適切なサービスの提供に努めます。

4. 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日（祝日も営業いたします。） 但し、年末年始（12月30日～1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分～午後5時30分

5. 職員体制

管理者		好本 裕平		
職種	常勤	非常勤	計	業務内容等
医師	1名		1名	ご利用者様に対する医学的な管理指導等
理学療法士	3名		3名	訪問リハビリと兼務1名含む
作業療法士	2名		2名	通所リハビリテーション計画の作成
言語聴覚士	1名		1名	病院と兼務 リハビリテーションの実施等
看護師	1名	2名	3名	ご利用者様のバイタルチェック、健康管理等
介護福祉士等	12名		12名	介護福祉士10名・介護職員2名 個別リハビリテーションの補助、介護等
管理栄養士	1名			病院と兼務
運転手	2名	5名	6名	ご利用者様の送迎等 介護福祉士と兼務1名
相談員	2名	1名	3名	介護福祉士と兼務2名含む 居宅介護支援事業所との連携、サービス調整等
事務員	1名		1名	書類の整備、請求業務等、事務作業全般 介護職と兼務

6. サービスの内容

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は、要介護（要支援）認定を受けたご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、生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法、言語療法等のリハビリテーションを行うことにより、心身の機能の維持向上を図るサービスです。

7. 利用料金（支援）

(1) 基本料金（通常規模、地域加算5級地）

要介護度	利用者負担額		
	1割	2割	3割
要支援1	2,392	4,785	7,178
要支援2	4,460	8,921	13,381

(2) 加算

以下の要件を満たす場合、基本料金に以下の料金が加算されます。

加算の種類	利用者負担額			算定要件
	1割	2割	3割	
サービス提供体制加算（Ⅰ） 要支援1	92	185	278	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70/100以上。かつ勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25/100以上であること。
サービス提供体制加算（Ⅰ） 要支援2	185	371	557	
（介護予防）栄養アセスメント加算	52	105	158	管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合（1月につき）
（介護予防）栄養改善加算	211	422	630	低栄養状態にあるご利用者様又はその恐れのあるご利用者様に対し、栄養改善サービスを行った場合（3月以内1月2回を限度1回につき）
（介護予防）口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	10	15	6月ごとにご利用者様の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合（1回につき）
（介護予防）口腔機能向上加算（Ⅰ）	158	316	474	摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施（3月以内1月2回を限度）
（介護予防）口腔機能向上加算（Ⅱ）	168	377	504	
（介護予防）科学的介護推進体制加算	42	84	126	ご利用者様の情報を厚生労働省に提出。その情報を活用していること。
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	（介護報酬総単位数×8.6%）×10.55			<ul style="list-style-type: none"> ・キャリアパス要件 ・月額賃金改善要件 ・職場環境等要件
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	（介護報酬総単位数×8.3%）×10.55			
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	（介護報酬総単位数×6.6%）×10.55			
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	（介護報酬総単位数×5.3%）×10.55			
退院時共同指導加算	633	1,266	1,899	病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、リハビリ事業所の医師または理学療法士、作業療法士も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（※）を行った際、当該者に対する初回の通所リハビリを行った場合
（介護予防）若年性認知症利用者受入加算	253	506	759	若年性認知症のご利用者様にリハビリテーションを行なった場合。（1日につき）

リハビリテーションの質の向上に向けた評価 要支援1	-126	-253	-379	<ul style="list-style-type: none"> ・3月に1回以上リハビリ会議を開催し、専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有し、記録に残す ・利用者の状態の変化に応じてリハビリ計画を見直す ・利用者ごとのリハビリ計画等の情報を厚生労働省に提出すること ・リハビリ提供にあたり、当該情報その他リハビリの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用 以上3項目を実施の場合は減算の適用とはならない。
リハビリテーションの質の向上に向けた評価 要支援2	-253	-506	-759	

(3)その他

全額、自己負担となる費用です。(非課税です)

項目	料金	項目	料金
レクリエーション活動費(半日)	70円	おむつ代(紙パンツ・テープ止めおむつ)	200円
		尿取りパッド	50円

7. 利用料金(介護)

(1)基本料金(通常規模、地域加算5級地)

利用時間・負担割合	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
1時間以上～2時間未満	389	778	1,167	419	838	1,259	452	905	1,357	483	966	1,449	518	1,036	1,554
2時間以上～3時間未満	404	808	1,212	463	926	1,389	525	1,050	1,575	585	1,170	1,755	645	1,290	1,935
3時間以上～4時間未満	512	1,024	1,536	596	1,192	1,788	678	1,356	2,034	783	1,566	2,349	888	1,776	2,664
4時間以上～5時間未満	583	1,166	1,749	677	1,354	2,031	770	1,540	2,310	890	1,780	2,670	1,009	2,018	3,027
5時間以上～6時間未満	656	1,312	1,968	778	1,556	2,334	898	1,796	2,694	1,041	2,082	3,123	1,181	2,362	3,543
6時間以上～7時間未満	754	1,508	2,262	896	1,792	2,688	1,034	2,068	3,102	1,199	2,398	3,597	1,360	2,720	4,080
7時間以上～8時間未満	803	1,606	2,409	952	1,904	2,856	1,103	2,206	3,309	1,281	2,562	3,843	1,454	2,908	4,362

(2)加算

以下の要件を満たす場合、基本料金に以下の料金が加算されます。

加算の種類	利用者負担額			算定要件
	1割	2割	3割	
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であること(利用回数ごと)
3時間以上4時間未満の場合	12	25	37	
4時間以上5時間未満の場合	16	33	50	
5時間以上6時間未満の場合	21	42	63	
6時間以上7時間未満の場合	25	50	75	
7時間以上の場合	29	58	88	
リハビリテーションマネジメント加算				<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示 ・介護支援専門員を通じ他事業所との情報連携 ・リハビリテーション計画の国への提出 ・医師がご利用者様等に説明し同意を得る 通所リハビリテーション計画の同意を得た日から(1月につき)
イ 6月以内	590	1,180	1,770	
イ 6月を超えた日から	253	506	759	
ロ 6月以内	625	1,250	1,875	
ロ 6月を超えた日から	288	576	864	
ハ 6月以内	836	1,672	2,508	
ハ 6月を超えた日から	499	998	1,479	
+ 医師が利用者・家族に説明した場合	284	568	852	

理学療法士等体制加算	31	63	94	1時間以上2時間未満のサービス提供 理学療法士・作業療法士・又は言語聴覚士を 専従かつ常勤で2名以上配置していること。	
短期集中個別リハビリテーション加算	116	232	348	退院(所)日又は認定日から起算して3月以内(1日につき)	
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	253	506	759	認知症と診断されリハビリテーションによって生活機能の 改善が見込まれるものと判断されたものに対して (イ1日につきロ1月につき)	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,318	2,636	3,954	当該ご利用者様の有する能力の向上を支援した場合(1月につき)	
若年性認知症利用者受入加算	63	126	189	若年性認知症のご利用者様にリハビリテーションを 行なった場合(1日につき)	
栄養アセスメント加算	52	105	158	管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを 行った場合(1月につき)	
栄養改善加算	211	422	633	低栄養状態にあるご利用者様又はその恐れのあるご利用者様に 対し、栄養改善サービスを行った場合 (3月以内1月2回を限度1回につき)	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	10	15	6月ごとにご利用者様の口腔の健康状態のスクリーニング 又は栄養状態のスクリーニングを行った場合(1回につき)	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	158	316	474	摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施 (3月以内1月2回を限度)	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	168	337	506		
重度療養管理加算	105	211	316	要介護3.4.5に該当し厚生労働大臣の定める状態にある ご利用者様に対して(1日につき)	
科学的介護推進体制加算	42	84	12	情報を厚生労働省に提出していること等(1月につき)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数×8.6%)×10.55			・キャリアパス要件 ・月額賃金改善要件 ・職場環境等要件	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	(介護報酬総単位数×8.3%)×10.55				
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	(介護報酬総単位数×6.6%)×10.55				
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	(介護報酬総単位数×5.3%)×10.55				
退院時共同体制加算	633	1,266	1,899	病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、 リハビリ事業所の医師または理学療法士、作業療法士 も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(※)を行った際、当該者に対する初回の 通所リハビリを行った場合	
送迎を行わない場合(片道)	-49	-99	-148	送迎のサービスを利用しなかった場合	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	23	46	69	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70/100以上。 勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25/100以上。	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	37	56	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50/100以上。定 員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	12	18	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が40/100以上。利 用者に直接職員の総数のうち勤続年数7年以上の者の 占める割合が30/100以上。定員超過利用・人員基準欠如に 該当していないこと。	
入浴介助加算(Ⅱ)	63	126	189	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備。 上記に加え医師等がご利用者様の居宅を訪問し、 浴室におけるご利用者様の動作及び浴室の環境を評価。 医師との連携の下、リハビリスタッフが個別の入浴計画を作成。 個浴その他のご利用者様の居宅の状況に近い環境にて 入浴介助を行うこと。	
時間延長	8時間以上9時間未満	52	105	158	指定通所リハビリテーションの前後に行った日常生活上の世話の 所要時間を通算した時間が8時間以上となった場合。
	9時間以上10時間未満	105	211	316	

(3)その他

全額、自己負担となる費用です。(★以外は非課税です)

項目	料金	項目	料金
昼食（おやつ代含む）	670円	おむつ代（紙パンツ・テープ止めおむつ）	200円
理美容費	2,200円	尿取りパッド	50円
日用品費	50円	★通常の実施地域を超えた範囲の送迎（1kmにつき）課税	130円
レクリエーション活動費（1日）	150円		

(4)キャンセル料

基本的にキャンセル料はいただきませんが、体調不良等の理由で利用をお休みされる場合には下記の通りご協力をお願い致します。

- ① 遅くとも利用予定当日の朝8時30分までにお休みのご連絡をお願い致します。
- ② 通院等の理由で事前にお休みの予定が分かっている場合には、早めのご連絡をお願い致します。

(5)請求及び支払い方法

毎月10日以降に前月の利用料金の請求書を発行致します。お支払い方法については原則、銀行口座からの自動引き落としとなります。対応が難しい場合はご相談ください。引落し日は翌月28日です。

また、引落し日が日曜日・祝日の場合は翌営業日の引落としとなります。

領収書はお支払いが確認でき次第、発行致します。

8. サービスの利用について

(1)サービスの開始の前に、介護保険証等の情報を確認させていただきます。記載内容が変更になった場合には速やかにご連絡をいただけるようお願い致します。

(2)ご利用者様に係わる介護支援専門員等が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、ご利用者様及びそのご家族様等の意向を踏まえてリハビリスタッフが身体状況等を評価し、「通所リハビリテーション計画書」を作成いたします。サービスの開始にあたり、「通所リハビリテーション計画書」のご説明を致しますのでご確認ください。

9. 高齢者虐待防止について

(1)方針

高齢者虐待は、ご利用者様の尊厳を不当に傷つける社会的に許されない行為であるとともに、当施設にとっても、社会的評価に影響を与える問題です。当施設では、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることから、職員は早期発見に努めることとします。

(2) 高齢者虐待に該当する事項

当施設は下記の行為を許しません。職員が行った場合には、就業規則等により厳重に罰することとします。また、居宅において家族が行っている場合には、速やかに市町村に連絡を行います。

- ・ご利用者様の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴力を加えること。
- ・ご利用者様を衰弱させるような著しい減食、又は長時間の放置、その他の利用者様を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
- ・ご利用者様に対する著しい暴言、又は著しく拒絶的な対応その他のご利用者様に著しい心理的外傷を与える言動をおこなうこと。
- ・ご利用者様にわいせつな行為をすること、又はご利用者様をしてわいせつな行為をさせること。
- ・ご利用者様の財産を不当に処分すること、その他当該ご利用者様から不当に財産上の利益を得ること。

(3) 対象

この方針の対象者は、正職員、派遣職員、パート・アルバイト等、当施設において働いている方すべて、またご利用者様やご家族様等も含まれます。

(4)研修

高齢者虐待防止・早期発見に関する教育研修を年1回以上行うものとします。

(5)虐待防止検討委員会

- ・個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、院内の虐待防止検討委員会に所属し、適切な対応に努めます。

(6)その他

- ・プライバシーを守って対応いたしますので、安心してご相談ください。
- ・相談はもちろん、事実関係の確認に協力していただいた方に不利益になるような取り扱いは行いません。
- ・高齢者虐待に関する指針についてご利用者様がいつでも閲覧できるように、通所リハビリテーションの入口に掲示しております。
- ・事業所における高齢者虐待防止のための指針を整備します。

(7)相談窓口及び通報

- ・高齢者虐待に関する相談窓口担当者は次の通りです。高齢者虐待に該当するかどうかを含め、広く相談に対応致します。

※佐藤 健（埼玉回生病院・事務長） 048-995-3331（代表）

高齢者虐待に該当するかどうかを含め、広く相談に対応致します。

10.身体の拘束等

当院は、原則としてご利用者様に対し身体拘束を行ないません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は医師が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当院の医師がその様態及び時間、その際のご利用者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

11.衛生感染管理について

(1)事業所は、ご利用者様の使用する施設、食器その他の施設又は飲用に提供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。

(2)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次の項目に掲げる措置を講じます。

- ・事業所における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（テレビ電話装置等を活用して行なうことができるものとします）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ・事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ・事業所において、職員に対し、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定期的実施します。

12.非常災害対策について

(1)事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

(2)事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとします。

13.業務継続計画の策定等について

(1)事業所は、感染症や非常災害の発生時において、ご利用者様に対する指定通所リハビリテーション（介護予防）の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

(2)事業所は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。

(3)事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

14.ハラスメント対策の強化

適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の措置を講じていきます。またカスタマーハラスメント（利用者やその家族などからの著しい迷惑行為）の防止にも取り組みます。職員の心身に危害が生じるおそれがある場合であって、その危害の発生、再発生を防止することが著しく困難な場合、当該従事者ないし事業所が利用者へのサービス提供することが困難となった場合は契約解除を行うことがあります。

15.サービス利用にあたっての留意事項

(1)送迎について

- ① 天候や混雑状況により送迎の時間が変動する場合があります。15分以上の遅れ等がある場合にはご連絡させていただきますのでご了承ください。
- ② 原則、ご利用者様のご自宅には入れません。貴重品や金銭の管理、ご自宅の火の元の管理等ご確認の上、玄関の施錠はご本人様とご家族様でお願い致します。
- ③ 当院の送迎車以外で来所される場合は、事故等の責任は負いかねますのでご了承ください。

(2)体調不良について

- ① 体調不良の場合、ご利用は控えていただいております。
- ② 37.5℃以上の発熱がある場合は、ご利用をお断りさせていただいております。
- ③ サービスのご利用中に体調不良となった場合、医師の指示等によりご家族様にお迎えのご連絡をさせていただきます。

(3)時間の変更について

- ① 原則、急遽の時間変更には対応しておりませんが、受診やご家族様の都合等、やむを得ない事情がある場合は、できる限りの対応をさせていただきますのでご相談ください。
- ② ご家族様の送迎による利用時間の短縮等の対応、受診等によるお休みの振替利用等ご相談ください。

(4)持ち物について

- ① 貴重品や金銭の紛失等の責任は負いかねますので、ご持参にならないようお願い致します。衛生管理、栄養面の管理上、飲食物の持ち込みはお断りさせていただいております。
- ② 水分補給等については、ご用意がありますので、ご遠慮なく職員にお申し付けください。

(5)服薬管理について

看護師が服薬の管理や身体状況の観察等を行っております。必要なお薬をご持参下さい。

(6)おむつ・尿取りパット等の消耗品について

施設でもご用意があります。利用された費用は利用料金と合わせて請求させていただきます。持ち込みも可能です。ご持参していただければ対応致します。

(7)その他

- ① 性別にかかわらず、異性の職員が排泄等の介助に携わることがありますのでご了承ください。
- ② 送迎時にご家族様がお不在等の事情により、ご利用者様お1人での自宅待機が困難と判断した場合、そのまま施設に戻ってお待ちいただくこととなります。その際は、延長の利用料金が加算される場合があります。

16.その他運営に関する留意事項

(1)事業所は全ての通所リハビリテーション職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護保険法第8条2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除きます）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。

また、従業者に対し、常に必要な知識の習得及び能力の向上を図るため研修（外部における研修を含む。）を実施します。なお、研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備します。

- ①採用時研修 採用後 3か月以内
- ②継続研修 年1回以上

(2)事業所は、適切な指定通所リハビリテーション（介護予防）の提供を確保する観点から、性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

17.事故発生時の対応について

サービスの提供中に事故が発生した場合、速やかに利用者様のご家族、ご利用者様に係わる介護支援専門員及び市区町村等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により当事業所が賠償すべき事故が発生した場合、速やかに損害賠償を行います。なお、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：東京海上日動火災保険会社 保険種類：居宅介護事業者賠償保険

18.相談・苦情窓口

- ① 当事業所のサービス等に関するご相談・苦情を相談員（または責任者）がお受け致します。些細なことでも構いません、ご連絡ください。

相談先電話番号：048-953-9626（直通）

相談担当者：高井由美子 塚本美佳子 小熊理恵

責任者：高井由美子

受付日時：月～土曜日（祝日含む ただし、12月30日～1月3日を除く）

午前8：30～午後5：30まで

② サービスの提供等に関する苦情や相談は、下記の機関でも受け付けています。

八潮市	長寿介護課	電話：048-996-2111（代）
草加市	介護保険課	電話：048-922-0151（代）
足立区	介護保険課	電話：03-3880-5746（事業者指導係）
三郷市	長寿いきがい課	電話：048-953-1111（代）
埼玉県国民健康保険団体連合会		電話：048-824-2568（苦情相談専用）

19. 体調不良時・緊急時の対応について

体調不良時、当院の医師・看護師が当院の受診が必要と判断した場合、当院の外来受診を希望されますか。

はい

いいえ

※当院の外来受診を希望される場合、ご家族様のお迎えが必要になります。

命にかかわる事態になり当院から緊急搬送になった場合、搬送先は救急隊員に一任することになります。

（当院は救急病院ではないため、緊急時は救急車を呼び他院に搬送させていただきます。）

18. 個人情報の取り扱いについて

埼玉回生病院・通所リハビリテーションのご利用に伴い、ご利用者の個人情報を使用させていただきます。

この書面にて、個人情報の保護とその取扱いについて担当者よりご説明致します。

1. 利用目的

- ・ 居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャー、他サービス事業所との連携。
- ・ 市区町村への申請、報告等。
- ・ 通所リハビリテーションの広報、ホームページ等に使用する写真等の掲載。
- ・ サービス利用中の事故等、緊急事態時の対応。
- ・ 介護保険事務に係るレセプト、照会等の情報提出等。

2. 個人情報の取り扱いについて

- ・ 従業員は業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報は、通所リハビリテーションの従事者ではなくなった後においてもこれらの個人情報を外部に漏らすことはございません。
- ・ 個人情報の使用は必要最低限とします。
- ・ 提供のあった個人情報は第三者には漏らしません。
- ・ 個人情報を使用した会議等の内容については経過の記録を作成します。

埼玉回生病院・通所リハビリテーションを利用するにあたり、個人情報の取り扱いについて上記の説明を受けその内容について個人情報を用いることに同意します。

※なお、広報紙（リハビリつうしん等）やホームページ等に写真を掲載させていただくことがあります。

写真の掲載について、同意をいただければ幸いです。（お誕生日のお祝いの写真等に使用させていただきます）

写真の掲載について

同意します ・ 同意しません

サービスの提供開始にあたり、ご利用者様及びご家族様に対して、規定に基づき重要事項について説明しました。

事業者：法人名称及び代表者 医療法人社団協友会 平岡 邦彦

法人所在地 埼玉県吉川市大字平沼111番地 ㊟

事業所名 医療法人社団協友会 埼玉回生病院・通所リハビリテーション

事業所所在地 埼玉県八潮市大原455番地

管理者 好本 裕平

説明者 ㊟

事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

ご利用者様

住所

氏名 ㊟

ご家族様代表及び代理人

住所

氏名 ㊟

(続柄)

令和 年 月 日

緊急連絡先について

サービスの提供中に病状の急変等があった場合は、速やかに主治医等への連絡を行うとともに、救急隊、居宅介護支援事業所等へ連絡致します。なお、ご家族様等に連絡が取れない場合は当院の判断により、処置又は救急隊員への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

ご家族様等 緊急時連絡先①	氏名	続柄
	住所	
	電話番号①	
	電話番号②	
ご家族様等 緊急時連絡先②	氏名	続柄
	住所	
	電話番号①	
	電話番号②	
ご家族様等 緊急時連絡先③	氏名	続柄
	住所	
	電話番号①	
	電話番号②	
主治医	病院名	受診科
	主治医	
	電話番号	

※日中、連絡の取れる電話番号の記入をお願い致します。
(勤務先の電話番号の記入もお願いします。)

※緊急搬送になった場合、ご家族様に救急車に同乗していただくことになります。早く・確実に連絡が繋がる順番に出来ましたら2つ以上ご記入いただきますようお願い致します。