

指定通所（介護予防）リハビリテーション重要事項説明書

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（介護予防）リハビリテーションについて、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について

事業者名称	美祢市長 篠田 洋司
代表者氏名	美祢市病院事業管理者 清水 良一
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	美祢市大嶺町東分 326 番地 1 (代表連絡先：0837-52-1110)
事業指定年月日	令和 7 年 7 月 1 日

2 利用者に対しての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	美祢市立美東病院
施設長名	竹中 一行
介護保険指定 事業所番号	3517910018
事業所所在地	美祢市美東町大田 3800 番地
連絡先 相談担当者名	08396-2-0515（代表電話） （リハビリテーション室 今倉晶子）
事業所の通常の 事業の実施地域	美祢市
利用定員	5 名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	適正な通所リハビリテーションを提供
運営の方針	要支援者・要介護者が、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心身の機能の維持回復を図る。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜から金曜日 ただし、国民の祝日、振替休日、12月29日から1月3日までを除く。
営 業 時 間	午前8時30分から 午前12時00分

(4) サービス提供時間

サービス提供日	上記と同じ
サービス提供時間	午前9時00分から 午前11時00分

(5) 事業所の職員体制

管理者	院長 竹中 一行
-----	----------

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。	常勤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名以上
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。	1名以上

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。
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。
	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（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。

※利用者居宅への送迎 利用者の居宅と事業所までの間の送迎は実施しておりません

(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あたって、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者負担額（介護保険を適用する場合）について

【通所リハビリテーション】

事業所区分 要介護度		サービス 提供時間	1 時間以上 2 時間未満			
			利用料	利用者負担額（月額）		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
通常規 模型	要介護 1	3,690 円	369 円	738 円	1,107 円	
	要介護 2	3,980 円	398 円	796 円	1,194 円	

- ※ 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計画時間数によるものとします。
- ※ 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。
- ※ 利用者に対して、居宅と当該事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき利用料が 47 円（利用者負担:1 割 47 円、2 割 94 円、3 割 141 円）減額されます。
- ※ 感染症又は災害の発生を理由として当該月の利用者数が当該月の前年度における月平均よりも 100 分の 5 以上減少している場合、3 月以内に限り 1 回につき所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を加算します。
- ※ 虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年 1 回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記金額の 99/100 となります。
- ※ 業務継続に向けての取り組みとして、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合、上記金額の 99/100 となります。
- ※ 市外から利用される特定の地域の方（中山間地域に居住される方）については、所定単位数の 100 分の 5 に相当する単位数を加算します。

【介護予防通所リハビリテーション】

事業所区分 要介護度		サービス 提供時間	1 時間以上 2 時間未満			
			利用料	利用者負担額（月額）		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
通常規模型	要支援 1	22,680 円	2,268 円	4,536 円	6,804 円	
	要支援 2	42,280 円	4,228 円	8,456 円	12,684 円	

- ※ 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計画時間数によるものとします。
- ※ 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。
- ※ 感染症又は災害の発生を理由として当該月の利用者数が当該月の前年度における月平均よりも 100 分の 5 以上減少している場合、3 月以内に限り 1 回につき所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を加算します。
- ※ 虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年 1 回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記金額の 99/100 となります。
- ※ 業務継続に向けての取り組みとして、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い、必要な措置が講じられていない場合、上記金額の 99/100 となります。
- ※ 市外から利用される特定の地域の方（中山間地域に居住される方）については、所定単位数の 100 分の 5 に相当する単位数を加算します。
- ※ 12 月を超えて予防通所リハビリテーションを行う場合、下記のとおり差し引かれます。ただし、以下の基準を満たすことで、差し引かれません。

要介護度	利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1	1,200 円/月	120 円/月	240 円/月	360 円/月
要支援 2	2,400 円/月	240 円/月	480 円/月	720 円/月

基準 ※ 3 月に 1 回以上、リハビリテーション会議を開催し、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し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直ししていること。

※利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること

(4) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	利用料	利用者負担額			算定回数等
		1 割負担	2 割負担	3 割負担	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	1,100 円	110 円	220 円	330 円	1 日につき
科学的介護推進体制加算	400 円	40 円	80 円	120 円	1 月につき

- ※ 短期集中個別リハビリテーション実施加算は、当事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が病院等の退院日又は認定日から 3 月以内に個別リハビリテーションを集中的に行った場合に算定します。
- ※ 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとの A D L 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を通所リハビリテーションの適切かつ有効な提供に活用している場合に算定します。

【 利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合 】

上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

4 その他の費用について

サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡を頂いた時間に応じて、キャンセル料を請求させて頂く場合があります。

5 費用の請求及び支払い方法について

① 請求方法等	ア 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。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 20 日までに利用者あてにお届け（窓口手渡しまたは郵送）します。
② 支払い方法等	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、請求月の翌月 20 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）事業者指定口座への振り込み （イ）病院窓口による現金支払い 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します。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）

※ 費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

※ 事業者指定口座

金融機関 山口県信用農業協同組合連合会（金融機関コード：3035）
支店名 美祢市役所内支所（支店コード：011）
口座番号 普通 0000993
口座名義 美祢市病院等事業 美祢市立美東病院 病院事業管理者 清水良一

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、必要に応じて変更することができます。
- ※ 変更等については、利用者またはご家族様に来院して頂く場合があります。
- (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充分な配慮を行います。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	副院長 野口 哲央
-------------	-----------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

8 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。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、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 切迫性	直ちに身体的拘束等を行わなければ、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。
(2) 非代替性	身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
(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れば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

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	① 事業者は、利用者又はその家族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扱いのためのガイダンス」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又は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、その秘密を保持するべき旨を、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	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、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ぬ。 ② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）について、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。 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。）

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。

【家族等緊急連絡先】	氏 名	続柄
	住 所	
	電話番号	
	携帯電話	
	勤 務 先	
【主治医】	医療機関名	
	氏 名	
	電話番号	

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又は送迎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。

【市町村（保険者）の窓口】 美祢市役所 市民課 介護保険班	所 在 地	美祢市大嶺町東分 326 番地 1
	電話番号	0837-52-5229
	ファックス番号	0837-52-3154
	受付時間	8：30～17：15（土日祝は休み）
【居宅支援事業所の窓口】	事業所名	
	所 在 地	
	電話番号	
	担当介護支援専門員	

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	公益社団法人 全国自治体病院協議会
	保 險 名	病院賠償責任保険
	補償の概要	事業者の責任によって生じたサービスに伴う事故 及び施設の欠陥による損害を補償

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あたっては、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

指定通所リハビリテーションの提供にあたり、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。

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2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。

15 非常災害対策

- ① 事業所に防火管理者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- 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。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ます。

16 衛生管理等

- (1) 指定通所リハビリテーションの用に供する施設、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) 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。
- (3) 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、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 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をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

17 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、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 to 実施します。
- (3) 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います。

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

- ア 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）
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
 - 担当者がリハビリを担当した職員への聞き取り等、状況確認を速やかに行い、担当者主導にて対処及び対策を講じる
 - 必要に応じて、事務等他部署との調整、又は管理者（病院長）が指揮を執り、対応を行う

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 美祢市立美東病院 リハビリテーション室	所在地 美祢市美東町大田 3800 番地 電話番号 08396-2-0515 ファックス番号 08396-2-0502 受付時間 8：30～12：00（土日祝は休み）
【市町村（保険者）の窓口】 美祢市役所 市民課 介護保険班	所在地 美祢市大嶺町東分 326-1 電話番号 0837-52-5229 ファックス番号 0837-52-3154 受付時間 8：30～17：15（土日祝は休み）
【公的団体の窓口】 山口県国民健康保険団体連合会	所在地 山口市朝田 1980 番地 7 電話番号 083-995-1010 受付時間 9：00～17：00（土日祝は休み）

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	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	美祢市美東町大田 3800 番地
	法人名	美祢市立美東病院
	代表者名	院長 竹中 一行
	事業所名	美祢市立美東病院
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	続柄：