

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

(1 時間コース・2 時間コース)

# 重要事項説明書

(令和 6 年 6 月)

医療法人社団 田町診療所

〒 758-0047

萩市大字東田町22番地8

電話 0838-24-1234

FAX 0838-24-1122



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リハビリテーションまたは、指定介護予防通所リハビリテーションサービスについて、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 サービスを提供する事業者について

事業者の名称	医療法人社団 田町診療所
代表者の氏名	理事長 篠田 陽健
所在地	萩市大字東田町字東田町22番地8
電話番号	0838-24-1234
法人設立年月日	平成10年9月21日

## 2 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

事業所の名称	田町診療所 通所リハビリテーション
事業の種類	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
介護保険指定番号	3510411212
指定年月日	平成21年6月1日
事業所の所在地	萩市大字東田町字東田町22番地8
管理者	篠田 陽健
電話番号	0838-24-1234
利用定員	午前・午後 各20名
通常の実施地域	旧萩市地域(離島等を除く) ※実施地域以外でも相談に応じます

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	要介護者及び要支援者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行う事を目的とします
事業の方針	①事業の提供にあたっては、利用者の心身の特性を踏まえて、心身機能、活動、参加などの生活機能の維持・向上を図ります。 ②事業の実施にあたっては、関係市町、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、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ます

(3) 事業所の窓口の営業時間

営業日	月曜日から土曜日 ※祝日・年末年始・盆・並びに天災その他やむを得ず業務を遂行できない日を除きます。
営業時間	午前8時30分～午後6時(月・火・木・金) 午前8時30分～午後1時(水・土)

(4) サービス提供時間

1時間コース	サービス提供日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日 ※祝日・年末年始・盆・並びに天災その他やむを得ず業務を遂行できない日を除きます
	サービス提供時間	下記①②の時間帯の60～90分間程度 ①午前8時30分～午前11時55分 ②午後1時00分～午後4時25分 ※水曜日・土曜日の午後の営業は休業です
2時間コース	サービス提供日	月曜日・火曜日・木曜日・金曜日 ※祝日・年末年始・盆・並びに天災その他やむを得ず業務を遂行できない日を除きます
	サービス提供時間	午後1時00分～午後3時05分

(5) 職員体制(兼務)

管理者		常勤1名	従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います
従業者	医師	常勤1名	通所リハビリテーションの提供に当たります
	理学療法士	常勤3名 非常勤1名	
	看護職員	常勤3名	
	介護職員及びその他の職員	常勤2名 非常勤1名	介護およびリハビリの補助、請求事務及び通信連絡事務、又は送迎等にかかる援助を行います

### 3 提供するサービス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

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専門員が作成したサービス計画(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(介護予防通所リハビリ)計画を作成します
利用者居宅への送迎	事業者が所有する車両により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります
日常生活上の世話	介助が必要な利用者に対し必要な介助を行います ①排泄の介助、おむつの交換、トイレ誘導等の排泄介助 ②室内の移動、車椅子への移乗などの移動介助 ③主治医より服薬の指示がある利用者に対し、服薬の介助、服薬の確認等
健康チェック	リハビリテーションを実施する前に、血圧、体温、脈拍等を測定し、健康状態の把握に努めます
リハビリテーション	①個別リハビリテーション ②器具等を使用した訓練 ③レクリエーション(集団体操やゲーム)を通じた訓練(※2時間コースのみ)
★リハビリテーション マネジメント	要介護認定を受けておられる利用者であって、多職種が協議しながらリハビリテーション計画を立て、また定期的にモニタリングを実施し、目標の達成度などの評価を行います
★短期集中個別リハビリ テーション	要介護認定を受けておられる利用者のうち病院や施設から退院・退所後又は認定日から3ヶ月以内の利用者の機能向上を目的として、集中的にリハビリテーションを行います
★口腔機能向上	口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことによって口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげます

「★」利用者に対するアセスメントの結果必要と認められる場合に提供します。

(2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)について

◎介護予防通所リハビリテーション費(1ヶ月の料金)

基本料金(1月につき)				
要支援区分	利用料	自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
<input type="checkbox"/> 要支援1	22680円	2268円	4536円	6804円
<input type="checkbox"/> 要支援2	42280円	4228円	8456円	12684円

加算料金(1月につき)				
項目	利用料	自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算 (退院時一回を限度)	6000円	600円	1200円	1800円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ) (※2時間コースのみ)	1600円	160円	320円	480円
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援1 要支援2	240円	24円	48円	72円
	480円	48円	96円	144円
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の8.3%			
<input type="checkbox"/> 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の5%			

※利用回数に関わらず、1ヶ月の金額となります。月途中でサービスを開始(終了)した場合であっても日割り計算は行いません。ただし、以下の場合に限り規定により日割り計算を行います。

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| ①契約の開始および解除時    | ④サービス事業所を変更した時 |
| ②認定区分の変更時       | ⑤公費適用にかかる時     |
| ③介護予防短期入所を利用した時 | ⑤施設入所になった時     |

◎通所リハビリテーション費

1時間コースの基本料金(1回につき)				
要介護区分	利用料	自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
<input type="checkbox"/> 要介護1	3690円	369円	738円	1107円
<input type="checkbox"/> 要介護2	3980円	398円	796円	1194円
<input type="checkbox"/> 要介護3	4290円	429円	858円	1287円
<input type="checkbox"/> 要介護4	4580円	458円	916円	1374円
<input type="checkbox"/> 要介護5	4910円	491円	982円	1473円

  

2時間コースの基本料金(1回につき)				
要介護区分	利用料	自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
<input type="checkbox"/> 要介護1	3830円	383円	766円	1149円
<input type="checkbox"/> 要介護2	4390円	439円	878円	1317円
<input type="checkbox"/> 要介護3	4980円	498円	996円	1494円
<input type="checkbox"/> 要介護4	5550円	555円	1110円	1665円
<input type="checkbox"/> 要介護5	6120円	612円	1224円	1836円

加算料金					
項目		利用料	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
<input type="checkbox"/> リハビリテーション マネジメント加算ロ (1月につき)	<input type="checkbox"/> 同意月から 6月以内	5930円	593円	1186円	1779円
	<input type="checkbox"/> 同意月から 6月超	2730円	273円	546円	819円
<input type="checkbox"/> 事業所の医師が利用者等に説明し利用者の 同意を得た場合 (1月につき)		2700円	270円	540円	810円
<input type="checkbox"/> 理学療法士等体制強化加算 (1日につき)		300円	30円	60円	90円
<input type="checkbox"/> 短期集中個別リハビリテーション実施加算 (3か月以内、1日につき)		1100円	110円	220円	330円
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算 (退院時一回を限度)		6000円	600円	1200円	1800円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(2時間コースのみ)		1600円	160円	320円	480円
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算		400円	40円	80円	120円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1回につき)		60円	6円	12円	18円
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)		所定単位数の8.3%			

□中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の5%
-------------------------	----------

※加算部分は介護度による区分はありません。

◎留意事項

- i. 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にサービス利用料の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。
- ii. 介護保険の給付管理限度額を超えた部分については全額自己負担となります。
- iii. 利用者の要介護・要支援状態が変更された場合は、利用料の区分も変更されます。
- iv. 送迎をご利用されない場合は、送迎費を差し控えさせていただきます。

#### 4 その他の費用について

おむつ代	当事業所がおむつを提供した場合、実費相当額を請求いたします。必要な方は出来るだけご持参ください
日常生活費	日常生活において通常必要となるものにかかる費用で、利用者が負担すべき費用は実費を請求いたします。その際には、事前に説明行い、同意を得るものとします

#### 5 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

請求方法	<p>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</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者宛にお届けいたします</p>
支払い方法	<p>ア 内容を照合のうえ、請求月の月末までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい</p> <p>(i)事業者指定口座への振り込み</p> <p>(ii)利用者指定口座からの自動振替</p> <p>(iii)現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしたら、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いたします(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります)</p>

※ 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3か月以上遅延し、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。



## 6 サービスの提供にあたって

(1) 利用者が要介護・要支援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にあつては、居宅介護支援サービス事業所を紹介する等の、必要な援助を行うものとしてします。

(2) 利用者に係る居宅介護支援専門員が作成する「サービス計画書(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(介護予防通所リハビリテーション計画)」を作成します。なお、作成した計画書は、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いたします。

(3) サービス提供は「通所リハビリテーション計画(介護予防通所リハビリテーション計画)」に基づいて行ないます。なお、「通所リハビリテーション計画(介護予防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。

(4) 提供したサービスについてはその都度「サービス提供記録」に記録します。記録の閲覧・謄写をご希望される場合はお申し付けください。この記録は2年間保存します。

## 7 サービスの利用にあたって

(1) サービス利用開始時及び、要介護・要支援認定更新、変更時には、介護保険被保険者証を提示してください。

(2) サービス利用者は、事故予防の観点から従業員の指示に従ってサービス提供を受けていただきます。

(3) サービスの利用にあたっては次の点に留意してください。

①気分が悪くなった時は申し出てください。

②共有の施設・設備は他の迷惑にならないよう利用してください。

③迎への時間はあらかじめお知らせいたしますが、前後する場合があります。ご了承の上、迎え予告時間には準備をしてお待ちください。

④体調、その他の理由により利用を休まれる場合は、事前にご連絡ください。

またご家族が同居の場合は、休まれる理由と共にご家族からご連絡をお願いしています。

## 8 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及び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 ② 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 ③ 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)個人情報の使用・提供に関する注意事項について	① 事業者は、前項の規定に関わらず、利用者及びその家族の個人情報を以下のために、必要最小限の範囲で使用・提供、または収集します。なお、その際には利用者から予め文書で同意を得るものとします i 利用者に関わるリハビリテーション計画の立案や円滑なサービス提供のために実施される会議での情報提供 ii 介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整 iii 主治医に意見を求める必要がある場合 iv 利用者の容態の変化に伴い、緊急連絡を必要とする場合 ②個人情報の使用及び提供期間は、サービス提供の契約期間に準じます

## 9 緊急時・事故発生時・非常時災害対策の対応方法について

(1) 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、事業所の医師が必要な措置を講じるとともに、対応が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。また、その際は主治医や利用者があらかじめ指定する連絡先に連絡します。

(2) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(3) 利用者に対するサービス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。

(4) 非常災害の発生に備え、避難経路及び協力機関等との連携方法を策定し、定期的に避難誘導訓練を実施します。

## 10 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は、利用者の人権擁護・虐待防止の為に次の措置を講じます。

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】	中嶋 秀憲
---------------	-------

②虐待を防止するための従業員に対する研修を定期的実施しています。

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は擁護者(利用者の家族、親族、同居人等、現に擁護する者)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、これを関係機関に通報します。

## 11 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

① 提供した通所リハビリテーションサービス(介護予防通所リハビリテーションサービス)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)

② 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。

i 苦情受付	苦情受付担当者は利用者からの苦情を随時受け付け、受付に際し苦情の内容等を書面に記録しその内容について苦情申し出人に確認する。
ii 苦情の報告	苦情受付担当者は受け付けた苦情はすべて理事長に報告する。ただし、苦情申し出人が報告を明確に拒否する意思表示した場合を除く。
iii 苦情解決に向けての話し合い	苦情受付担当者は理事長と苦情について検討会議を開く。苦情受付担当者は苦情申し出人との話し合いによる解決に努める。
iv 苦情解決の記録及び報告	苦情受付担当者は苦情受付から解決までの経過と結果について書面に記録する。苦情受付担当者は、苦情解決結果を理事長に報告する。苦情受付担当者は、苦情申し出人に改善を約束した事項について、一定期間経過後確認し、苦情申し出人及び理事長に報告する。
v 解決結果の公表	苦情受付担当者は個人情報に関するものを除き、解決結果を事業報告書等において実績を掲載し公表する。
その他参考事項	解決困難な苦情に関しては、山口県福祉サービス利用者援助事業等運営適正化委員会に委ねる。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 医療法人社団 田町診療所	担 当 者:井町 由子 電話番号:0838-24-1234 受付時間:8:30~18:00/(水・土)8:30~13:00
【市(保険者)の窓口】 萩市役所内 高齢者支援課	所 在 地:萩市江向510番地 電話番号:(代表)0838-25-3368 受付時間:8:30~17:15
【公的団体の窓口】 山口県国民健康保険 団体連合会	所 在 地:山口市大字朝田字岡の口1980番地の7 電話番号:083-995-1010 受付時間:9:00~17:00



# 重要事項説明確認書

令和 年 月 日

別紙「重要事項説明書」の内容について指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第8条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	萩市大字東田町字東田町 2 2 番地の 8	
	法人名	医療法人社団 田町診療所	
	代表者	理事長 篠田 陽健	印
	事業所名	田町診療所 通所リハビリテーション	
	説明者氏名		印

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）に関する重要な事項について上記の者から説明を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
代理人	住所	
	氏名	印