

大田市立病院通所リハビリテーション重要事項説明書

大田市立病院介護予防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 概 要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所病院名	大田市立病院									
事業所所在地	〒694 - 0063 大田市大田町吉永1428-3									
電話番号※)	平日時間内 0854-84-7218 (直通) 上記以外 0854-82-0330 (代表)									
FAX番号	0854-84-7749									
介護保険事業者番号	3	2	1	0	5	1	0	8	9	1
介護保険居宅サービス種類	指定通所リハビリテーション 指定介護予防通所リハビリテーション									
指定年月日	平成12年10月1日 (通所リハビリテーション) 平成18年 4月1日 (介護予防通所リハビリテーション)									
サービス提供する通常実施地域	大田市、美郷町									
1日当り利用者定数	15人									

※) 電話による連絡が可能な体制としています。

平日時間内 (月曜～金曜の午前8時30分から午後5時15分まで) は、従業者及びリハビリ担当職員により対応します。また、それ以外の時間帯は、大田市立病院医事当直職員及び救急外来当直職員が受付対応し、必要に応じて即時対応いたします。

(2) 職員体制

職 名	資 格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管 理 者	医 師	1名		1名	従業者及び業務の管理
医 師	医 師	1名		1名	治療計画作成及び治療指示
理学療法士	理学療法士	3名		3名	通所リハビリテーションの業務に当たる

(3) サービスの提供時間

営 業 日	火 曜 日	営 業 時 間	午前8時30分～午前12時
休 業 日	国民の祝日、振替休日及び12月29日から1月3日まで		

(4) 通所リハビリテーションの設備概要

部 屋 面 積	通所リハビリテーション室 48.10㎡
専 用 器 械・器 具	理学療法及び作業療法器械・器具 一式

2 当院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の目的及び運営方針

(1) 目的

要介護状態にある方に対し、適正なリハビリテーションを行うことにより、利用者さま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、心身の機能の維持回復を図り、もって利用者さまの生活機能の維持または向上を目指すことを目的としています。

(2) 運営方針

利用者さまの要介護状態の軽減若しくは悪化の防止によって、できる限り自立した日常生活を営むことができるよう、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に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を行います。また、自らその提供する通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

サービス提供にあたっては、医師の指示及びリハビリテーションの目標・内容・実施期間等を定めた個別の通所リハビリテーション実施計画、介護予防通所リハビリテーション実施計画に基づき、適切な介護技術をもって懇切丁寧に行うとともに、利用者さままたはその家族さまに対し、療養上必要とされる事項等について理解しやすいよう説明を行います。

常に利用者さまの病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境等の的確な把握に努めるとともに、居宅介護支援事業者をはじめ、保健、医療及び福祉サービスを提供する者ならびに関係市町村とも密接な連携を図り、利用者さまに対して総合的で適切なサービスを提供します。

3 サービスの内容

理学療法士等が、計画的な医学管理を行っている医師の指示及び通所リハビリテーション実施計画、介護予防通所リハビリテーション実施計画に基づき、利用者さまの心身機能の回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行います。

4 利用料金

(1) 通所リハビリテーション利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、料金の1割（下表A参照）が自己負担額です。ただし、一定以上所得のある方は料金の2割（下表B参照）または3割（下表C参照）が自己負担額です。なお、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。また、都合によりサービス時間が3時間未満となった場合は、別に定める料金となります。

①【基本料金：所用時間3時間以上4時間未満】

区 分	10割額（円）	利用者自己負担額 1割（円） A	利用者自己負担額 2割（円） B	利用者負担額 3割（円） C
要介護1	4,860	486	972	1,458
要介護2	5,650	565	1,130	1,695
要介護3	6,430	643	1,286	1,929
要介護4	7,430	743	1,486	2,229
要介護5	8,420	842	1,684	2,526

②送迎未実施による減算・・・片道47単位減算、往復94単位減算

当事業所は、利用者様のご自宅と当事業所との送迎を行っていませんので、基本料金から一律片道470円（10割相当）、往復940円（10割相当）が減額されます。

③【加算料金：リハビリテーションマネジメント加算(イ)、(ロ)、(ハ)】

医師、理学療法士、看護職員、介護職員、その他職種が共同して利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成し、利用者又はその家族に説明し同意を得ます。理学療法士等は、計画書に従いリハビリテーションを実施し経過を記録します。計画書は、概ね2週間以内及び概ね3月ごとに関係するスタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、計画を見直します。

また、新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対しては、通所開始日から起算して1月以内に理学療法士等が利用者の居宅を訪問し、身体の状態、家屋の状態、家屋内における生活動作能力等の評価等を実施します。その際、必要に応じて居宅での日常生活動作能力の維持・向上に資するリハビリテーション計画を見直します。

さらに医師からリハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず通所リハビリテーションを中止する際の基準、通所リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を受けてリハビリテーションを行います。

利用終了時には、関連スタッフによる終了前リハビリテーション会議を行い、居宅支援事業所の居宅介護支援専門員や利用者の主治医に対して、リハビリテーションに必要な情報提供を行います。

尚、リハビリテーションマネジメント加算(ロ)は、科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、PDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取り組みに対し加算される料金です。リハビリテーションマネジメント加算(ハ)は、栄養アセスメントおよび口腔アセスメントを実施し課題を把握し関係職種に情報提供を実施する取り組みに対し加算される料金です。

区 分	10割額(円)	利用者自己負担額 1割(円) A	利用者自己負担額 2割(円) B	利用者自己負担額 3割(円) C
リハビリテーション マネジメント加算(イ) 1ヶ月当たりの料金	5,600 (6月以内) 2,400 (6月超)	560 (6月以内) 240 (6月超)	1,120 (6月以内) 480 (6月超)	1,680 (6月以内) 720 (6月超)
リハビリテーション マネジメント加算(ロ) 1ヶ月当たりの料金	5,930 (6月以内) 2,730 (6月超)	593 (6月以内) 273 (6月超)	1,186 (6月以内) 546 (6月超)	1,779 (6月以内) 819 (6月超)
リハビリテーション マネジメント加算(ハ) 1ヶ月当たりの料金	7,930 (6月以内) 4,730 (6月超)	793 (6月以内) 473 (6月超)	1,586 (6月以内) 946 (6月超)	2,379 (6月以内) 1,419 (6月超)

※料金表の「6月以内」、「6月超」は、担当者がリハビリテーション計画の説明し、利用者様がその内容に同意された月から起算するものです。

④【加算料金：医師が利用者に説明し同意を得た場合】

通所リハビリテーション計画について、事業所の医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、1月につき270単位を加算します。

区 分	10割額(円)	利用者自己負担 額1割(円) A	利用者自己負担 額2割(円) B	利用者自己負担 額3割(円) C
-----	---------	---------------------	---------------------	---------------------

計画書説明加算	2700	270	540	810
---------	------	-----	-----	-----

⑤【加算料金：認知症短期集中リハビリテーション実施加算】

「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」は、認知症であると医師が判断しかつり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と判断された利用者に対して、退院（退所）日または通所リハビリテーション開始日から起算して3ヶ月以内の期間にリハビリテーションを集中的に（1月につき4回以上）行った場合に加算される加算料金です。

※短期集中リハビリテーション加算との同時算定は不可

認知症短期集中 リハビリテーション実施加算 1月当たりの料金	退院・退所日またはサービス開始日から起算して3月以内の場合			
	10割額（円）	利用者自己負担額 1割（円） A	利用者自己負担額 2割（円） B	利用者自己負担額 3割（円） C
	19,200	1,920	3,840	5,760

⑥【加算料金：サービス提供体制強化加算Ⅲ】

「サービス提供体制強化加算」は、当サービス事業所が人員等の面で一定の基準に適合していることから通所リハビリテーション1回当たりについて加算される料金です。

区 分	10割額（円）	利用者自己負担額 1割（円） A	利用者自己負担額 2割（円） B	利用者自己負担額 3割（円） C
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ） 1回当たりの料金	60	6	12	18

⑦【加算料金：リハビリテーション提供体制加算】

リハビリテーションマネジメントに基づいて長時間の通所リハビリテーションを提供した場合に加算される料金です。

区 分	10割額（円／回）	利用者自己負担額 1割（円／回） A	利用者自己負担額 2割（円／回） B	利用者自己負担額 3割（円／回） C
3時間以上～ 4時間未満	120	12	24	36

⑧【科学的介護推進体制加算】

利用者ごとのADL、口腔機能、栄養状態、認知症の状況、その他利用者の心身の状況等に関する基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出し、サービス提供に当たり得た情報の活用や厚生労働省（LIFE）からのフィードバックを元にサービス計画書を見直したり支援内容を変更したりする取り組みに対し加算される料金です。

区 分	10割額（円）	利用者自己負担 額1割（円） A	利用者自己負担 額2割（円） B	利用者自己負担 額3割（円） C
科学的介護 推進体制加算	400	40	80	120

⑨【退院時共同指導加算】

利用者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師またはリハビリテーションスタッフが退院前会議に参加し退院時共同指導を行った後に利用者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り算定される料金です。

区 分	10割額（円）	利用者自己負担 額1割（円） A	利用者自己負担 額2割（円） B	利用者自己負担 額3割（円） C
退院時共同指導加算	6,000	600	1,200	1,800

⑩【介護職員等処遇改善加算Ⅲ】

事業所における職員の一定の労働基準を整え、働きやすい環境を定着化させる事で利用者様に継続的な質の高いサービスを安心して提供する事を目的とした加算される料金です。

区 分	利用者自己負担額
介護職員等処遇改善 加算Ⅲ	所定点数に8.3%を乗じた額

(2) 介護予防通所リハビリテーション利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として料金の1割（下表A参照）が自己負担額です。ただし、一定以上所得のある方は料金の2割（下表B参照）または3割（下表C参照）が自己負担額です。なお、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

①【基本料金】

区 分	10割額 (円/月額)	利用者自己負担額 1割 (円/月額) A	利用者自己負担額 2割 (円/月額) B	利用者自己負担額 3割 (円/月額) C
要支援1	22,680 (12月以内)	2,268 (12月以内)	4,536 (12月以内)	6,804 (12月以内)
	21,480 (12月超)	2,148 (12月超)	4,296 (12月超)	6,444 (12月超)
要支援2	42,280 (12月以内)	4,228 (12月以内)	8,456 (12月以内)	12,684 (12月以内)
	39,880 (12月超)	3,988 (12月超)	7,976 (12月超)	11,964 (12月超)

※12ヶ月超減算は、3ヶ月毎のリハビリテーション会議および科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバックの活用により、PDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取り組みがあれば12ヶ月以内の料金になります。

②【加算料金：サービス提供体制強化加算Ⅲ】

「サービス提供体制強化加算」は、当サービス事業所が人員等の面で一定の基準に適合していることから介護予防通所リハビリテーション1ヶ月当たりについて加算される料金です。

区 分	10割額 (円/月額)	利用者自己負担額 1割 (円/月額) A	利用者自己負担額 2割 (円/月額) B	利用者自己負担額 3割 (円/月額) C
要支援1	240	24	48	72
要支援2	480	48	96	144

③【科学的介護推進体制加算】

利用者ごとのADL、口腔機能、栄養状態、認知症の状況、その他利用者の心身の状況等に関する基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出し、サービス提供に当たり得た情報の活用や厚生労働省（LIFE）からのフィードバックを元にサービス計画書を見直したり支援内容を変更したりする取り組みに対し加算される料金です。

区 分	10割額 (円)	利用者自己負担額1割 (円) A	利用者自己負担額2割 (円) B	利用者自己負担額3割 (円) C
科学的介護 推進体制加算	400	40	80	120

④【退院時共同指導加算】

利用者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師またはリハビリテーションスタッフが退院前会議に参加し退院時共同指導を行った後に利用者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り算定される料金です。

区 分	10割額 (円)	利用者自己負担額1割 (円) A	利用者自己負担額2割 (円) B	利用者自己負担額3割 (円) C
退院時共同指導加算	6,000	600	1,200	1,800

⑤【介護職員等処遇改善加算Ⅲ】

事業所における職員の一定の労働基準を整え、働きやすい環境を定着化させる事で利用者様に継続的な質の高いサービスを安心して提供する事を目的とした加算される料金です。

区 分	利用者自己負担額
介護職員等処遇改善 加算Ⅲ	所定点数に8.3%を乗じた額

(3) 料金の支払方法

毎月、7日までに前月分の請求書を郵送いたしますので、銀行等金融機関での振り込み支払いが病院窓口支払いにて14日以内にお支払いください。

注意）介護保険適用の場合でも、利用者の方の保険料滞納等により、病院に保険給付金が支払われない場合があります。その場合には、一旦1日当りのご利用料金全額を病院に支払って頂き、その領収書及びサービス提供証明書を持って市町村役場に行き、差額の払い戻し手続きを行って頂くことになります。

(4) キャンセル料

利用者さまのご都合による申し出により、計画されていたサービスを中止された場合のキャンセル料は必要としません。ただし、通常はご利用予定日の前日までに、病状急変等急用の場合にあっては遅くともご利用開始時刻までには中止の旨の連絡をお願いします。無断のご利用中止が度重なる場合には、サービスを終了させていただく場合がございます。

お願い）明らかに通常のご利用が困難である体調不良の場合、あるいは看病を主な目的とせざるを得ない状況と思われる場合でのご利用は、ご利用時にお断りすることがございます。できるだけ、利用者さまやご家族さまにて、ご利用中止の判断または事前の問い合わせをして頂きますようお願いいたします。

(5) ご利用の中断等

サービス当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、あるいはサービス利用途中に体調が悪くなられた場合には、サービス内容を変更または中断することがございます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

介護支援専門員（ケアマネジャー）からの居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、次の手順によりサービス利用開始となります。

- ① 通常かかりつけの医師に診療情報提供書を作成していただき、それを持って当院リハビリテーション科を受診していただきます。（ケアマネジャーの同伴が望ましいと考えます。）なお、受診日時につきましては当院からご連絡いたします。
- ② 当院リハビリテーション科医師の指示により、多職種の職員が協同して利用者さまの通所リハビリテーションサービス提供実施計画書を作成します。
- ③ 利用者さまに通所リハビリテーションサービス提供実施計画についてご説明いたします。その内容に利用者さまが同意されますとサービス開始となります。なお、サービス開始後に計画内容変更のご希望がございましたらいつでもお申し出ください。
- ④ 利用者さまに参加していただく会議において、感染防止の観点から、テレビ電話等を活用して実施させていただく場合があります。

(2) サービスの終了

- ① 利用者さまのご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の10日前までにお申し出ください。
- ② 当院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が、その場合は、終了1ヶ月前に文書で通知します。
- ③ 自動終了

以下の場合には、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。

（可能な限り速やかなるご連絡をお願いします。）

- ・利用者さまが急遽介護保険施設入所あるいは医療機関緊急入院された場合
- ・介護サービス給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者さまがお亡くなりになられた場合

④その他

- ・当院が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者さまあるいはご家族さまに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当院が破産した場合、利用者さまは文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。
- ・利用者さまが、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、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、利用者さまが正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返される場合、または利用者さまやご家族さまなどが当院や当院のサービス従業者に対して本サービスを継続し難いほどの背信行為を行った場合などは、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 サービス内容に関する相談・苦情等

当院の提供したサービスに対して、相談・苦情・不満などがある場合には、次の窓口までお申しつけください。

① 当院の相談・苦情窓口

窓 口 大田市立病院 地域医療連携室（1階）

直通電話 0854-84-7199（FAX 0854-84-7195）

受付日 月曜日～金曜日（ただし、国民の祝日、振替休日及び12月29日から1月3日までを除く）

受付時間 午前8時30分～午後5時15分

② その他

当院以外に、下記の通りお住まいの市町村役場、広域介護保険者及び島根県国民健康保険団体連合会等の相談・苦情窓口的苦情等を申し出ることができます。

- ・大田市役所介護保険課 (電話：0854-83-8063)
- ・美郷町役場健康推進課 (電話：0855-75-1932)
- ・邑智郡総合事務組合介護保険課 (電話：0855-72-3535)
- ・島根県国民健康保険団体連合会 (電話：0852-21-2811)
- ・島根県運営適正化委員会 (電話：0852-32-5913)

7 提供するサービスの第三者評価の実施状況

福祉サービスを提供する事業所のサービスの質について、公正・中立な第三者機関が客観的かつ専門的な立場から評価を行う制度について、当事業所は実施しておりません。

8 事故発生時及び緊急時の対応

(1) 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者さまのご家族さま、居宅介護支援事業者、市町村役場等に連絡するとともに必要な措置を講じます。

また、当院の介護サービスにより、当院の責務に帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、利用者さまに対してその損害賠償をします。なお、賠償責任の解決に当たっては、当院の契約する損害保険会社あるいは弁護士等の判断に委ねる場合があります。

(2) 緊急時の対応

サービスの提供中に利用者さまの病状の急変が生じた場合等緊急時には、ご家族さま、主治医等に連絡するとともに必要な措置を講じます。

9 非常災害対策

(1) 非常災害その他緊急の事態に備え、取るべき措置についてあらかじめ対策を立て、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

(2) 非常災害対策は、「災害対策マニュアル」によるものとします。

(3) 地震・風水害等の自然災害発生、または警報が発令された場合には、サービスの提供を中断または中止します。その場合は、事業所から利用者さままたはご家族さまに連絡をいたします。

サービス自動中止：震度5以上の地震、警戒レベル4以上の発令

10 衛生管理等

(1) 事業所において感染症が発生又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

(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対策を検討する委員会に参加するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

(3) 従事者に対し、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。

11 業務継続計画の策定等

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者さまに対する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に業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）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) 従業者に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

(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。

12 虐待の防止

- (1) 虐待防止検討委員会に出席し、その結果について従業者に周知徹底をします。
- (2) 事業所は虐待防止について、虐待の防止のための指針に基づき、適切な虐待防止対策を講じます。
- (3) 虐待の防止のための研修会を年1回開催します。
- (4) 上記措置を適切に実施するため、指針の通り担当者を配置しています。

13 当院の概要

- (1) 法人種別 大田市
- (2) 法人住所 〒694-0064 大田市大田町大田口1111番地
- (3) 電話・FAX 電話：0854-82-0330 FAX：0854-84-7749
- (4) 代表者職氏名 大田市長 楫野弘和
- (5) 管理者職氏名 大田市病院事業管理者 西尾祐二
- (6) 事業概要 外来診療科目……全21科

内科、精神科、神経内科、呼吸器内科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科

病床数……全病床数229床

一般：180床（うち地域包括ケア病床45床）

療養：45床（うち回復期リハビリテーション病床45床）

感染：4床

診療機能……救急医療機能、災害拠点病院、地域医療支援機能、療養型病床群、人工透析機能 他

介護保険指定訪問リハビリテーション・指定介護予防訪問リハビリテーション
…月曜日～金曜日（理学・作業療法）

14 その他

- (1) 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の提供に当たり、居宅介護支援事業者をはじめ、保健、医療及び福祉サービスを提供する者並びに関係市町村とも密接な連携を図り、利用者さまに対して総合的で適切なサービスを提供するようにいたします。
- (2) 当院及び当院従業者あるいは当院従業者であった者は、サービス提供を行う上で知り得た利用者さま及びご家族さまの秘密を、正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。この守秘義務はサービス終了後も同様です。

令和 年 月 日

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の提供開始に当たり、本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所 所在地 大田市大田町吉永1428-3
名称 大田市立病院

説明者 職 名
氏 名

私は、本書面により、事業者から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サービス
についての重要事項説明を受け、同意しました。

利用者 住 所
氏 名

家 族 続 柄
住 所
氏 名