

医療法人財団利定会 大久野病院 (介護予防)通所リハビリテーション 重 要 事 項 説 明 書

当施設では、貴殿に当施設の介護サービスをご利用いただくにあたり、予め介護保険法に関する厚生省令第41号第6条に則り、次のことをご説明いたします。

1. 事業所の概要

事業者の名称 : 医療法人財団 利定会
事業所の所在地 : 東京都西多摩郡日の出町大久野6416
代表者の氏名 : 理事長 進 藤 晃
電話番号 : 042-597-0873 (代)

2. ご利用施設

施設の名称 : 大久野病院 (介護予防)通所リハビリテーション
施設の所在地 : 東京都西多摩郡日の出町大久野6416
都知事許可番号 : 131, 2470, 458
電話番号 : 042-597-0873 (代)
ファクシミリ番号 : 042-597-3339

3. 施設の目的と運営方針

当大久野病院(介護予防)通所リハビリテーションは、要介護（支援）者である利用者に対し、医学的管理・看護の下での介護や機能訓練、その他の必要な医療と日常生活上のお世話を提供することにより、利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とした施設です。

サービスの提供にあたっては、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立つとともに、関係市区町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、地域や家族との結びつきを重視します。

〔大久野病院 基本理念〕

『社会に活かす医療の提供』

大久野病院は、家のようにくつろげる環境の中で、患者様が一日も早く家庭や社会に復帰できるよう安全でかつ安心な医療と看護を提供いたします。

また、近隣の医療機関と連携してセーフティーネットを構築し、社会を円滑に運営できるよう医療体制を整えるとともに、医療を通して社会に活力を与えられるよう全力を尽くします。

4. 施設・事業の概要

主な施設（病院共通）

リハビリテーション室 : 理学療法室（全1室）
・面積 約304㎡ ・物理療法室および水治療室併設
・和室（昼のお部屋）設置
作業療法室（全1室）
・面積 約108㎡ ・キッチン併設
言語聴覚室（個別療法室2室・観察室1室・集団療法室1室）

営業日 土日祝日を除く平日(年末年始休日あり)

営業時間 午前9時から午後0時 利用定員 10名

5. 職員体制(介護予防)通所リハビリテーションに係る職員)

従属者の所属	基準人数	就業人数	業務内容
医師(管理者)	1名	1名	利用者の医学管理及び指導
看護職員	(必要数)	0名	利用者の看護、外来担当看護師が必要時対応
理学療法士	(1名以上)	1名	利用者の理学療法及び指導
作業療法士	(必要数)	1名	利用者の作業療法及び指導
言語聴覚士	(必要数)	0名	利用者の言語聴覚療法・摂食嚥下機能療法及び指導(病院職員が必要時対応)
介護福祉士	(必要数)	0名	利用者の介護
介護士,事務員	(必要数)	1名	利用者の見守り、事務
運転手,事務員	(必要数)	1名	利用者の送迎

【職員基本勤務時間】 午前9:00～ 午後0:00 (2024年6月1日 現在)

6. 貴殿の利用者負担割合および要介護状態区分

●利用者負担割合(1割・2割・3割)

①要介護状態区分(要介護 度) 認定の有効期間(年 月 日～ 年 月 日)

②要介護状態区分(要介護 度) 認定の有効期間(年 月 日～ 年 月 日)

③要介護状態区分(要介護 度) 認定の有効期間(年 月 日～ 年 月 日)

※介護保険被保険者証および介護保険負担割合証を受付に提示して下さい。

※被保険者証等は必ず有効期限の1ヶ月前までに更新手続きを行って下さい。(更新手続きにつきまして、手続きが困難な場合、ご不明な点がある場合はご相談ください。)

7. 介護保険の給付対象となるサービスの概要と利用料

介護サービス費は、通所サービス費(要介護状態区分により定められた費用)の合計額です。

利用者には、この介護サービス費の1割または2割または3割をお支払いいただきます。

・提供するサービスの内容

介護保険給付によるサービス

サービスの種類	内 容	自己負担額
医 療	利用者様の状態を確認し、必要なリハビリテーションの指示を行います。状態によって必要な応急処置を行います。	通所リハビリテーションサービス費の1割または2割または3割をお支払いいただきます。
リハビリテーション	医師の指示に基づき、リハビリテーションにおいて、理学療法・作業療法・言語聴覚療法及び摂食嚥下機能療法を行います。	
看 護	利用者のバイタルチェックを行います。状態によって必要な応急処置を行います。	
送 迎	病院とご自宅の間を送迎します。	

・個々の利用料金は以下のとおりです。

金額はすべて項目ごとに計算した目安の金額を表記しています。実際の請求金額計算方法とは異

なるため、請求書の金額と誤差が生じる場合があります。
 なお、国が介護報酬を改定した場合は金額が変更となります。

通所リハビリテーション

① 基本料金

- (1) 通常規模型通所リハビリテーション費 日額 (利用者の要介護度による1日あたりの利用料)

	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要介護度1	390円	779円	1,168円
要介護度2	420円	840円	1,260円
要介護度3	453円	905円	1,358円
要介護度4	484円	967円	1,450円
要介護度5	518円	1,036円	1,554円

- (2) 短期集中個別リハビリテーション実施加算
- | | | |
|---------|----|------|
| 1割負担の場合 | 日額 | 116円 |
| 2割負担の場合 | 日額 | 232円 |
| 3割負担の場合 | 日額 | 348円 |
- (3) サービス提供体制加算(I)
- | | | |
|---------|----|-----|
| 1割負担の場合 | 日額 | 24円 |
| 2割負担の場合 | 日額 | 47円 |
| 3割負担の場合 | 日額 | 70円 |
- サービス提供体制加算(II)
- | | | |
|---------|----|-----|
| 1割負担の場合 | 日額 | 19円 |
| 2割負担の場合 | 日額 | 30円 |
| 3割負担の場合 | 日額 | 57円 |
- サービス提供体制加算(III)
- | | | |
|---------|----|-----|
| 1割負担の場合 | 日額 | 7円 |
| 2割負担の場合 | 日額 | 13円 |
| 3割負担の場合 | 日額 | 19円 |
- (4) 科学的介護推進体制加算
- | | | |
|---------|----|------|
| 1割負担の場合 | 日額 | 43円 |
| 2割負担の場合 | 日額 | 85円 |
| 3割負担の場合 | 日額 | 127円 |
- (5) 移行支援加算
- | | | |
|---------|----|-----|
| 1割負担の場合 | 日額 | 13円 |
| 2割負担の場合 | 日額 | 26円 |
| 3割負担の場合 | 日額 | 38円 |
- (6) 退院時共同指導加算
- | | | |
|---------|----|--------|
| 1割負担の場合 | 日額 | 633円 |
| 2割負担の場合 | 日額 | 1,266円 |
| 3割負担の場合 | 日額 | 1,899円 |
- (7) 送迎未実施減算
- | | | |
|---------|----|------|
| 1割負担の場合 | 片道 | 50円 |
| 2割負担の場合 | 片道 | 99円 |
| 3割負担の場合 | 片道 | 149円 |

(8) その他のサービス 当院料金表に基づき、自己負担金を徴収いたします。

(9) 特別な医療 医療保険の診療点数に基づき、自己負担金を徴収いたします。

※ (9) につきまして、通所リハビリテーションご利用日に当院の外来をご受診された場合は、お持ちの医療保険での自己負担割合により、別途料金をお支払いいただきます。

介護予防通所リハビリテーション

① 基本料金

通常規模型通所リハビリテーション費 日額（利用者の要支援度による1月あたりの利用料）

（1）通常規模型通所リハビリテーション費 日額（利用者の要支援度による1月あたりの利用料）

● 1時間以上2時間未満利用の場合

	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要支援1	2,393円	4,786円	7,179円
要支援2	4,461円	8,921円	13,382円

● 1時間以上2時間未満利用の場合(サービス利用開始から12ヶ月を超過した場合)

	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要支援1	2,267円	4,533円	6,799円
要支援2	4,208円	8,415円	12,622円

（2）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要支援1	93円	186円	279円
要支援2	186円	372円	557円

● サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要支援1	76円	152円	228円
要支援2	152円	304円	456円

● サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要支援1	26円	51円	76円
要支援2	51円	102円	152円

（2）はいずれか1種類のみとなります。

（3）科学的介護推進体制加算

	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要支援1	43円	85円	127円
要支援2	43円	85円	127円

(4) 退院時共同指導加算

	1 割負担の場合	2 割負担の場合	3 割負担の場合
要支援 1	6 3 3 円	1, 2 6 6 円	1, 8 9 9 円
要支援 2	6 3 3 円	1, 2 6 6 円	1, 8 9 9 円

(5) その他のサービス 当院料金表に基づき、自己負担金を徴収いたします。

介護保険適用外の費用(消費税別)

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共通

①その他の料金

(1) オムツ代 オムツ 日額 4 0 0 円 紙パンツ 日額 4 0 0 円
尿とりパッド 日額 2 0 0 円

(2) 食費 昼食代 1 食 4 0 0 円 おやつ代 1 食 4 0 0 円
(事前にお申し込みいただいて、対応可能な場合のみのご提供となります)

(3) 交通費 片道 5 km 以内の送迎の場合 日額 2 0 0 円
片道 5 km を超えて送迎の場合 日額 5 0 0 円

(通常の実施区域※)を越えて上記の距離の送迎を行った場合のみ、お支払いいただきます。)

(4) その他、日用生活品等につきましては、実費を別途ご請求いたします。

※ その他、規定外料金については、利用者にご相談のうえ、実費を別途ご請求いたします。

※ 通常の実施区域とは、日の出町全域、あきる野市一部地域(長田橋通り、滝山街道、五日

市街道、秋川街道で囲まれた地域。但し伊奈、三内、館谷、五日市、入野は全域とする)

8. 利用料金のお支払方法

前記8の料金・費用につきましては、毎月月末で締めさせていただき、精算させていただきます。翌月の10日前後に請求書を利用者保護者様宛にお手渡しまたはご送付いたしますので、月末まで銀行振込み、郵便局振込もしくは当院受付窓口にてお支払いください。

[振込先]

1. りそな銀行 五日市出張所 普通預金 (口座番号) 3 6 0 1 5 5 8
医療法人財団利定会 (としさだかい) 大久野病院
2. 郵便局 (記号) 1 0 1 6 0 (番号) 5 8 8 2 6 7 4 1
医療法人財団利定会 (としさだかい) 大久野病院

9. 支払い遅延に対する措置

上記方法による支払いが無く、さらに2ヶ月以上遅延し、その支払い督促を行ったにもかかわらず、90日以内にお支払いが無い場合は、利用者保護者の責任においてお支払いいただきます。(契約書第6条参照)

10. サービスを中止または終了させていただく場合

契約期間中であっても、サービスを中止または終了させていただくことがあります。
(契約書第7条参照)

1 1. 苦情・相談等について

当施設のサービスについてご不明な点や疑問等がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談ください。また当施設内の各所に設置してあります『ご意見箱』での受付も行っておりますのでご利用ください。なお、苦情につきましては以下の窓口で受付いたします。

●当院窓口

担当者	工藤 弘之（リハビリテーション部 部長）
連絡先	TEL 042-597-0873 FAX 042-597-3339
受付時間	9:00～17:00
不在の際の対応	通所リハビリテーションの職員またはリハビリテーション部職員が承ります。また上記時間外は警備員が承り、伝達いたします。

●公的機関窓口①（介護保険制度に関する相談）

機関名	東京都保健福祉局高齢社会対策部介護保険課
連絡先	TEL 03-5320-4597（介護保険制度相談専用電話）
受付時間	月曜日～金曜日 9:00～12:00、13:00～16:30（土日祝は休業）
相談方法	介護保険制度に関する相談を、原則電話にて受付けています

●公的機関窓口②（苦情相談）

機関名	東京都国民健康保険団体連合会
連絡先	TEL 03-6238-0177（介護保険苦情相談専用電話）
受付時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00（土日祝は休業）
相談方法	電話にて受付の他、苦情申立により事業所調査、指導助言を行っています

●公的機関窓口③（苦情相談）

機関名	日の出町役場いきいき健康課介護保険係
連絡先	TEL 042-597-0511
受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:15（土日祝、年末年始休業）
相談方法	介護保険制度に関する相談を、電話にて受付けています

●公的機関窓口④（苦情相談）

機関名	あきる野市役所高齢者支援課介護保険係
連絡先	TEL 042-558-1969
受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:15（土日祝、年末年始休業）
相談方法	サービス利用に関する苦情や相談を受け付けています

1 2. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「医療法人財団利定会 大久野病院 消防計画」に則り、対応を行います。
近隣との協力関係	消防団と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。
平常時の訓練	別途定める「医療法人財団利定会 大久野病院 消防計画」に則り、年1回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー・避難階段・自動火災報知期・誘導等・ガス漏れ報知器 防火扉・シャッター・屋内消火器・非常通報装置・漏電火災報知機・非常用電源 カーテン、布団等は、防災性能があるものを使用しております。
消防計画等の届出機関	東京消防庁秋川消防署

1 3. 事故発生時の対策

事故発生時の対応	別途定める「事故発生時マニュアル」に則り、対応を行います。
報告・連絡体制	事故発生時には、関係者に速やかに連絡すると共に、担当公的機関への報告を行います。

1 4. 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(介護予防)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。

1 5. 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。(担当者は医療事故防止委員会スーパーバイザー)
- (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。

16. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。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るときは、利用者やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、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に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、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を防止することができない場合に限ります。
- (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った場合は、直ちに身体拘束を解きます。

17. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

所持品及び現金等の 持ち込み・管理	・所持品等は必要最低限なものとし、貴重品や多額な現金等はお持ち込みにならないよう、お願いいたします。 ・所持品には全てに、必ずお名前をお書きください。 ・ライター、刃物等の危険物の持ち込みは一切ご遠慮願います。 ・携帯電話のご使用は、なるべくお控えください。使用される場合は周囲の方にご配慮をお願いします。訓練室内または訓練中のご使用はご遠慮ください。 ・利用者の持ち込まれる所持品等につきましては、当施設では確認を行いますが、紛失等につきましては一切の管理責任を負えませんので、予めご了承ください。
居室・設備・器具の利用	・施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
迷惑行為等	・騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の居室等に立ち入らないよう、お願いいたします。
飲酒・喫煙	・利用者の飲酒及び喫煙につきましては、一切禁止いたします。
ハラスメント行為への 対応について	利用者及びその家族等が、事業者やその他の関係者等に対して、故意に逸脱したハラスメント行為をおこなった場合は直ちに契約を解除し、然るべき機関へ相談・報告致します。 ・職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為） ・職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為） ・職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）
その他	・施設内での利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の宗教活動等の行為は、一切禁止いたします。 ・利用者の安全確保のために、防犯・防災上のご協力をお願いすることがあります。 ・施設内での火気の使用は一切禁止いたします。 ・当施設では、利用者及びご家族様等からのお心付けは一切ご遠慮申し上げております。

私は、本書面に基づいて、施設の職員から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

_____年_____月_____日

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(署名代行者)

私は、下記の理由により、上記利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行いたしました。

代行理由 _____

住所 _____

氏名 _____ 印

(利用者保護者：家族)

住所 _____

氏名 _____ 印

ご利用者様の個人情報の保護について

当院では、ご利用者さまに安心して医療を受けて頂くために、安全な医療をご提供するとともに、ご利用者さまの個人情報の取り扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。

★個人情報の利用目的について

当院では、ご利用者様の個人情報を別記（次頁）の目的で利用させて頂くことがございます。これら以外の目的でご利用者様の個人情報を利用させて頂く必要が生じた場合には、改めてご利用者さまからの同意を頂くこととしておりますので、ご安心ください。

★個人情報の開示・訂正・利用停止等について

当院では、ご利用者様の個人情報の開示・訂正・利用停止等につきまして、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」の規定に則り『大久野病院個人情報保護規定』を作成し、その規定に従って運営しております。

※手続等の詳細のほか、個人情報保護に関するご不明な点につきましては、医療相談室及び院内スタッフまでお気軽にお問い合わせください。

医療法人財団利定会
大久野病院
理事長 進藤 晃

私は、上記の説明を受け同意いたします。

____年 ____月 ____日

利用者氏名 _____ 印 _____

利用者保護者氏名 _____ 印 _____

(別記)

大久野病院における個人情報の利用目的

○医療提供

- ・ 当院での医療サービスの提供
- ・ 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ・ 他の医療機関からの紹介への回答
- ・ 患者さまの診療のための、外部の医師等への意見および助言を求める場合
- ・ 検体検査業務の委託、その他の業務委託
- ・ ご家族等への病状説明
- ・ その他、患者さまへの医療提供に関する利用

○診療報酬請求のための事務

- ・ 当院での医療、介護、労災保険及び公費負担医療等に関する事務およびその委託
- ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ・ 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・ 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、及び照会への回答
- ・ その他、医療、介護、労災保険及び公費負担医療に関する診療費請求のための利用

○当院の管理運営事務

- ・ 会計及び経理
- ・ 医療事故等の報告
- ・ 当該患者さまへの医療、介護サービスの向上
- ・ 入退院等の病棟管理(患者さまへのネームバンドの着用、ベッドネーム、リハビリテーションスケジュール管理のための患者さま名の掲載など)
- ・ その他、当院の管理運営業務に関する利用

○企業等から委託を受けて行う、健康診断等における企業等への結果の通知

○医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出等

○医療、介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料

○当院内において行われる、医療及び福祉実習への協力

○医療の質の向上を目的とした症例研究および学会発表等

○外部監査機関への情報提供

○その他

1. 上記のうち、個人情報の利用を同意しがたいものがある場合には、その旨をお申し出ください。
2. お申し出がないものについては、同意して頂けたものとして取扱いさせていただきます。
3. これらのお申し出は、いつでも撤回および変更等をすることが可能です。