

下関リハビリテーション病院 指定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

1. 事業の目的と運営の方針

下関リハビリテーション病院が開設する指定通所リハビリテーション（以下「事業所」という。）が行う指定通所リハビリテーションの事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するための人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が、要介護状態等となった場合においても、その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、その療養生活を支援し、利用者の心身機能の維持回復を図ることを目的とする。事業所の管理栄養士、介護職員、その他の職種（以下「管理栄養士等」という。）が、栄養アセスメントに基づき、栄養改善が必要な方を的確に把握し、適切なサービスにつなげていくことを目的とする。事業所の理学療法士等は、利用者の要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止に資するようその目標を設定し、計画的にサービスを提供するものとする。事業の実施に当たっては、関係市町村、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るものとする。事業所の管理栄養士等は、栄養アセスメントの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うものとする。

2. 事業所の概要

(1) 概要

事業所名	下関リハビリテーション病院
指定番号	3510115946
所在地 訓練室	山口県下関市今浦町9番6号 山口県下関市今浦町8番13号
管理者氏名	小川 浩一
電話番号	083-232-5811
サービスを提供する地域	通常の事業の実施地域は、下関市本庁東部、本庁西部、本庁北部、彦島、長府、川中、安岡・吉見及び勝山・内日各圏域（各圏域内の離島を除く）の区域とする。
営業日	月曜日～土曜日までとする。 但し、日曜日、年末年始（12月30日～1月3日）については、休業とする。
営業時間	8時30分から17時00分までとする。 10時00分から11時30分までとする。（サービス提供時間） 13時00分から14時20分までとする。（サービス提供時間） 14時30分から16時00分までとする。（サービス提供時間）

(2) 職員体制

勤務形態	資格	人数	勤務形態	資格	人数
管理者	院長	1名	常勤兼務	介護職員	1名以上
常勤兼務	医師	1名以上	常勤兼務	管理栄養士	1名以上
常勤兼務	理学療法士	6名以上	-	-	-
常勤兼務	作業療法士	1名以上	-	-	-
常勤兼務	言語聴覚士	1名以上	-	-	-

- ※ 医師及び管理栄養士の場合における常勤兼務については、常勤職員である事を指すものとする。
- ※ 理学療法士等、介護福祉士、介護職員における常勤兼務とは、サービス提供時間内において専らその職務に従事している常勤専従職員である事を指すものとする。

(3) 職務内容

① 管理者（院長）：1名（常勤職員）

② 勤務医（医師）：1名以上（常勤職員）

診療や運動機能検査等を行い、その結果を基に指定通所リハビリテーション計画やケアマネ用の計画に指導・助言あるいは必要な指示を行うものとする。

③ 理学療法士：6名以上（常勤職員）（通所リハビリ提供時間内専従勤務）

作業療法士：1名以上（常勤職員）（通所リハビリ提供時間内専従勤務）

言語聴覚士：1名以上（常勤職員）（通所リハビリ提供時間内専従勤務）

介護職員：1名以上（常勤職員）（通所リハビリ提供時間内専従勤務）

管理栄養士：1名以上（常勤職員）

基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等の治療法、言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して行う言語聴覚機能療法等の治療法により構成し、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行うものとする。

お一人おひとりの栄養リスクをいち早く発見し、身体の栄養状態を評価、判定して最適な栄養プランの提案を行うものとする。また、医師以下スタッフ等とも連携を密にとりながら栄養素の過不足や、状態の改善や、食事を楽しみ、生活する意欲の向上が図れるように食事の援助を行うものとする。

3. サービス内容

- ① 病状、障害の観察
- ② 生活環境への適応
- ③ 廃用症候群の予防
- ④ 基本動作能力の維持・回復
- ⑤ 日常生活活動の維持・回復
- ⑥ 対人・社会交流の維持・拡大
- ⑦ 療養生活や介護方法の指導（介護負担の軽減）
- ⑧ 日常生活の自立に向けての指導
- ⑨ 福祉用具利用・住宅改修に関する助言
- ⑩ 低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握
- ⑪ 摂食・嚥下機能及び食携帯にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握

4. サービス利用にあたっての留意事項

- ① 個々の自主訓練において、理学療法士等により使用の許可された以外の器具の使用は、控えて下さい。
- ② 体調不良の場合は、事前にお知らせ下さい。訓練中の場合は、その都度お知らせ下さい。

5. 緊急時の対応

理学療法士等は、指定通所リハビリテーションを実施中に利用者の病状に急変、その他緊急の事態が生じたときには、必要に応じて臨時応急の手当てを行うと共に、速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行うものとする。

6. 事故発生時の対応

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には、市町村・ご家族・居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者又は介護予防支援事業者から委託を受けた居宅介護支援事業者等へ連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。

7. 秘密保持・個人情報保護について

業務上知り得た利用者及びご家族様に関する秘密は、正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後も第三者に漏らしません。但し、事業所がサービス担当者会議等において、個人情報を用いることにつきましては、同意をお願い致します。

8. 身体拘束の廃止

いかなる状況においても、要介護者等の自由を制限するような身体拘束は行わないことを約束致します。

9. 損害賠償責任保険

保 険 会 社	損害保険ジャパン株式会社
---------	--------------

※ 但し、損害賠償保険の支払いは、事業者に故意または過失が存在する場合に限られます。また、損害賠償保険金が支払われる場合であっても、利用者様に過失が認められる場合には、損害賠償が減額されることになります。

10. サービス内容に関する相談・苦情窓口

下関リハビリテーション病院	小川 浩一	Tel 083-232-5811 (代表)
市町村介護保険相談窓口	下関市福祉部介護保険課 事業者係 下関市南部町1番1号 (本庁舎西棟2階A3窓口)	Tel 083-231-1371 Fax 083-231-2743 受付日時 午前9時00分～午後4時30分 (土、日、祝日、年末年始を除く)
山口県介護保険相談窓口	山口県国民健康保険団体 連合会 山口市朝田1980番地7 国保会館	Tel 083-995-1010 Fax 083-934-3665 受付日時 午前9時00分～午後5時00分 (土、日、祝日、年末年始を除く)

《相談・苦情処理》

1. 事業者は、利用者からの指定通所リハビリテーションに関する相談、苦情等に対応する窓口を設置し、迅速かつ適切に対応致します。
2. 事業者は、利用者が苦情申し立てを行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いも致しません。

11. 利用定員

定員 23 名 (指定介護予防通所リハビリテーション利用者を含む) 1 日 3 回提供。

12. 非常災害対策

1. 事業所は、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するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う体制を整備する。

- ① 非常災害時の関係機関への通報
自動火災通報装置整備
- ② 避難、救出その他必要な訓練
防火管理者 1 名配置
年 2 回避難訓練実施

13. 風水害中止基準

(台風等強い風の場合) 中止の目安は、風速 13m/s 以上(傘の使用が困難な状況)とする。

(台風等強い雨の場合) 1 時間あたりの雨量 20mm 以上(車の走行中、ワイパーを速くしても、見づらい状況)とする。

14. 利用料金について

(1) 通所リハビリテーション料金表(基本項目)(1単位：10円)

所要時間1時間以上2時間未満の場合（通常規模型）

単位数基本項目	要介護度	単位数
通所リハⅠ111	要介護1	369単位
通所リハⅠ112	要介護2	398単位
通所リハⅠ113	要介護3	429単位
通所リハⅠ114	要介護4	458単位
通所リハⅠ115	要介護5	491単位

(2) 通所リハビリテーション料金表(加算項目)(1単位：10円)

単位数加算項目(介護保険)	単位数	内 容
理学療法士等体制強化加算 (常勤専従2名以上)	30単位/日	理学療法士等について、当該リハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事しております。
通所リハビリマネジメント加算21 (同意日の属する月から6月以内)	593単位/月 *要LIFE提出	療法士の説明により、リハビリテーション計画に基づいたリハビリテーションを行います。
通所リハビリマネジメント加算22 (同意日の属する月から6月超え)	273単位/月 *要LIFE提出	療法士の説明により、リハビリテーション計画に基づいたリハビリテーションを行います。
通所リハビリマネジメント加算31 (同意日の属する月から6月以内)	793単位/月 *要LIFE提出	療法士の説明により、リハビリテーション計画に基づいたリハビリテーションを行います。 *加算21に加え、口腔・栄養アセスメント実施。
通所リハビリマネジメント加算32 (同意日の属する月から6月超え)	473単位/月 *要LIFE提出	療法士の説明により、リハビリテーション計画に基づいたリハビリテーションを行います。 *加算22に加え、口腔・栄養アセスメント実施。
通所リハビリマネジメント加算4	270単位/月	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者等の同意を得た場合。 *加算21, 22, 31, 32に加え、加算致します。
通所リハ短期集中個別リハ加算 (退院日又は認定日より3月以内)	110単位/日	医師の指示により、リハビリテーション計画に基づいた集中的なリハビリテーションを行います。
通所リハ栄養アセスメント加算	50単位/月 *要LIFE提出	管理栄養士等が栄養アセスメントに基づき、栄養改善が必要な方を的確に把握し、適切なサービスにつなげていくことを目的とする。
通所リハ栄養改善加算	200単位/回 (月2回限度)	栄養アセスメントの結果を当該利用者又はその家族に説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に栄養食事相談、情報提供等を行うものとする。
通所リハ口腔機能向上加算Ⅱ1 (上記加算31・32算定の場合)	155単位/回 (2回限度/月) *要LIFE提出	当該利用者の口腔機能の向上を目的として、口腔清掃及び摂食・嚥下の指導若しくは実施により心身の状態の維持、向上に資することを目的とする。
通所リハ口腔機能向上加算Ⅱ2 (上記加算21・22算定の場合)	160単位/回 (2回限度/月) *要LIFE提出	当該利用者の口腔機能の向上を目的として、口腔清掃及び摂食・嚥下の指導若しくは実施により心身の状態の維持、向上に資することを目的とする。
通所リハ科学的介護推進体制加算	40単位/月 *要LIFE提出	さまざまな介護事業所から、当該利用者の介護データを、収集・分析し、フィードバックを実施することを目的とする。。

単位数加算項目(介護保険)	単位数	内 容
通所リハ送迎減算	▲47単位/日	片道につき、▲47単位減算を行います。
通所リハ退院時共同指導加算 (退院時1回を限度)	600単位/1回	退院に際し、事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を目的とする。
通所リハ移行支援加算	12単位/日	通所リハビリテーション提供終了後、指定通所介護等実施者の割合が100分の3以上であること。
通所リハサービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位/回	(介護職員総数における) 勤続年数が7年以上の割合について、30%以上であること。

介護保険各法における指定通所リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準（指定通所リハビリテーション費）によるものとし、利用者負担額は、その1割(一定以上所得者の場合、その2割又は3割)の額とする。

1) 基本利用料

・要介護被保険者

通所リハビリテーション費 及び 加算分 介護保険被保険者証記載のとおり。

2) その他料金

- ・ サービス提供記録等の複写物の閲覧または交付する場合、A4 サイズは1枚 11 円、A3 サイズは1枚 22 円とする。ただし、その合計金額が 550 円以下の場合は一律 550 円とする。
- ・ 日常生活上必要な物品は実費負担とする。

15. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

- ① 実施の有無： 無し
- ② 実施した直近の年月日： 無し
- ③ 実施した評価期間の名称： 無し
- ④ 評価結果の開示状況： 無し

16. 虐待の防止について

1. 事業所は、利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然の防止・早期発見等に努め、次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待発生防止のための当該事業所従業員に対する研修を年1回以上実施。
- ② 虐待発生防止に係る責任者を選定する。
役職： 医療連携室 室長
- ③ 虐待発生防止のための指針を整備する。
- ④ 虐待発生防止のための対策を検討する委員会を年1回開催する。

2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)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、速やかに、これを市町村及び行政機関等の関係窓口に通報するものとする。

作成日 令和8年 6月 1日

指定通所リハビリテーションサービスの開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明し、同意を得て、交付しました。

《事業者》

所在地 山口県下関市今浦町9番6号

事業所名 下関リハビリテーション病院
(指定番号 3510115946)

管理者名 小川 浩一 印

説明者 印

説明日 令和8年 6月 1日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所リハビリテーションサービスについて重要事項の説明を受け、同意の下、交付を受けました。

《利用者様》

住 所

氏 名 印

《利用者様代理人(選任した場合)》

住 所

氏 名 印 (続柄)