市立恵那病院

通所リハビリテーションセンター　ほほ恵み

重要事項説明書

＜　令和 7 年 4 月 1 日　現在　＞

目　次

１．事業者の概要
２．事業所の概要
　（1）名称及び事業所番号等
　（2）事業所の特性
　（3）事業所の職員体制
　（4）通常の事業実施地域
　（5）営業日時
３．サービスの内容及び利用料
　（1）サービスの内容
　（2）利用料
　　1）介護保険給付対象サービス
　　2）介護保険給付対象外サービス
　（3）お支払い方法
４．サービス提供における事業所の義務
５．サービスの利用に関する利用者の義務
６．事業所の損害賠償責任
７．利用者の損害賠償責任
８．契約の解除・終了
９．サービスの内容に関する事項
　（1）当事業所における苦情等相談窓口
　（2）行政機関における苦情等相談窓口
　（3）サービスに関する第三者評価の実施
10．緊急時等における対応方法
　協力医療機関
11．非常災害時の対策
　別紙１、別紙２

１．事業者の概要

法　人　名	恵那市	
代表者氏名	恵那市長　小坂 喬峰	
所　在　地	住所	岐阜県恵那市長島町正家１丁目１番地１
	電話番号	０５７３－２６－２１１１
	FAX	０５７３－２５－６１５０

２．事業所の概要

(1) 名称及び事業所番号等

事業所名	市立恵那病院　通所リハビリテーションセンター　ほほ恵み	
所　在　地	住所	岐阜県恵那市大井町２７２５番地
	電話番号	０５７３－２５－５３３６
	FAX	０５７３－２２－９７８１
事業所番号	２１７１７００４２６	
管理者の氏名	細江　雅彦	
利用定員	４０人	

(2) 事業所の特性

1) 事業の目的

介護保険法令の趣旨に従い、ご利用者様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適正な指定介護予防通所リハビリテーションサービス・通所リハビリテーションサービスを提供することを目的とします。

2) 運営の方針

① ご利用者様の心身機能及び日常生活動作の維持及び回復のための通所リハビリテーション実施計画書を作成します。(介護予防通所リハビリテーションも同様)

② 作成した通所リハビリテーション実施計画書に基づき、各種サービスを提供します。また実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 事業所の職員体制

従業者の職種	従業員数	職　務　内　容
医師	１名以上	医療・管理
理学療法士	３名以上	リハビリテーション
看護師	１名以上	看護
介護福祉士	３名以上	介護
介護助手	１名以上	介護
事務職員	１名	事務

(4) 通常の事業実施地域

恵那市大井町、長島町、東野、三郷町、武並町、笠置町、中野方町、飯地町

※通常の事業実施地域以外のご利用についてもご相談に応じます。

(5) 営業日時

営業日	営業時間	サービス提供時間
月曜日～金曜日	８：３０～１７：３０	９：３０～１６：００
休業日	土曜日・日曜日･祝祭日 年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日）	

本事業の地域特性による暴風雨・降雪等における基幹道路の通行規制で、送迎の困難な場合は、ご利用の中止をお願いすることがあります。本事項に該当すると考えられる地域のご利用にあたっては、対応の了承が得られる場合にのみ、ご契約を締結致します。

３．サービスの内容及び利用料

(1) サービスの内容

種　類	内　容
送　迎	ご自宅から事業所まで送迎を行います。※送迎サービスの利用は任意です。
食　事	管理栄養士の立てる献立表により、ご利用者様の身体状況に配慮した食事を提供します。　※食事サービスの利用は任意です。
入　浴	ご利用者様のサービス計画に基づき、一般浴・個別浴・機械浴又は清拭を行います。　※入浴サービスの利用は任意です。
排　泄	ご利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
整　容	爪切り、整髪、化粧等、身だしなみを整える援助を行います。
個別リハビリ	心身機能の維持・回復・社会参加を目的に、ご利用者様に適したリハビリテーションプログラムを理学療法士等が評価・実施します。 医師の指示により、理学療法士等が計画書更新時に居宅へ訪問し検査、日常生活、家屋評価をさせていただきます。
認知症リハビリ	認知症症状に対しリハビリ専門職がリハビリを行います。（期間：３ヶ月）
生活リハビリ	入浴、食事、排泄、外出、社会参加等の日常生活動作・社会活動に特化したリハビリを実施します。（期間：～６ヶ月）
口腔機能向上	嚥下や咀嚼に対してリハビリを行います。
遊びﾘﾃｰｼｮﾝ	生活活性化を目的に各種レクリエーションを実施します。
健康管理	体温・血圧等の測定や問診、医師等が日々の健康管理を行います。
季節行事	季節の行事を通じて季節感を促し、またご利用者様相互の交流や親睦を深めることを目的に実施します。
相談及び援助	ご利用者様とご家族様等のご相談に応じます。

(2) 利用料

1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として下記料金表がご利用者様の負担額となります。

※表示は 1 割です。収入によっては 2 割または 3 割負担の場合があります。「介護負担割合証」を

利用時間	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3 時間以上 4 時間未満	2,268 円	4,228 円	486 円	565 円	643 円	743 円	842 円
4 時間以上 5 時間未満			553 円	642 円	730 円	844 円	957 円
5 時間以上 6 時間未満	※利用期間 12 か月以上		622 円	738 円	852 円	987 円	1,120 円
6 時間以上 7 時間未満	-120 円	-240 円	715 円	850 円	981 円	1,137 円	1,290 円

ご確認ください。

＜基本利用料＞ (※1) (※1) (※2) (※2) (※2) (※2) (※2)

(※1) 1 月につき上記料金になります。送迎・入浴は上記料金に含まれます。

(※2) 1 回利用につき上記料金になります。送迎は上記料金に含まれます。

＊送迎につきまして、当施設サービス提供時間での送迎時間帯以外の時間にお帰りになられる場合はお送りすることが出来かねますので、ご家族様でお迎えをお願い致します。

＜加算・減算＞

	要支援 1・2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
一体的サービス提供	480 円/月					
サービス提供体制強化Ⅰ	支援1 88 円/月 支援 2 176 円/月	介護 22 円				
栄養改善	200 円 (月 2 回まで)					
口腔機能向上（Ⅰ）	150 円 (月 2 回まで)					
口腔機能向上（Ⅱ）	イ 155 円 (月 2 回まで) ロ 160 円 (月 2 回まで)					
科学的介護推進体制	40 円/月					
生活行為向上リハビリテーション	6 月以内 562 円/月	6月以内 1,250 円/月				
リハビリテーション提供体制		24 円/日				
リハビリテーション マネジメント		(イ) 6月以内 560 円/月 6月以降 240 円/月 (ロ) 6月以内 593 円/月 6月以降 273 円/月 (ハ) 6月以内 793 円/月 6月以降 473 円/月 ※医師から説明+270 円/月				
入 浴		40 円 (一般浴 ・ 個別浴 ・ 特浴)				
短期集中リハビリテーション		退院･退所後又は認定日 3 月以内 110 円/回				
認知症短期集中リハビリテーション		(Ⅰ) 3 月以内 240 円/日 (Ⅱ) 3 月以内 1920 円/月				
中重度ケア体制		20 円/日				
重度療養管理		100 円/日				
送迎減算		片道-47 円/回 往復-94 円/回				
退院時共同指導	600 円/回					
介護職員等処遇改善Ⅳ	当事業所利用総報酬の 53/1000 相当					

・ご利用者様がまだ介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦、お支払頂きます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が、介護保険から払い戻されます。(償還払い)また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。
・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、全額がご利用者様の自己負担となりますのでご相談下さい。
・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、ご利用者様は料金表の利用料金全額をお支払い下さい。利用料金のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行いたします。

２）介護保険給付対象外サービス

食費	８５０円／日
おむつ代等（※１）	実費
通常実施地域以外の送迎費（※２）	５５円／km
サービス提供時間を超えてのご利用（※３）	１，１００円／時間
その他（※４）	実費

※１　当事業所で用意したものを使用した場合
※２　２－（４）の通常事業の実施地域以外での送迎を行う場合に、当事業所より１０km 以上につき徴収させて頂きます。
※３　サービス提供時間（１６：００）を超えてのご利用に対して、1時間毎に徴収させて頂きます。ご利用は１８：００までとさせて頂きます。なお、その際はご家族様のお迎えでお願いします。
※４　教養娯楽費として、その都度材料費等の実費を別途ご負担頂きます。

＜キャンセル料＞
・ご利用者様がサービスの利用の中止をする際は、速やかに事業者に申し出て下さい。
・ご利用者様のご都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料を頂きます。

利用日の８時 30 分以降に申し出があった場合	食費として８５０円

・ご利用者様が正当な理由がなく、サービス利用時間中に利用中止を申し出た場合は、原則、当日の基本料金及びその他ご利用頂いた費用をお支払い頂きます。

（３）お支払い方法
毎月、２５日までに前月分の請求を致しますので原則、月末までに当事業所の窓口及び下記の指定口座若しくは口座振替（振替期日：毎月２７日）にてお支払い下さい。

※口座残高不足により引き落としできない場合にかかる手数料は徴収させていただきます。
（十六銀行：100 円　他金融機関 130 円 / 回）※税別

十六銀行　恵那支店
普通預金口座（口座番号１４８２１３５）
口座名義　　市立恵那病院　通所リハビリテーションセンター　ほほ恵み
森井　尚之

４．サービス提供における事業所の義務（第 11 条、第 12 条参照）
当事業所では、ご利用者様に対して（介護予防）・通所リハビリテーションサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

① ご利用者様の生命･身体･財産の安全･確保に努めます。
② ご利用者様に対するサービス提供に関する記録を作成･整備し、これを5年間保管するとともに、ご利用者様又は代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、複写物を交付します。
③ ご利用者様が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健･医療･福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。
④ ご利用者様へのサービス提供時において、ご利用者様に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等、必要な対応を講じます。
⑤ 原則としてご利用者様の活動を制限するような身体拘束は行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。その際は、当事業所の医師が判断し、その理由などを診療録に記載します。
⑥ 業務上知り得たご利用者様及びその後見人又はご家族様の情報を漏らしません。ただし、サービス担当者会議や医療上必要となる場合等はこの限りではありません。
個人情報の取り扱いについては「市立恵那病院個人情報保護規定」に準じ同意いただきます。

５．サービスの利用に関する利用者の義務（第 13 条参照）
当事業所のご利用にあたって、次のことに留意して下さい。

① 当事業所の設備･備品･敷地等をその本来の用途に従って利用して下さい。
② 他のご利用者様に対し、迷惑を及ぼすような宗教・政治活動等の行為は行わないで下さい。
③ 金銭及び貴重品、飲食物の持ち込みは、トラブルの原因になりますのでご遠慮下さい。
お持ち込みいただいた際の管理に関しては、原則として、ご利用者様本人の責任となります。
④ ご利用者様間及び従事者への物品譲渡等はご遠慮下さい。当事業所では責任を負いかねます。
⑤ 事業所内での飲酒・喫煙および火気の取り扱いはご遠慮下さい。
⑥ ご利用者様の安全及び財産の確保のため、原則として送迎時にご利用者様がお１人にならないよう、ご家族様のご協力をお願い致します。
⑦ 当事業所ではご利用者様の安全管理に最善を尽くし対応いたしておりますが、絶対の安全管理はお約束できません。転倒・ケガ等の可能性があることをご理解お願い致します。

６．事業所の損害賠償責任（第 14 条参照）

当事業所の責任によりご利用者様に生じた損害については、事業所はその損害を賠償致します。ただし、その損害の発生について、ご利用者様に故意又は重大な過失が認められる場合には、ご利用者様の置かれた心身状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。

賠償に相当する場合には契約者又はご家族様に当該保険の調査等の手続きにご協力いただく場合があります。

7．利用者の損害賠償責任（第 15 条参照）

当事業所の設備及び備品等を故意又は重大な過失により破損又は変更等した場合は、当事業所の請求に従い、ご利用者様の費用により原状に復するか、又は相当の代価をお支払い下さい。

8．契約の解除･終了（第 16 条、第 17 条、第 18 条参照）

以下の各項目に該当する場合は契約を終了します。

① ご利用者様が死亡したとき ② ご利用者様が介護認定を受けられなかったとき ③ 当事業所が解散命令を受けた場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖したとき等 ④ 当事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になったとき ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消されたとき又は指定を辞退したとき ⑥ ご利用者様が利用中止の意思表示をすることにより契約を解除したとき ⑦ 当事業所が契約を解除したとき（詳細は以下をご参照下さい）

ただし、契約終了後もご利用者様の心身の状況などを勘案し、必要な援助を行います。

＜事業所からの契約解除＞

以下の項目に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

① ご利用者様が正当な理由なく利用者負担金を２ヶ月以上滞納した場合は、当事業所は７日以内に利用者負担金を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をします。催告にも拘らず期間内に滞納額の支払いをしなかった場合 ② 契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 ③ 故意又は重大な過失により当事業所又はサービス従業者もしくは他のご利用者様等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為などを行うことによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 ④ 従業者または他のご利用者様へのハラスメント行為により事業所との信頼関係が大きく損なわれ本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 ※ハラスメント行為　別紙２参照

9．サービスの内容に関する事項（第 19 条参照）

(1) 当事業所における苦情等相談窓口

窓口責任者	通所リハビリテーションセンター室長
受付時間	月曜日～金曜日：　８：３０～１７：３０
受付方法	電話　：０５７３―２５―５３３６ FAX　：０５７３―２２―９７８１ 事業所内及び市立恵那病院内の意見箱

(2) 行政機関における苦情等相談窓口

恵那市役所	所在地　：恵那市長島町正家１丁目１番地１ 高齢福祉課 電　話　：０５７３―２６―２１１１ 所在地　：恵那市長島町正家１丁目１番地１ 医療福祉部 地域医療課 電　話　：０５７３―２６―２１１１ 受付時間：午前８時３０分～午後１７時（月～金曜日）
岐阜県社会福祉協議会内 岐阜県運営適正化委員会	所在地　：岐阜県岐阜市下奈良2―2―1 電　話　：０５８―２７８―５１３６ 受付時間：午前９時～午後１６時　（月～金曜日）
国民健康保険団体連合会	１）直接又は電話でのご相談 所在地　：岐阜市藪田南県シンクタンク庁舎５階 電　話　：０５８―２７５―９８２６ 受付時間：午前９時～午後１７時　（月～金曜日） ２）郵送でのご相談 住所：〒５００-８３８５ 岐阜県岐阜市下奈良２－２－１ 岐阜県福祉・農業会館内 県国保連合会介護保険課苦情対応係

(3) サービスに関する第三者評価の実施

実施の有無	無
実施した直近年月日	－
実施評価機関名称	－
評価結果の開示状況	－

10. 緊急時等における対応方法（第 11 条参照）

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、当事業所の医師の医学的判断により、協力医療機関での診療を依頼することがあります。また、その際には速やかにご利用者様の主治医、緊急時連絡先(ご家族様等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。

協力医療機関	病院名：市立恵那病院 所在地：恵那市大井町２７２５番地 電　話：０５７３―２６―２１２１

11. 非常災害時の対策（第 11 条参照）

非常時の対応	市立恵那病院　消防計画に準ずる
避難訓練及び防災設備	同上
消防計画等	恵那市消防本部への届出日：平成１５年１２月１日（平成 30 年 4 月 1 日一部改訂） 防火管理者：事務部長　　森井　尚之 火元責任者：通所リハビリテーションセンター室長　吉田　祐一

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、（介護予防）通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項、個人情報についての説明をしました。

令和　　年　　月　　日

市立恵那病院　通所リハビリテーションセンター　ほほ恵み

説　明　者　　職名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

私は、当事業所の重要事項説明書に基づいて、（介護予防）通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項、個人情報について説明を受け、納得し同意しました。

令和　　年　　月　　日

利　用　者　　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

第 21 条に定める代理人　　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

別紙１　個人情報保護に関する取り扱いについて

当事業所での保有個人データの利用目的は、次のとおりです。

（１）　当施設の内部での利用

① 利用者様に提供する介護・医療サービス

② 介護保険事務

③ 管理運営業務のうち、

－　契約・利用管理

－　会計・経理

－　介護・医療事故等の報告

－　介護・医療サービス向上や業務の維持・改善のための基礎資料

－　学生、消防署職員等の実習・研修への協力

－　感染管理・医療安全管理の利用

（２）　他の事業者等（ 第三者）　への情報提供を伴う利用

① 当事業所が利用者様に提供する介護・医療サービスのうち、

－　他の医療機関、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護サービス事業者、社会保険健康事業財団、居宅介護支援事業所等との連携

－　居宅介護サービス事業者や居宅介護支援事業所、他の医療機関等からの照会への回答

－　利用者様へのサービス提供に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合

－　家族、居宅介護支援専門員等への利用状況及び心身状況説明

－　科学的介護情報システム（厚生労働省）への身体状況、生活状況、リハビリのデータ提供及びそのフィードバックに関する場合

－　その他の業務委託

② 介護保険事務のうち、

－　保険事務の委託

－　審査支払機関へのレセプトの提出

－　審査支払機関又は保険者からの照会への回答

③ 損害賠償責任保険などに係る、福祉・医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

３ 前２ 項の利用目的は通所リハビリテーションセンターの運営において、必要不可欠な事項となります。よって、これらの事項について申し出がない場合は同意が得られたものとして取り扱わせて頂きます。

４ 当事業所の利用目的で同意しがたいものがある場合は、お申し出下さい。

５ 当施設の個人情報保護関係書類は以下のとおりです。また、閲覧が出来ます。

－　当施設が保有する保有個人データ

－　他の事業者等へ情報提供される個人データの項目、提供の手段又は方法

－　保有個人データの安全管理に関すること

－　保有個人データの利用目的の通知に関すること

－　保有個人データの開示（ 写しの提供、閲覧等）　に関すること

－　保有個人データの訂正、追加又は削除に関すること

別紙２　ハラスメントの一例

１）身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。

・コップをなげつける
・蹴る / 叩く
・手を払いのける
・手をひっかく、つねる
・首を絞める
・唾を吐く
・服を引きちぎる　　など

２）精神的暴力

個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。

・大声を発する
・サービスの状況をのぞき見する
・怒鳴る
・気に入っている従業者以外に批判的な言動をする
・威圧的な態度で文句を言い続ける
・刃物を胸元からちらつかせる
・「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する
・家族が利用者の発言をうのみにし、理不尽な要求をする
・利用料金を数か月滞納。「請求しなかった事業所にも責任がある」と支払いを拒否する
・特定の従業者にいやがらせをする　など

３）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。

・必要もなく手や腕をさわる
・抱きしめる
・女性のヌード写真を見せる
・入浴介助中、あからさまに性的な話をする
・卑猥な言動を繰り返す
・サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる　など

出所：「訪問看護師・訪問介護員が受ける暴力等対策マニュアル（公益社団法人兵庫県看護協会、兵庫県）」をもとに三菱総合研究所が作成