

菊野病院通所リハビリテーション重要事項説明書(利用者用)

<2024 年 11 月 1 日現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 菊野会
代表者名	菊野 竜一郎
所在地・連絡先	(住所) 鹿児島県南九州市川辺町平山 3815 (電話) 0993-56-1135 (FAX) 0993-56-5654

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	菊野病院 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）ひかり
所在地・連絡先	(住所) 鹿児島県南九州市川辺町平山 3815 (電話) 0993-58-3545 (FAX) 0993-78-3562
事業所番号	4614310292
管理者の氏名	菊野 竜一郎

(2) 職員体制

職種・資格	人数（人）
管理者	1 名
医師	2 名以上
看護師・介護職員	8 名以上
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.8 名以上(常勤換算数)

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	南九州市・南さつま市（旧坊津町を除く）
---------	---------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日及び営業時間

営業日	12 月 30 日～1 月 3 日を除く毎週月曜日から土曜日
営業時間	8：00～18：00
サービス提供時間	8：00～17：00
延長サービス可能時間帯	16:00～18:00(預りを中心としたサービスになります。)

3 サービスの内容

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）のサービス内容は以下のとおりです。

- (1) 通所リハビリテーション計画の立案
- (2) 送迎
- (3) 入浴
- (4) 食事の提供
- (5) リハビリテーション及びレクリエーション
- (6) 運動器機能向上サービス
- (7) 栄養改善サービス
- (8) 口腔機能向上サービス
- (9) 時間延長サービス

サービス提供の開始に際して、あらかじめ利用申込者様又はその家族に対して、運営規程の概要、職員の勤務体制その他サービスの選択に資する契約事項を記載した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について、同意を得ます。

4 通所リハビリテーションの基本取扱方針

- (1) 利用者の要介護状態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行います。
- (2) 自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

5 介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針

- (1) 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。
- (2) 自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- (3) サービスの提供に当り、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身機能の改善等を通じて、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことのできるよう支援することを目的とすることを常に意識してサービスの提供に当たります。

6 事業所の特色等

(1) 事業の目的

超高齢社会に向けて介護等が必要な高齢者に対して「生活の質」の確保を重視し全体的な日常生活の中の動作能力を維持・回復させるとともに、家庭や外部からの支援により、住み慣れた地域社会や家庭で療養できるよう支援することにより、これからの高齢者問題の重点課題である介護体制作りを行い地域の高齢者対策の一環を担って行くことを目的とします。

(2) 運営方針

介護等の必要な高齢者に「生活の質」の確保を重視する見地から、高齢者の家庭における療養生活を支援し、その心身の機能の維持回復を目指すものである。

事業の運営に当たっては、地域との結びつきを重視し、他の保健・医療又は福祉サービスとの密接な連携に努めることとします。

7 苦情处理

- (1) 提供したサービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口の設置、担当者の配置、事実関係の調査の実施、改善処置、利用者及びその家族に対する説明、記録の整備等必要な措置を講じます。
- (2) 前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録します。
- (3) 提供したサービスに関し、市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又助言に従って必要な改善を行います。
- (4) 市町村からの求めがあった場合には、前項の改善内容を市町村に報告します。
- (5) 提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会からの同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。
- (6) 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告します。

サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所利用者様相談苦情窓口	窓口責任者	大園和人（介護福祉士）
	ご利用時間	8：30～17：00（平日）
	ご利用方法	電話（58-3545）内線 180

当事業所以外にも、県市町村の窓口などに相談・苦情を伝えることができます。

- 南九州市役所 長寿介護課 TEL0993-56-1111
- 南さつま市役所 市民福祉部 保健課 TEL0993-53-2111
- 鹿児島県国民健康保険団体連合会
介護保険課介護相談室 TEL099-213-5122
- 鹿児島県保健福祉部介護福祉課 TEL099-286-2696

8 緊急時等における対応方法

- (1) サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアルを作成し、事業所内の従業員に周知徹底するとともに、速やかに主治の医師への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めます。
- (2) サービスの提供に当たり、転倒等防止するための環境整備に努めます。
- (3) サービスの提供に当たり、事前に脈拍や血圧等を測定する等の利用者の当日の体調を確認すると共に、無理のない適度なサービスの内容とするよう努めます。
- (4) サービスの提供を行っているときにおいても、体調の変化に常に気を配り、病状の急変等が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等必要な措置を講じます。

9 賠償責任

- (1) 介護保険サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して損害賠償をするものとします。
- (2) 利用者の責に帰すべき事由によって当施設が損害を被った場合、利用者及び家族は、連帯して当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

10 利用料金

(1) 通所リハビリテーションの基本料金

① 基本利用料

介護保険制度では、要介護認定による要介護度および利用時間によって利用料が異なります。

以下は、1日当たりの自己負担が1割の場合の金額です。

通常〔6時間以上7時間未満〕

・要介護1	715円
・要介護2	850円
・要介護3	981円
・要介護4	1,137円
・要介護5	1,290円

短時間〔1時間以上2時間未満〕

・要介護1	369円
・要介護2	398円
・要介護3	429円
・要介護4	458円
・要介護5	491円

※身体状況により他のご利用時間帯での利用をすることも可能です。

必要に応じてご相談ください。

② その他の加算料金

・入浴介助加算	60円/日
・科学的介護推進体制加算	40円/月
・リハビリテーションマネジメント加算ロ	593円/月(開始月から6カ月以内) 273円/月(開始月から6カ月超)

医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合 +270円

上記ロは、リハビリテーションに特化した会議を開催した場合等に加算

・短期集中個別リハビリテーション加算	110円/日
--------------------	--------

退院(所)日または認定日から3月以内に、通所リハビリ計画書を作成・同意を得、リハビリテーション会議を経たのちリハビリを40分以上行った場合に加算

・口腔機能向上加算	160円/日(月2回を限度)
・理学療法士体制強化加算	30円/日(短時間のみ)
・送迎減算	-47円/片道

送迎を行わなかった場合片道につき減算

・口腔・栄養スクリーニング加算	20円/月(6ヶ月に1回限度)
・時間延長サービス体制加算	50円~300円/日

介護負担の軽減を目的としてサービスを行った場合に、1時間単位で50円の加算

③ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円/日
-------------------	-------

④ リハビリテーション提供体制加算(6~7時間の場合)	24円/日
-----------------------------	-------

3時間以上の利用について加算

⑤ 介護職員処遇改善加算	Ⅰ8.6% Ⅱ8.3% Ⅲ6.6% Ⅳ5.3%
--------------	-------------------------

⑥ 退院時共同指導加算	600円/回(退院時1回まで)
-------------	-----------------

退院時早期のリハビリ実施に向け、医師・理学療法士等がカンファレンスに参加し、共同指導を行った後に、初回のリハビリ実施時に加算

(2) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金

① 基本利用料

- ・要支援 1 2,268 円／月
- ・要支援 2 4,228 円／月

利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防通所リハビリを行った場合、上記金額から減算されます。「要支援 1：120 円 要支援 2：240 円」

② その他の加算料金

- ・口腔機能向上加算 160 円／日（月 1 回を限度）
- ・一体的サービス提供加算 480 円／月
- ・口腔・栄養スクリーニング加算 20 円／月（6 ヶ月に 1 回限度）

③ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

- ・要支援 1 88 円／月
- ・要支援 2 176 円／月

④ 介護職員処遇改善加算 Ⅰ 8.6% Ⅱ 8.3% Ⅲ 6.6% Ⅳ 5.3%

⑤ 退院時共同指導加算 600 円/回（退院時 1 回まで）

退院時早期のリハビリ実施に向け、医師・理学療法士等がカンファレンスに参加し、共同指導を行った後に、初回のリハビリ実施時に加算

(3) その他の料金

① 昼食代（食材費＋調理費） 530 円／回

夕食代（食材費＋調理費） 562 円／回

② 領収証再発行手数料 1 通 1,080 円

③ 送迎負担金 100 円／片道

実施地域以外から送迎サービスを利用される利用者様には片道 100 円

（実施地域の境から 5 km 増すごとに 100 円加算）の送迎負担金をご負担いただきます。

(4) 支払い方法

- ・当事業所は口座振替でのお支払いとなります。別紙「K-NET 預貯金口座振替依頼書」「通帳のコピー」を添えてご提出ください。
 - ・サービス利用の翌月 15 日に口座振替をさせていただきます。毎月 10 日頃に前月分の利用料金のお知らせ（請求書）を、引落が確認出来ましたら前月分の領収書をご案内致します。
- ※原則口座振替でのお支払いとなりますが、現金でのお支払いも出来ます。
- ご不明な点につきましてはご相談ください。

11 秘密の保持

- (1) 当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者又はその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らさないこと、また職員が退職した後も秘密を漏らさないことを誓約書に定めております。ただし、次の各号については、当事業所は、利用者及び家族の情報利用を文書で同意をとり使用することにします。

- ① 介護保険サービス利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関への情報提供。
 - ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないよう仮名等を使用することを厳守します。
 - ③ 生命・身体保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）
- (2) 入院中にリハビリを受けていた利用者に対し、退院後のリハビリを提供する際に医療機関が作成したリハビリ実施計画書等を入手し、内容を把握いたします。
- (3) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

12 利用者様及びご家族の方へのお願い

サービス利用開始時と介護保険被保険者証の更新時には、介護保険被保険者証を提示してください。また、毎年8月に更新される介護保険負担割合証の提示も併せてお願いします。

13 送迎に関する説明

- (1) 安全で、円滑な送迎を提供させていただくに当たり、今一度ご利用者様、ご家族の皆様当事業所の運営規定をご理解いただき、ご協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。
 - ①原則として、玄関の中までのお迎え・玄関の中までのお送りをいたします。
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人・ご家族様と話し合いを行い、当事業所で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。
その場合には、別紙(送迎同意書)に内容等を記載いたします。
 - ②季節により、暑かったり寒かったりと、身体に及ぼす影響は様々です。
自宅の中でお待ちください。
 - ③迎えの目安の時間帯を、連絡帳の裏表紙にてお知らせしています。
交通事情等で、大幅に到着時間が遅れる場合は、事業所より電話連絡いたします。
目安時間内の遅れはご容赦くださいませ。
 - ④乗車中は、全座席シートベルトを必ず着用していただきます。
 - ⑤送迎職員到着後、体調不良等を除き、準備等ができていない場合は、長時間待つことはできません。
他の利用者様にもご迷惑をかけてしまうこととなり、送迎の対応ができなくなる場合もあります。
スムーズで安全な送迎を行うために、その点をご理解くださり、ご本人・ご家族のご協力をお願いいたします。
 - ⑥自家用車で来所される場合は、駐車スペースには限りがありますので、あらかじめご了承ください。また、自動車の移動は、ご自身での運転をお願い致します。
- (2) 短時間(1時間以上2時間未満)の方はリハビリに特化したサービスを行なうため、基本的に送迎は行いません。送迎が必要な場合はご相談ください。
- (3) 上記内容をご理解いただいた上で、別紙(利用同意書)に記名、捺印をお願い致します。

14 業務継続計画の推進

感染症の予防及びまん延防止の指針の整備・非常災害に関する具体的計画策定を行います。

15 高齢者虐待防止措置の推進 担当者 馬場真人(介護福祉士)

虐待の発生を防止するため指針を整備し担当者を置き、検討委員会・研修を定期的に実施します。

16 身体的拘束等の適正化の推進

身体的拘束を行ってはならないが、緊急にやむを得ない事態が発生した場合は理由を記録・説明できるように致します。

菊野病院通所リハビリテーション利用同意書

甲（ ）の当事業所の利用にあたり乙（ ）は、
丙〔菊野病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）〕の重要事項説明書及び別紙書類
を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。
また、サービス利用に必要な甲及び乙の個人情報利用、送迎の規定に際しても同意します。

年 月 日

甲 <利用者> 住所 _____

氏名 _____ 印

乙 <家 族> 住所 _____

氏名 _____ 印

丙 <事業者> 住所 鹿児島県南九州市川辺町平山 3815 番地

事業者（法人）名 医療法人 菊野会

事業所名 菊野病院 通所リハビリテーション ひかり

代表者名 理事長 菊野竜一郎 印

<説明者> 職名 _____

氏名 _____ 印

送迎時の特記事項

年 月 日

<家 族> 氏名 _____ 印

