

通所リハビリテーション

国分脳神経外科病院 通所リハビリテーション 重要事項説明書・契約書

（方針）

1. 要介護者の方が居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図ります。
2. 利用者の要介護状態の軽減若しくは、悪化防止又は要介護状態とならないよう、その目標を設定し計画的に行います。
3. 実施に当たっては、居宅介護支援事業者その他保険、医療、福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り、関係市町とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

（名称及び所在地等）

名称：国分脳神経外科病院

通所リハビリテーション

所在地：霧島市国分向花 154-1

電話番号：0995-73-6811

ファックス番号：0995-73-6812

管理者名：笠毛 静也

介護保険指定番号：4611911449

（従業者の職種、員数及び職務内容）

（1）医師 1 名（常勤）

（2）専従する従業者

- | | |
|----------------------------|-------|
| 1. 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 | 1 人以上 |
| 2. 看護師、准看護師、介護福祉士、その他の介護職員 | 2 人以上 |

（営業及び営業時間）

営業日：月、火、水、木、金、土曜日

営業時間：午前 8：30～午後 5：30

休日：日曜日並びに祝祭日、お盆休み、年末年始

（利用定員） 30 名（1 単位）

（提供時間）	A（6～7 時間通所リハ）	午前 9 時 50 分～午後 4 時
	B（3～4 時間通所リハ）	午前 9 時 50 分～午後 1 時

（サービス内容）

ご自宅まで送迎し、健康チェック（血圧、体温測定等）を行い、リハビリテーション、レクリエーション等を実施しています。又昼食は、その方に応じて用意しています。

（サービス利用にあたっての留意事項）

1. 利用者は、サービスの利用の際に体調の異変や異常があれば、申し出て下さい。
2. サービスの提供を受けようとする施設内の設備の使用については、従業者に従って下さい。
3. 金銭その他を施設内になるべく持ち込まないでください。もし貴重品などを施設内に持ち込んだ場合は必ず従業員の同意を得、指示を受けてください。施設内での紛失に関して施設側は一切の責任を持ちませ

ん。

4. 施設内での営業・勧誘などは一切行わないでください。

5. 体調その他の理由において、サービスを休む・休止・終了したい時は、従業員に速やかに連絡し指示を受けてください。《サービスの利用をキャンセルされる時は、前日までにお知らせ下さい。当日、緊急の場合は午前8時15分までにご連絡下さい。キャンセル料をいただく場合がありますので、ご注意ください。》

8. 従業員の指示なく行った行為による転倒その他の事故、又は意図的に起こした事故に関して施設側は一切の責任を持ちません。

9. 外出は、通所リハビリテーション利用中はできません。

（通常の事業の実施地域）

霧島市（旧国分市、旧隼人町、旧溝辺町）とします。

通常の事業の実施地域を越えて行う通所リハビリテーションに要した交通費は中山間地域等に居住する利用者へのサービスを提供する場合として所定単位数の5%を加算し請求します。

（緊急時の対応）

サービス利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡を取りその指示に従い、適切な治療を行う。当院で対応出来ない場合は、速やかに連携機関に紹介、搬送します。

また担当の居宅支援事業者並びに家族へ連絡します。

（事故発生時の対応）

サービスの提供中事故が発生した場合は、主治医の診察を受け市町村、家族、担当介護支援専門員に速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、その原因を解明し再発防止の対策を講じます。

（損害賠償）

1. 通所リハビリテーションの提供にあたって当院の責に帰すべき事由によって、利用者様が損害を被った場合、当院は、利用者様に対して損害を賠償するものとします。

2. 利用者様の責に帰すべき事由によって当院が損害を被った場合、利用者様及び連帯保証人様は、連帯して、当院に対して、その損害を賠償するものとします。

（秘密保持）

1. 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

2. 国分脳神経外科では、利用者の尊厳を守り、お預かりしている個人情報について、下記利用目的を以下のとおり定めます。

①利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

・ 国分脳神経外科内での利用目的

当院が利用者等に提供する介護サービス

介護保険事務

介護サービスの利用者に係る当事業所の管理運営業務

・ 他の事業者等への情報提供を伴う利用目的

サービス担当者会議等

利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める時

検体検査業務の委託その他の業務委託

家族等への心身の状況説明

介護保険事務の委託

審査支払機関へのレセプトの提出等

②上記以外の利用目的

- ・ 外部監査機関への情報提供
- ・ 当院におけるカンファレンス、ミーティング等
- ・ ホームページや院内行事などにおける利用者の写真掲載・ 掲示

上記のうち介護施設等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。

お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更をすることが可能です。

(非常災害対策)

事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等訓練を行う。

(要望及び苦情等の相談)

利用者もしくは、家族からの相談窓口は、下記のとおりです。

「ご意見箱」をご利用いただくこともできます。

医療法人名正 国分脳神経外科病院

鹿児島県霧島市国分向花 133-2

電話 0995-64-0059

担当者名 笠毛桂子

※苦情の受付は全ての職員で受け付けます。何なりとお申し出ください。

・ その他相談窓口

①鹿児島県保険福祉部介護保険課

鹿児島県鹿児島市鴨池新町 10 番 1 号

099-286-2111

②鹿児島県国民健康保険団体連合

鹿児島県鹿児島市鴨池新町 7 番 4 号

099-206-1084

③霧島市役所

鹿児島県霧島市国分中央 3 丁目 45-1

0995-45-5111 (介護保険係まで)

(虐待防止の為の措置に関する事項)

事業所は、高齢者虐待についての責任者を定め、高齢者虐待防止の為の研修を定期的かつ計画的に行う。

(感染症の予防及びまん延の防止の為の措置に関する事項)

事業所は、感染対策委員会を設置し、平常時の対策及び発生時の対応に関する研修等を定期的・計画的に行う。

(ハラスメント防止に関する事項)

事業所は、職場におけるハラスメントの防止のための雇用管理上の措置を以下のように講じる。なお、職場にお

けるハラスメントには、利用者等からのハラスメントも含まれるとされることに留意しなければならない。

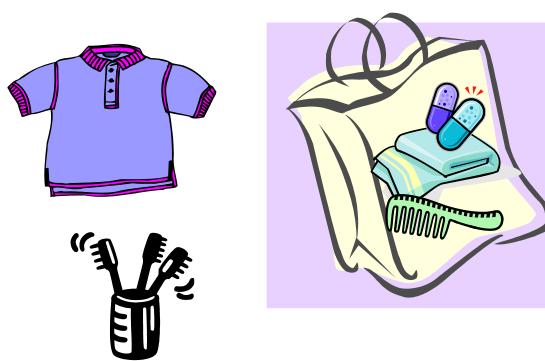
（利用料金）

利用料金につきましては【別紙 2】のとおりです。

毎月 15 日に前月分の請求書を発行しますので、翌月 10 日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お持ちいただく物

- ・ 着替え（肌着・下着）
- ・ タオル 2 枚程度、バスタオル 1 枚程度
- ・ 歯みがきセット（歯ブラシ・歯磨き粉、コップ）
- ・ 昼に服用されるお薬、軟膏、点眼等
- ・ 髭そり、櫛、ブラシなど
- ・ 室内靴



※ご自宅で普段使用されている運動しやすい服装と、履きやすく安全な靴でお越し下さい。

※持ち物には、フルネームでご記名をお願いします。

※食べ物や貴重品等は持ち込まないでください。

通所リハビリテーションの一日の流れ



（3～4 時間リハ）

（6～7 時間リハ）

- ・ お迎え 送迎車でご自宅へお迎え
- ・ 9 時 50 分 国分脳神経外科へ到着
健康チェック・朝の会
リハビリテーション レクリエーション
入浴
- ・ 12 時 昼食
口腔ケア、レクリエーション 、
リハビリテーション
- ・ 13 時 終りの会 B（3～4 時間リハ）
帰宅 ご自宅までお送りいたします

- ・ お迎え 送迎車でご自宅へお迎え
- ・ 9 時 50 分 国分脳神経外科へ到着
健康チェック・朝の会
リハビリテーション レクリエーション
入浴
- ・ 12 時 昼食
口腔ケア、レクリエーション 、
リハビリテーション
入浴
- ・ 15 時 おやつ
終りの会
- ・ 16 時 帰宅 ご自宅までお送りいたします

【別紙 2】 **通所リハ及び介護予防通所リハのご利用料金** (令和 6 年 6 月改定) 介護負担 1 割

要介護認定による要介護の程度及び利用時間により利用料が異なります。

要介護度	3 時間以上 4 時間未満	6 時間以上 7 時間未満
要介護 1	486 円/日	715 円/日
要介護 2	565 円/日	850 円/日
要介護 3	643 円/日	981 円/日
要介護 4	743 円/日	1137 円/日
要介護 5	842 円/日	1290 円/日
要支援 1	2268 円/月	
要支援 2	4228 円/月	

入浴介助加算 I (要介護)	40 円/日
短期集中個別リハビリテーション加算 (要介護)	110 円/日
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	593 円/月 (6 ヶ月以内) 273 円/月 (6 ヶ月超)
リハビリテーション提供体制加算 (要介護)	3 時間以上 4 時間未満 : 12 円/日 6 時間以上 7 時間以内 : 24 円/日
中山間地域等提供加算	所定単位数に 5%加算
科学的介護推進体制加算	40 円/月
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	所定単位数に 3.0%加算
介護職員処遇改善加算(IV)	所定単位数に 5.3%加算
退院時共同指導加算	600 円/回

その他の料金

- ① 食事 590 円/日
- ② おむつ代 尿取りパット 1 枚 : 85 円 リハビリパンツ 1 枚 : 182 円
ライナー 1 枚 : 40 円 マスク 1 枚 : 20 円

③その他、利用者様により選択されたレクリエーションを行う場合、別途必要経費を頂く場合があります。

支払方法 毎月 15 日までに、前月の請求書を発行しますので、翌月の 10 日までにお支払い下さい。

【別紙 2】 **通所リハ及び介護予防通所リハのご利用料金** (令和 6 年 6 月改定) 介護負担 2 割

要介護認定による要介護の程度及び利用時間により利用料が異なります。

要介護度	3 時間以上 4 時間未満	6 時間以上 7 時間未満
要介護 1	972 円/日	1430 円/日
要介護 2	1130 円/日	1700 円/日
要介護 3	1286 円/日	1962 円/日
要介護 4	1486 円/日	2274 円/日
要介護 5	1684 円/日	2580 円/日
要支援 1	4536 円/月	
要支援 2	8456 円/月	
入浴介助加算 (要介護)	80 円/日	
短期集中個別リハビリテーション加算 (要介護)	220 円/日	
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	1186 円/月(6 ヶ月以内) 546 円/月(6 ヶ月超)	
リハビリテーション提供体制加算 (要介護)	3 時間以上 4 時間未満 : 24 円/日 6 時間以上 7 時間以内 : 48 円/日	
中山間地域等提供加算	所定単位数に 5%加算	
科学的介護推進体制加算	80 円/月	
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	所定単位数に 3.0%加算	
介護職員処遇改善加算(IV)	所定単位数に 5.3%加算	
退院時共同指導加算	1200 円/回	

その他の料金

- ① 食事 590 円/日
- ② おむつ代 尿取りパット 1 枚 : 85 円 リハビリパンツ 1 枚 : 182 円
ライナー 1 枚 : 40 円 マスク 1 枚 : 20 円
- ③その他、利用者様により選択されたレクリエーションを行う場合、別途必要経費を頂く場合があります。

支払方法 毎月 15 日までに、前月の請求書を発行しますので、翌月の 10 日までにお支払い下さい。

【別紙 2】 **通所リハ及び介護予防通所リハのご利用料金** (令和 6 年 6 月改定) 介護負担 3 割

要介護認定による要介護の程度及び利用時間により利用料が異なります。

要介護度	3 時間以上 4 時間未満	6 時間以上 7 時間未満
要介護 1	1458 円/日	2145 円/日
要介護 2	1695 円/日	2550 円/日
要介護 3	1929 円/日	2943 円/日
要介護 4	2226 円/日	3411 円/日
要介護 5	2526 円/日	3870 円/日
要支援 1	6804 円/月	
要支援 2	12684 円/月	
入浴介助加算 (要介護)	120 円/日	
短期集中個別リハビリテーション加算 (要介護)	330 円/日	
リハビリテーションマネジメント加算	1779 円/月 (6 ヶ月以内) 819 円/月 (6 ヶ月超)	
リハビリテーション提供体制加算 (要介護)	3 時間以上 4 時間未満 : 36 円/日 6 時間以上 7 時間以内 : 72 円/日	
中山間地域等提供加算	所定単位数に 5%加算	
科学的介護推進体制加算	120 円/月	
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	所定単位数に 3.0%加算	
介護職員処遇改善加算(IV)	所定単位数に 5.3%加算	
退院時共同指導加算	1800 円/回	

その他の料金

① 食事 590 円/日

② おむつ代 尿取りパット 1 枚 : 85 円 リハビリパンツ 1 枚 : 182 円
ライナー 1 枚 : 40 円 マスク 1 枚 : 20 円

③その他、利用者様により選択されたレクリエーションを行う場合、別途必要経費を頂く場合があります。

支払方法 毎月 15 日までに、前月の請求書を発行しますので、翌月の 10 日までにお支払い下さい。

国分脳外科 通所リハ



国分脳神経外科通所リハビリテーション利用契約書

説明者 職種： _____
氏名： _____ 印

国分脳神経外科通所リハビリテーションを利用するに当たり、国分脳神経外科通所リハビリテーション利用重要事項説明書及び別紙1、別紙2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うえで契約します。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

携帯電話 _____

(連帯保証人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

携帯電話 _____

〒899-4352

鹿児島県霧島市国分向花 133-2

医療法人 名正 国分脳神経外科病院

理事長 笠 毛 静 也