

短時間通所リハビリテーション
短時間介護予防通所リハビリテーション

重要事項説明書

木古内町国民健康保険病院
短時間通所リハビリテーション

短時間通所リハビリテーション・短時間介護予防通所リハビリテーション

重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者の名称：木古内町国民健康保険病院
事業者の所在地：上磯郡木古内町字本町 710 番地
法人の種別：市町村病院
管理者名：菊一 雅弘
連絡先：01392-2-2079
FAX 番号：01392-2-6025

2. 事業所の概要

事業者の名称：木古内町国民健康保険病院 短時間通所リハビリテーション
事業者の所在地：上磯郡木古内町字本町 710 番地
事業所番号：0111513487
事務局長名：東 誠
連絡先：01392-2-2079
FAX 番号：01392-2-6025

3. 事業所の目的および運営方針

当事業所は、要介護状態及び要支援状態にある利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従い、短時間通所リハビリテーション計画及び短時間介護予防通所リハビリテーション計画を立て、利用者の機能訓練、基本動作訓練、日常生活動作訓練、応用的日常生活動作訓練、その他必要なリハビリテーションを行うことにより、心身機能の維持向上を図り、利用者が可能な限り、その有する能力に応じ自立した日常生活を継続して営むことができることを目的とします。

4. 通常の実施地域

通常の実業の実施地域は以下の通りです。
木古内町 知内町 福島町 北斗市およびその近郊とする。

5. 営業日及び営業時間

営業日：月～金
但し、国民の祝日及び年末年始（12月29日～1月3日）を除く
営業時間：8：30～17：00
サービス提供時間：8：30～12：15

6. 事業所の職員体制

管理者（医師）：1名（常勤兼務）
医師：3名（常勤兼務）
作業療法士：0名
理学療法士：2名
介護福祉士：1名

7. 施設サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス「要介護」

利用料金は、「介護保険負担割合証」に記載されている「利用者負担の割合」に準じます。

① 利用料金（サービス時間：1時間以上、2時間未満）

短時間通所リハビリテーション 要介護1～5

要介護1	369円/日（1割）	738円/日（2割）	1107円/日（3割）
要介護2	398円/日（1割）	796円/日（2割）	1194円/日（3割）
要介護3	429円/日（1割）	858円/日（2割）	1287円/日（3割）
要介護4	458円/日（1割）	916円/日（2割）	1374円/日（3割）
要介護5	491円/日（1割）	982円/日（2割）	1473円/日（3割）

(2) サービス提供体制加算

I 22円/回（1割） 44円/回（2割） 66円/回（3割）

※介護職員の総数のうち介護福祉士50%以上配置している場合

II 18円/回（1割） 36円/回（2割） 54円/回（3割）

※介護職員の総数のうち介護福祉士40%以上配置している場合

III 6円/回（1割） 12円/回（2割） 18円/回（3割）

※職員の総数のうち3年以上の継続年数者が30%以上配置している場合

(3) 送迎減算

－47円/回（1割） －94円/回（2割） －141円/回

※居宅と事業者との間の送迎を行わない場合

(1) 介護保険給付対象サービス「要支援」

利用料金は、「介護保険負担割合証」に記載されている「利用者負担の割合」に準じます。

短時間介護予防通所リハビリテーション利用料金

① 利用料金（サービス時間：1時間以上、2時間未満）

要支援1 2268円/月（1割） 4536円/月（2割） 6804円/月（3割）

要支援2 4228円/月（1割） 8456円/月（2割） 12684円/月（3割）

(2) サービス提供加算料金

要支援1

I 88円/月（1割） 176円/月（2割） 264円/月（3割）

※介護職員の総数のうち介護福祉士50%以上配置している場合

II 72円/月（1割） 144円/月（2割） 216円/月（3割）

※介護職員の総数のうち介護福祉士40%以上配置している場合

III 24円/月（1割） 48円/月（2割） 72円/月（3割）

※職員の総数のうち3年以上の継続年数者が30%以上配置している場合

要支援2

Iイ 176円/月（1割） 352円/月（2割） 528円/月（3割）

※介護職員の総数のうち介護福祉士50%以上配置している場合

IIロ 144円/月（1割） 288円/月（2割） 432円/月（3割）

※介護職員の総数のうち介護福祉士40%以上配置している場合

III 48円/月（1割） 96円/月（2割） 144円/月（3割）

※職員の総数のうち3年以上の継続年数者が30%以上配置している場合

<キャンセル料>

利用者様の都合によりサービスを中止する場合でも基本的にキャンセル料はいただきません。サービスを中止する場合などは前日までにご連絡の程をよろしくお願いします。但し、下記条件時はキャンセル料を100%請求させていただきます。

※当日理由なしに急遽キャンセルされた場合

※繰り返し無断キャンセルが続いた場合は契約解除となる場合があります。

<支払い方法>

毎月15日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末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。支払い方法は窓口支払い及び口座引き落とし（ゆうちょ・うみ街信用金庫）となります。

8. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、担当者までお気軽にご相談ください。また、施設の相談窓口での受付や施設設置のご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用下さい。責任をもって調査、改善させていただきます。

相談窓口 苦情対応窓口

電話番号 01392-2-2079

FAX 番号 01392-2-6025

事務局長 東 誠

対応時間 8:30～17:00

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

木古内町国民健康保険病院 電話番号 01392-2-2079

国民健康保険団体連合会 電話番号 011-231-5161

木古内町健康管理センター 電話番号 01392-2-2122

知内町保健センター 電話番号 01392-5-3506

福島町地域包括支援センター 電話番号 0139-47-4682

9. 事故発生時の対応

短時間通所リハビリテーション及び短時間介護予防通所リハビリテーションの実施にあたって事故発生した際には次の窓口で対応します。

木古内町国民健康保険病院 短時間通所リハビリテーション

管理者 菊一雅弘

事務局長 東 誠

電話番号 01392-2-2079

FAX 番号 01392-2-6025

10. 緊急時の対応

当事業所におけるサービス提供中に、ご利用者様に容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

病院名：_____

主治医氏名：_____

連絡先：_____

「ご家族」

氏名：_____

連絡先：_____

「緊急連絡先」

氏名：_____

連絡先：_____

11. 当事業所ご利用の際の留意事項

主治医からの情報提供：短時間通所リハビリテーションを利用するにあたって、主治医からの情報が必要となります。その際、情報提供料が発生する場合があります。

当事業所医師による指示：主治医からの情報提供をもとに、当事業所医師が短時間通所リハビリテーションを指示します。指示の有効期限は、当事業所医師の診察日より3ヶ月間となりますので、3ヶ月に1回の診察が必要となります。

12. 身分証携帯義務

短時間通所リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携帯し、初回対応時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13. 高齢者虐待防止について

事業所は、利用者等の人権擁護・虐待の防止等のために、次に記載するとおり必要な措置を講じます。

- ② 虐待防止マニュアルを設置し、従業員の人権意識の向上、知識や技術の向上に努めます。
- ③ 苦情解決体制の整備に努めます。
- ④ 従業者が支援にあたっての悩みの苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ⑤ 虐待防止委員会を定期的に開催し、事案の報告・対応の検討などを行い事業者への周知徹底を図ります。
- ⑥ 年1～2回の研修会を実施し、知識・技術の補完を行いサービスの質向上を図ります。
- ⑦ 上記内容を円滑に遂行するために専任の担当者を設置します。

(担当者：事務局長 東 誠)

14. 心身の状況の把握

短時間通所リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービスまたは福祉サービスの利用状況の把握に務めるものとします。

15. 居宅介護支援事業者等との連携

短時間通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

16. サービス提供の記録

①サービスの提供日、内容および利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は、サービス提供をした日から5年間保存します。

②利用者は、事業主に対して保存されるサービス提供記録の開示申請を請求することができます。

17. 衛生管理等

①サービス提供職員の清潔の保持および健康状態について必要な管理を行います。

②短時間通所リハビリテーション事業所の設備および備品等について衛生的に管理を努めます。

18. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況について

意見箱等利用者の意見を把握する取り組み：あり

第三者評価の実施（北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構など）：なし

第三者評価を実施した直近の年月日：なし

評価結果の開示状況および公表：なし

19. 複数回ご利用される場合について

新規ご利用者様受け入れ要請、空き状況、身体状況の改善が得られた場合など、利用回数の相談をさせていただく場合があります。

20. 業務継続計画（BCP）発動時における対応

自然災害・感染症拡大等により、当院がBCPを発動した場合、利用者・患者の安全確保および職員の安全管理を最優先とし、リハビリテーション業務は原則中止とする。

21. サービス中止基準

①無断で3回以上連続して欠席したとき

②直近3か月間に予定した利用日の3分の1以上欠席したとき

③再三の出席依頼にもかかわらず出席状況が改善しないとき

④その他、適切なサービス提供が困難と管理者が認めたときとする

22. カスタマーハラスメントへの対応

当事業所では、利用者様および職員双方が安心してリハビリテーションを行えるよう努めております。暴言、威嚇、脅迫、セクシュアルハラスメント、不当な要求、またはこれらに類する行為が確認された場合には、状況に応じてサービスの一時中止または契約の解

除等の対応を取らせていただく場合がございます。

円滑なサービス提供と良好な信頼関係の維持のため、皆さまのご理解とご協力をお願い申し上げます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者および事業者が署名押印の上1通ずつ保有するものとします。

契約締結日： 年 月 日

重要事項説明書について説明を受け、その内容を理解し、本契約を結びます。

【利用者】

住所： _____

氏名： _____

電話： _____

代筆者： _____ 印 （続柄： _____）

代筆理由（ _____ ）

【連帯保証人】

（身元引受人）

住所： _____

氏名： _____

電話： _____

当事業者は利用者の申し込みを受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

【事業者】

所在地 北海道上磯郡木古内町字本町 7 1 0

名称 木古内町国民健康保険病院

代表者 管理者 菊一雅弘

【事業所】

所在地 北海道上磯郡木古内町字本町 7 1 0

名称 木古内町国民健康保険病院 短時間通所リハビリテーション

代表者 事務局長 東 誠

【説明担当者】

説明者：_____