

医療法人叙叙会 福山第一病院 介護予防通所リハビリテーションについての説明書

1. 事業の目的及び運営方針

(事業の目的)

福山第一病院において行う指定介護予防通所リハビリテーションの事業は、居宅において要支援状態にある利用者に対し、適切な通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

(運営の方針)

- 事業所の通所リハビリテーションスタッフは、要支援者等の心身の特性を踏まえて、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、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うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。
- 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの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。

2. 事業所の所在地

- 名称 福山第一病院 通所リハビリテーション
- 所在地 福山市南蔵王町5丁目14番5号

3. 職員の職種、人数及び職務内容

- 管理者 1名(常勤) 管理者は事業所の職員の管理及び業務を一元的に行う。
- 理学療法士 2名(常勤)
- 作業療法士 1名(常勤)
- 看護師 3名(内訳 常勤2名 非常勤1名)
- 介護職員 6名(常勤)(内訳 介護福祉士5名 介護士1名)

(2024/4/1 現在)

4. 営業日及び営業時間

事業所の営業日及び営業時間は次のとおりです。

- 営業日 月曜日から土曜日までとする。
但し、5月3日～5日、12月30日～1月3日は、休日とさせていただきます。
- 営業時間 午前8時00分から午後5時00分までとします。
サービス提供時間(6～7時間) 午前8時30分から午後3時30分とする。

5. 通常事業の実施地域

事業所の通常の実施地域は、福山市東部中心部、神辺町の区域とする。

6. 利用料その他の費用

- ・ 指定介護予防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によるものとします。現行では、介護保険料の一割が利用者負担です。
- ・ 上記利用料の他に食費 650円を実費として請求させていただきます。
- ・ おむつ代 紙おむつ 220円 リハビリパンツ 220円 尿とりパット 30円
- ・ 通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して送迎を行う場合は、路程1キロメートル当たり10円を実費として請求させていただきます。
- ・ 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又は、その家族に対して文書で説明した上で、支払いの同意する旨の文書に署名又は記名捺印を受けることとします。
- ・ 個別リハビリテーションについて
かかりつけ医の診療情報提供書が必要になります。尚、情報提供にかかる費用は、ご本人様のご負担となりますのでご了承下さい。

7. サービス利用にあたっての留意事項

- ・ サービス利用者は、サービス利用期間中は職員の指示に従い、みだりに病院内に立ち入らないようにしてください。
- ・ 施設内は全館禁煙となっております。
- ・ 当施設では、金銭及び貴重品の管理の責任は負いかねますので、必要以上の金銭及び貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。
- ・ 利用中止の連絡は、午前8時00分までに連絡してください。
- ・ 動きやすい服装で、歩きやすい靴を履いてきてください。
- ・ 初回時と毎月初めに健康保険証・老人医療受給者証・身体障害者手帳・介護保険証を忘れずにお持ち下さい。
- ・ お薬（昼食後）・着替え・タオル1～2枚・おむつやパットが必要な方はご持参ください。
- ・ 持ち物には必ず名前を書いておいてください。（例えば、靴、杖、衣類、下着類、タオル、靴など）
- ・ 食べ物の持ち込み、他利用者とのやりとりは禁止しています。（ご自分で食べるアメ等は可能）
- ・ 職員に対するお心付けは禁止しています。
- ・ 施設内の感染防止に努めるため、次のことをお守り下さい。
 - ① 感染症が疑われる場合、すみやかに受診し治療するまでは当施設のご利用はご遠慮下さい。
また家族の中で感染症を発症されている場合も自宅待機をお願いすることがあります。
(例、法定伝染病・インフルエンザ・コロナ・風邪・下痢嘔吐症など)
 - ② 他人に感染する恐れのある皮膚疾患の場合もすみやかに受診をお願いします。
病名がはっきりわかるまで通所リハビリテーションでの入浴をお断りする事があります。
また、疥癬と診断された場合は完治されるまで当施設のご利用は出来ません。
- ・ ご自宅にて車椅子を使用されている方で、当施設でも使用される場合は送迎の都合にもよりますが、ご自身の車椅子を持参して頂くことをお願いする場合があります。

8. 苦情の申し立て

苦情の申し立てに対しては、迅速に対応し、早期解決を図ります。なお、その内容に応じては、居宅介護支援事業所との連絡・調整を密にし、居宅介護支援事業者と協力して、苦情の処理・調整を行います。

9. その他運営に関する留意事項

① 秘密の保持について

業務上知り得た情報・秘密を利用者及びその家族の許可なく外部へ漏らすことはありません。

※ サービスをより質の高いものにするためには、介護支援専門員及び他の関係サービス機関に対して、様々な情報の提供が必要となることをご理解いただき、同意をお願い致します。

従業者は、業務上知り得た秘密を保持し、退職後も在職中に知り得た秘密を保持します。

個人情報に関する法令およびその他の規範においても遵守します。

② 契約について

利用者は、福山第一病院 通所リハビリテーションに対し申し出ることにより、何時でも本契約を解除することができます。

福山第一病院 通所リハビリテーションは、利用者との信頼関係を損壊する特段の事由が起きた場合、本契約を解除させていただくことがあります。

③ 契約の解除について

下記項目に記載されている行為・発言があった場合、背信行為と事業者が判断し、9-②契約に従い契約を解除する。

一 当事業所の従業員及び利用者に対し、セクシャルハラスメント・暴力・ならびにこれに準ずる行為・言動があった場合。

二 当事業所の従業員及び利用者に対し、不当な要求・誹謗・中傷・侮辱等の言動・行為があった場合。

三 当事業所の従業員及び利用者との協調性を著しく欠き、利用する事業所の風紀や秩序を乱したと判断した場合。

四 当事業所のサービスを提供するにあたり、不当な要求・言動・行為により、全利用者に公平なサービスの提供に著しく支障をきたす場合。

五 背信行為であると事業者が判断した時点で、文書にて通知勧告する。

尚、文書にて通知勧告した期日から改善が見られない時は、2週間で契約を解除する。

六 利用中に一ヶ月を越して長期入院をされる場合は一旦利用を終了させていただきます。

退院後再度利用される場合は、再契約となります。

利用中に要支援から要介護に変更となった場合は、再契約となります。

10. 要支援での利用に関する注意事項

① 利用回数に関して

要支援での介護予防通所リハビリテーションの利用回数を制限させていただきます。

要支援1での利用の場合、週に1回、月に4回までの利用

要支援2での利用の場合、週に2回、月に8回までの利用

月に利用回数の制限を超えることが想定される場合は利用をお休みする等して回数の調整をしていただきたいと思います。

② 個別リハビリ・入浴の実施回数

利用開始～6ヶ月まで 利用時毎回必要に応じて、提供させていただきます。

6ヶ月以降 個別リハビリの回数

要支援1の場合 月4回 ⇒ 月2回に変更となります。

要支援2の場合 月8回 ⇒ 月4回に変更となります。

※要支援1・2の中で、変更があった場合は、リハビリ回数は利用開始からとなります。

6ヶ月以降 入浴の回数

要支援1の場合 月4回 ⇒ なし、となります。

要支援2の場合 月8回 ⇒ 月4回に変更となります。

※要支援1・2の中で、変更があった場合も、6ヶ月以降の基準を適用します。

回数の制限をさせていただきますが、個別リハビリがない時は、代わりに在宅での生活が安心して、継続出来るように自主訓練を提供していきます。

入浴に関しては、在宅で動作や環境面など困っていることに対応していき、出来るだけ在宅で入れるように頑張っていきましょう。

その後は、3ヶ月ごとに評価して、在宅生活での動作の改善を目指して、利用して頂きたいと思います。

11. 利用料金案内 令和6年 6月1日より

① 基本料金	要支援1	2,268円/月
	要支援2	4,228円/月
② サービス提供体制強化加算 I 1 (I)	要支援1	88円/月
サービス提供体制強化加算 I 2 (I)	要支援2	176円/月
③ 科学的介護推進体制加算		40円/月
④ 予防通所リハ退院時共同指導加算		600単位/回
⑤ 自己負担		
	食費	650円/日
	おむつ	220円/1枚
	リハビリパンツ	220円/1枚
	尿とりパット	30円/1枚
⑥ 予防通所リハ処遇改善加算 I		86/1000 加算
⑦ 予防通所リハ 12月超減算 11	要支援1	-120 単位
⑧ 予防通所リハ 12月超減算 12	要支援2	-240 単位

行事費は、その都度お伝えしていきます。

月初め一回目ご利用料金 _____ 円 二回目～ _____ 円 + _____ 処遇改善加算

12. 利用料金のお支払い方法について

デイケアひまわりでは、利用料金のお支払いは原則、口座振替とさせていただきます。

• 口座振替の流れ

利用料金は一ヶ月毎の引き落としとさせていただきます。(銀行・郵貯・その他の機関)
(必要書類への記入、印鑑をお願いします。)

翌月、中頃に御利用者様、御家族様宛に請求書としてお届けします。
請求書内に引き落とし日も記載しております。

【例】

1月の利用分 ⇒ 2月中旬にお知らせ ⇒ 3月末(27日)に引き落とし

※27日が祝日・日曜の場合には、引き落とし日が変更となる場合があります。

引き落としの際、委託会社手数料として、毎月100円がかかりますことをご了承下さい。
(利用料と100円の引き落とし)

なお、不明な点がございましたら、担当スタッフにお聞きください。

医療法人叙叙会 福山第一病院 介護予防通所リハビリテーション利用同意書・誓約書

(ご家族様用)

医療法人叙叙会福山第一病院の通所リハビリテーションを利用するにあたり、福山第一病院 通所リハビリテーションについての説明書を受領し、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。

貴院の通所リハビリの利用を申し込みます。

貴院の通所リハビリを利用するにあたり、諸規則ならびに下記の事項を守ることを誓います。

記

1. 利用料その他費用については、遅滞なく支払います。
2. 通所リハビリの申し込み及び、取り消しは必ず前日までに連絡致します。
3. 病院内での金品に関する如何なる事態が生じても貴院へ迷惑をかけません。

以上

医療法人 叙叙会 福山第一病院 通所リハビリテーション ひまわり
施設長 池田 昌絵 殿

令和 年 月 日

通所リハビリテーション利用者

住 所 _____

氏 名 _____

通所リハビリ利用者保証人

保証人住所 _____

保証人氏名 _____

続柄

ご利用者様の個人情報保護方針

医療法人 叙叙会 福山第一病院 通所リハビリテーションひまわりは、利用者様に介護サービスを提供するにあたり、利用者様が安心して過ごしていただけるよう個人情報保護法に則り、以下のとおり利用者様の個人情報に関する方針を定め、個人情報保護に万全を尽くして参ります。

適用範囲

本方針では、通所リハビリテーションの介護サービスを行うにあたり利用者様の個人情報を対象としています。

個人情報の利用目的

利用者様から収集した個人情報は、以下の目的で利用します。

- 介護サービスを提供するため。
- 介護サービスを提供するために、他の事業所との連携、紹介のため。
- 介護保険等の事務を行うため。
- 利用者様の相談・問い合わせに応じるため。

個人情報の収集

医療法人 叙叙会 福山第一病院 通所リハビリテーションひまわりが介護サービスを提供する場合に、対面・書面・口頭にて利用者様の情報を収集します。また、他の事業所から情報を収集する場合があります。

個人情報の利用

収集した個人情報は、上記の利用目的の範囲内で利用します。

個人情報の第三者への提供

利用者様の介護サービスの提供を円滑・最適に行うために、サービス担当者会議等で必要に応じて、個人情報の一部または全部を提供することがあります。この場合利用者様の個人情報を用いる場合は利用者様の同意を、利用者様のご家族様の個人情報を用いる場合はご家族の同意を予め文書で頂いたうえで行います。当方針に定めた利用目的以外で、利用者様の同意を得ずに第三者に提供することはありません。

また、以下に示す項目のような場合には、利用者様への通知や同意を得ずに第三者に提供する事があります。

- 法令に基づく場合
- 本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益が侵害される場合
- 公衆衛生の向上または児童の健全な育成の推進に必要な場合
- 国の機関等への協力が必要な場合

個人情報の安全管理

医療法人 叙叙会 福山第一病院 通所リハビリテーションひまわりは個人情報の正確性および安全性を確保するために、適切な情報セキュリティ対策を実施し、個人情報を紛失・破壊・改ざん・漏洩・不正アクセスから保護し適性に管理します。

関連法令への遵守

医療法人 叙叙会 福山第一病院 通所リハビリテーションひまわりは、当サービスに適用される個人情報保護に関する法令および厚生労働省が定めた個人情報の適切な取り扱いのためのガイドラインなどを遵守します。

個人情報の開示・訂正・削除・利用停止

利用者様から個人情報の開示・訂正・削除の要求があった場合には、御本人の確認をさせていただいた後に対応させていただきます。

問い合わせ先

本方針に関するご意見やご要望といった相談に関する窓口として、下記を設置しています。

医療法人 叙叙会 福山第一病院 通所リハビリテーション ひまわり

電話・FAX：084-940-5270

平成18年 4月 1日

福山第一病院通所リハビリテーション ひまわり

苦情受付体制について

1. 苦情受付組織



2. 苦情申し出の方法

苦情については口頭または文章にてスタッフへ申し出てください。

(いずれの方法の場合でも基本的には苦情受付担当者がお話し合いを担当させていただきます)

3. 苦情受付担当者について

担当責任者

廣川 敏孝

佐々木 知子

苦情受付時間

平日 8:30～17:00

受付場所

通所リハビリテーションひまわり

084-940-5270

[業務の為不在の場合もありますのでご了承ください]

4. 問い合わせ

ご不明な点はスタッフまでお問い合わせください

高齢者虐待防止に関する事項について

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備（上記、苦情受付体制に準ずる）
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

事業所は、サービス提供中に事業者従業者又は家族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、速やかに居宅サービス計画者と連携し対応していきます。

担当責任者

廣川 敏孝 ・ 佐々木 知子

苦情受付時間

平日 8:30～17:00

受付場所

通所リハビリテーションひまわり

デイケアご利用日の当院外来受診について

① 《定期受診について》

受診がある場合、送迎は片道のみとなります。

(デイケア利用前か、終了時に家族送迎をお願い致します。)

朝の受診後に入浴をご希望される場合は必ず 11 時までにデイケアにお越しください。(体調不良及びケガなどで受診された場合は、診察の際に医師に入浴可能かどうかの確認をしてください)

※ 介護保険制度で介護保険と医療保険は同時に利用できないことが定められていますので、定期受診などもデイケア利用前か利用終了後に受診をお願い致します。但し、緊急性を要する場合(利用中のケガや急病など)は、その限りではありません。

※ デイケア利用後に定期受診される時は、申し訳ありませんがデイケア 6 階までのお迎えを 15:30 頃までをお願いいたします。(また、受診時間の都合などで難しい場合には、スタッフまで相談をお願いいたします。)

② 《緊急時の体調不良での受診について》

・朝の送迎時に、体調不良などを確認させて頂きますが、もし利用中に体調不良となった場合は、原則、ご家族様に連絡してお来し頂き、ご家族様付添いの元、受診の運びとなります。

③ 《デイケア利用中に怪我をされた時の受診・対応について》

・ご家族に怪我などの状況を報告させて頂き、受診への付き添いが可能であれば、お願いいたします。緊急性を要することもありますので、デイケアスタッフが受診に付き添います。

ご不明な点がございましたら、デイケア職員へお尋ね下さい。宜しくお願い致します。

デイケアひまわり ご利用時に持ってくる物

①連絡帳袋

- ・連絡帳（ご家族様から連絡事項があればご記入下さい）
- ・昼食後のお薬（昼食時に飲まれる分だけ入れて下さい）
- ・入浴後に塗布するお薬（必要な方のみ）

②入浴グッズ（入浴利用の方のみ）

- ・着替え（着替えを行う方のみ）
- ・頭、顔を拭くタオル一枚
- ・紙パンツ等予備（必要な方のみ）

③食事用エプロン（必要な方のみ）

④座布団や姿勢保持のためのクッション（必要な方のみ）

- ・座布団1人1枚は、ひまわりで準備しています。

※ひまわりの入浴は、個浴ではありません。

傷などがある場合、状態を確認しシャワー浴で対応させて頂くこともあります。

※ひまわりでは、常時横になって過ごすことは環境上難しいです。申し訳ありません

が、長時間座って過ごすことが難しい方には、リハビリベッドが空いている時に少し横になることは可能です。またリクライニング車椅子などで対応しています。

出来るだけ座って過ごす体力を付けて頂きたいと思っております。体力の向上や自分で動けることを目標に一緒に維持・向上を目指していきたいと思っておりますので、よろし

くお願いいたします。