

1 サービスの相談窓口

2021年4月1日

電話番号	083-925-1103
窓口担当者	橋岡 緑

2 通所リハビリ事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	医療法人 丘 病院	サービス提供地域
所在地	山口市中河原町2番14号	
事業者指定番号	第3510311420	
		旧山口市地域

3 事業所の職員体制

職 員 体 制		
医 師	理学・作業療法士	介 護 福 祉 士
社 会 福 祉 士	看 護 職 員	管 理 栄 養 士

4 サービス提供の時間帯と定員

月曜日～土曜日	午前8時30分～午後5時30分	実施時間	午前9時～午後4時
営業しない日	日曜日・祝日・盆・年末年始	定員	20名

5 通所リハビリ事業の目的

医師・看護師・理学療法士・管理栄養士などが要介護状態にある高齢者に対し、適正な通所リハビリサービスを提供することを目的とする。

6 丘病院 通所リハビリの運営方針

要介護者の心身の状況に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス、及び福祉サービスを利用できるように配慮し、要介護者が可能な限り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支援を行う。
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、総合的かつ効率的なサービスの提供に努めるものとする。

7 利 用 料 金 (利用者の自己負担額 1回につき)

単位 (円)

サービス内容	(6-7時間)	(5-6時間)	(4-5時間)	(1-2時間)
要介護 1	710	618	549	366
要介護 2	844	733	637	395
要介護 3	974	846	725	426
要介護 4	1,129	980	838	455
要介護 5	1,281	1,112	950	487
	(6-7時間)	(5-6時間)	(4-5時間)	(3-4時間)
リハビリテーション提供体制加算	24	20	16	12
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18			
短期集中個別リハ実施加算	入浴介助加算Ⅰ	入浴介助加算Ⅱ	通所リハマネジメント加算BⅠ	
110	40	60	830/月	510/月
	3月以内		6月以内	7月以降
介護職員処遇改善加算Ⅰ	認知症短期集中リハ加算Ⅱ		食 事 代	650円/回
対象額の4.7%	1,920/月 (3月以内)			
介護職員等特定処遇改善加算				
対象額の2.0%				

介護保険自己負担以外にかかる経費

病院備品のおむつをご利用された場合は、実費負担が必要です。

8 介護保険給付費及び利用者の自己負担

介護保険給付費の自己負担額は、介護保険の「負担割合証」に記載されている自己負担割合に基づき計算された金額となります。(例えば、自己負担割合が2割の場合の自己負担額は、1割の場合の概ね2倍の金額に、3割の場合は概ね3倍の金額になります。)

9 交 通 費

旧山口市中心部・宮野・大歳・吉敷・大内・仁保・小鯖・平川地域以外の方は交通費の実費、もしくは中山間地域加算(所定単位の5%)が必要となります。

10 キャンセル料

サービス開始、24時間前までに連絡をされた場合、料金はかかりません。
24時間前以降のキャンセルには、利用者負担料金を頂く場合があります。

11 緊急時における対応方法

通所リハビリを実施中に、利用者の病状の急変、そのほか緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡し、応急処置を講ずるとともに、ご家族等に報告いたします。

12 怪我・病気等の受診

緊急時を除き、通所リハビリ実施中に、医療機関を受診することは出来ません。
他の日に受診されるか、通所リハビリ終了後の受診となります。送迎は出来ません。

13 利用者が留意すべき事項

院内での酒類の摂取、酒酔い者の利用はお断りします。
サービス利用中、及び送迎中は、病院のきまりや医師、看護師、職員の指示を守って頂くようお願いいたします。
万一、守って頂けなく、療養上に支障が生じる場合は、退出して頂くこともあります。

14 サービス内容に関する苦情の連絡先

医療法人 丘 病院	083-925-1100	橋岡 緑
受付けられた苦情は、インシデント・レポートで、病院安全管理委員会に報告されます。		
山口市介護保険課	083-934-2795	
国保団体連合会	083-925-2003	

15 事故発生時の対応

当院の行う、介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合はすみやかに、後見人・家族・身元引受人等関係者に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
当事業所は、東京海上火災居宅介護事業者賠償責任保険に加入しています。

16 非常災害時の対策は、消防法の定めに基づき作成した施設の「消防計画」によります。

_____年 月 日

通所リハビリサービスの開始にあたり、利用者に対して、本書面に基づいて重要事項を説明しました。

「サービス事業者」	住 所	山口市河原町2番14号
	名 称	医療法人 丘 病院
	代表者名	理事長 丘 茂樹
	指定番号	第3510311420
「説明者」	所 属	医療法人 丘 病院
	氏 名	_____ 印

私は、本書面により、サービス事業者から通所リハビリサービスについての重要事項の説明を受けました。

又、利用者及びその家族の個人情報について、介護サービス計画の作成等の目的のあるいはサービス担当者会議、又は事例検討会(この場合、個人情報を特定できない内容にして提供します)などに限定して、介護保険の支援・サービス等の関係者が、情報を用いることに同意します。

「利用者」	住 所	_____
	氏 名	_____
「利用者代理人」 (選任した場合)	住 所	_____
	氏 名	_____
続柄 ()		

*本書面上の介護保険の点数や金額は、法の改正等により変動することがあります。