

村上記念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
重要事項説明書
 <令和7年11月1日現在>

1. 事業の運営方針

事業者は、利用者に対し介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じ可能な限り居宅において自立した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、利用者の心身機能の維持改善を図ります。

2. 施設運営法人

名称・法人種別	医療法人 杏林会
代 表 者	理事長 菊池 仁志
所 在 地	大分県中津市諸町 1799 番地
連 絡 先	TEL：0979-23-3333 FAX：0979-24-5345
H P	http://www.kyorinkai.net/
設立年月日	昭和 32 年 3 月 25 日

3. 事業所の概要

事業所の種類	指定通所リハビリテーション事業 指定介護予防通所リハビリテーション事業 大分県 4470300239 号
事業所の名称	村上記念病院通所リハビリテーションエルダーカマー
事業所の所在地	大分県中津市諸町 1799 番地
連 絡 先	TEL:0979-22-2150 FAX：0979-23-2170
管 理 者	中山 吉福
介護保険施設部長	村上 周平（法令遵守担当者）
開設年月日	平成 12 年 4 月 1 日
営 業 日 時	月曜日から土曜日 8：30～17：00（サービス提供時間 9：00～16：00）
定 休 日	日曜日、8 月 15 日、12 月 30 日～1 月 3 日
通常のサービス提供 区域	中津市、豊前市、吉富町、上毛町の一部
定 員	6-7 時間利用：40 名 / 1-2 時間利用：AM 10 名 ・ PM 10 名
送 迎 車	第一交通自動車株式会社へ業務委託

3 従業者の職種、員数

医師	常勤 1 名
理学療法士	常勤 4 名
作業療法士	常勤 1 名
看護職員	常勤 1 名、非常勤 2 名
介護職員	常勤 8 名、非常勤 2 名（うち介護福祉士 7 名）
事務職員	非常勤 1 名
送迎職員	非常勤 3 名

4. 提供サービスの内容

健康チェック	医師による健康チェックを行い、必要に応じ適切な指示が受けられます。
リハビリテーション	それぞれの利用者に応じたリハビリテーションプログラムを作成し、適切な治療・訓練を受けることができます。
個別リハビリ	厚生労働大臣の定める生活機能等の改善が見込まれる状態等にある利用者に対し、医師、作業療法士、理学療法士、看護師、介護職員により、

	リハビリテーション実施計画書を作成し、利用者の同意確認のうえ、個別的にリハビリテーションを行い、身体機能の維持・改善を図ります。
食 事	管理栄養士による、それぞれの利用者に応じたバランスのとれた昼食を用意します。
入 浴	身体の不自由な方でも安心して入浴できるように、特殊入浴装置を設置しています。
送 迎	第一交通と提携し、プロの運転手と当事業所スタッフにより、利用者宅の玄関から当事業所の玄関まで送迎を行います。

5. 利用料金と支払い方法

1) 1日の利用料金

※料金表は、1割の場合です。2割の方は2倍、3割の方は3倍の料金になります。

[介護予防通所リハビリテーション費]

介護度	自己負担額
要支援1	2268 円
要支援2	4228 円

* 送迎・入浴費用は基本料金に含まれています。

○サービス提供加算

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

要支援 1:72 円/月 要支援 2:144 円/月

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

介護予防サービス利用料合計の8.6%

科学的介護推進体制加算

40 円/月

退院時共同指導加算

600 円/回

[通所リハビリテーション費]

通常規模型事業所

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1～2時間	369 円	398 円	429 円	458 円	491 円
2～3時間	383 円	439 円	498 円	555 円	612 円
3～4時間	486 円	565 円	643 円	743 円	842 円
4～5時間	553 円	642 円	730 円	844 円	957 円
5～6時間	622 円	738 円	852 円	987 円	1120 円
6～7時間	715 円	850 円	981 円	1137 円	1290 円

* 送迎費用は、基本料金に含まれています。

○サービス提供加算

短期集中リハビリテーション実施加算(退院・退所後または認定日から3ヶ月以内)

110 円/日

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

18 円/1 回

入浴介助加算

(Ⅰ)40 円/日(Ⅱ)60 円/日

リハビリテーションマネジメント加算(ロ)

6ヶ月以内:593 円/月・6ヶ月超:273 円/月

医師によるリハビリ計画の利用者・家族への説明と同意

270 円/月

理学療法士等体制強化加算

30 円/1 回

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

介護サービス利用料合計の8.6%

科学的介護推進体制加算

40 円/月

退院時共同指導加算

600 円/回

サービス提供時間	
3～4時間	12 円/日
4～5時間	16 円/日
5～6時間	20 円/日
6～7時間	24 円/日

※サービス内容等が変更になる場合は、新たな内容の契約書別紙を作成します。

2) 介護保険給付対象とならないサービス

次のサービスは、介護保険給付サービス外で全額利用者の負担となります。

- ① 昼食（おやつ代含む）食材料費は、食費として1食 590 円（当日 10：30 申込締切）です。

食品衛生上、持込はご遠慮下さい。

- ② おむつ代 実費（Mサイズ：198 円/枚 Lサイズ：220 円/枚 尿取りパット：40 円/枚）

3) サービス利用料金のお支払い方法

月末精算し、翌月 20 日に大銀コンピューターサービスへの口座振替となります。その際の手料は当事業所が負担いたします。

6. 継続的にサービス提供する為の感染症や災害発生時の対策

1. 事業所には、火災通報装置、自動火災報知機、消火器等を消防法に基づいて設置しています。
2. 防災責任者を置き、年 2 回以上の防災訓練を実施します。
3. 非常災害発生時には、非常災害に関する具体的計画に基づき誘導等を行います。
4. 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備を行っています。

7. 相談・苦情等の対応

当事業所では、利用者及びその家族からの相談・苦情・高齢者虐待等に対応する窓口を設け、担当者が迅速かつ適切に対応します。利用者及びその家族は、提供されたサービス内容に相談、苦情等がある場合は、事業所意外に居住地の市町村、各県国民健康保険団体連合会等に申し立てを行うことができます。（下記参照）

また利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催・指針整備・研修実施・担当者を定め、運営しております。

（当事業所の相談・苦情・高齢者虐待防止担当者）

担当： 久保 敏子 0979-22-2150

中津市役所	電話 0979-22-1111	豊前市役所	電話 0979-82-1111
上毛町役場	電話 0979-72-3111	吉富町役場	電話 0979-24-1122
大分県国民健康保険団体連合会		電話 097-534-8470	
福岡県介護保険広域連合		電話 092-643-7055	

8. 事業所内、送迎時での突発的事故又は病状急変時の対応

ご利用中や、送迎時の緊急時には、事故内容、病状等に応じ、村上記念病院、必要機関と連携をとり、受診対応を図っていきます。

9. サービス利用に当たっての留意事項

- 1) 利用者は、利用申込に際して、介護保険証及び健康保険証を提示し、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の期間等を明示してください。また、利用者は、利用契約に際し、事業所が用意する「重要事項説明書」に基づいて説明を受け、同意確認を行った上で署名捺印のうえ事業所に提出してください。

なお、利用者は、当該サービスの利用の際には必ず成年者で独立の生計を営む者を身元引受人兼連帯保証人としてください。

- 2) 利用者は、当該施設が作成したリハビリテーション計画書に基づいたスケジュールを励行し、集団生活の秩序を保ち、利用者相互の親睦に努めてください。
- 3) 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生

じた場合、弁償していただく場合があります。

4) 利用者は、事業所内で次の行為をしてはなりません。場合により契約を解除する事もございます。

一. 宗教や信条の相違等で他人を攻撃したり、自己の利益のために他人の自由を侵したりする場合。

二. 暴力行為、暴言、口論、泥酔等で他の利用者に迷惑を及ぼすような行動をとる場合。

三. 事業所の秩序、風紀等を乱し、安全衛生等を害する場合。

四. 社会通念を超えた苦情やハラスメント行為等により、健全な信頼関係の構築が困難であると判断した場合。

五. 事業所の許可なく、喫煙をする場合。

六. 他の利用者の利用に関する秘密やプライバシー等を漏らす場合。

七. 事業所の許可なく、飲食物を持ち込む場合。

上記各項に規定する事項は、利用者の家族及び来訪者にも適応します。

5) 以下の物品は持ち込むことができません。

○炎のするもの（ライター、マッチ等）

○ペット等の動物類

○多額の現金、高価な貴金属、証券類

○危険物（火薬類・石油類・劇薬・必要以上の薬等）

○刃物及び銃器またはそれに類するもの

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

【事 業 者】

住 所
事業者名

大分県中津市諸町1799番地

村上記念病院通所リハビリテーションエルダーカマー

理 事 長 菊 池 仁 志 印

説 明 者 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

【利 用 者】 住 所

氏 名 _____ 印

〈代筆者〉 _____ 印

【代 理 人】

住 所

氏 名 _____ 印

続 柄 （ ）