

訪問リハビリテーション 重要事項説明書

医療法人幸生会 琵琶湖中央リハビリテーション病院

訪問リハビリテーション

医療法人幸生会 琵琶湖中央リハビリテーション病院

訪問リハビリテーション

重要事項説明書

利用者(またその家族)に対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、介護保険法関係法令に基づいて当事業者がご説明すべき事項は次の通りです。

1. 事業者

法人名 : 医療法人 幸生会
所在地 : 滋賀県大津市御殿浜 22-33
電話番号 : 077-526-2131
代表者 : 理事長 坂口 昇
設立年月日 : 平成 8 年 7 月 24 日

2. 事業所の概要

事業所名 : 医療法人幸生会 琵琶湖中央リハビリテーション病院
種類 : 指定訪問リハビリテーション
事業所番号 : 指定大津市 2510104546 号
所在地 : 滋賀県大津市御殿浜 22-33
電話番号 : 077-525-6683
管理者 : 坂口 昇

3. 事業所の目的

事業所は介護保険法令の趣旨に従い、適正な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の医師または理学療法士、作業療法士等のスタッフが、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを中心としたサービスを行うことにより、利用者が持っている能力に応じて、自立した日常生活を営むことが出来るように、可能な限りの心身機能の維持・回復を図ることを目的とする。

4. 事業所の運営方針

- (1) 訪問リハビリテーションの提供に当たっては、要介護者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅生活が継続できるように支援します。
- (2) 事業の実施に当たっては、市町村、地域包括支援センター、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者との綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

- (3)「大津市介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成 25 年 3 月 22 日大津市条例第 15 号)」、「大津市介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例(平成 25 年 3 月 22 日大津市条例第 16 号)」の規定を遵守します。

5. 提供するサービス内容

- (1) リハビリテーション計画書等の作成
- (2) 健康状態の観察
- (3) 医師の指示に基づいたリハビリテーション
- (4) 環境調整のアドバイス
- (5) ご家族への介助支援・相談

6. 営業日及び営業時間

営業日 : 月曜日～土曜日 (年末年始を除く)
営業時間 : 8:30～17:15

7. 職員体制

当事業所では、利用者に対して訪問リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。注)すべて常勤兼務

職種	員数
管理者	1 名
訪問リハビリテーション専任医	1 名
管理代行者(セラピスト兼務)	1 名
セラピスト(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)	1 名以上

8. サービス利用料金および利用者負担金

訪問リハビリテーション等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する。また、当該訪問リハビリテーション等が法定代理受領サービスであるときは、利用者の介護保険負担割合証に記載された割合の額とする。交通費はサービス提供地域内・外に関わらず無料とする。 ※サービス利用料金料表参照

9. 利用料金のお支払方法

利用料金、費用はサービス利用月ごとにお支払ください。料金は 1 ヶ月払いとし、月末に〆まして、翌月の上旬頃から請求書をお渡しさせていただきます。支払は、下記のいずれかの方法でお願いします。

- (1) 銀行口座(ゆうちょ銀行含む)からの自動引き落とし
- (2) お振込み
- (3) 現金払い

10. 訪問リハビリテーションのサービス提供地域

大津市の以下の地域となります。一部地域については要相談

比叡・比叡第二・中・中第二・膳所・晴嵐・南・南第二・瀬田・瀬田第二包括エリア

11. サービスの利用のキャンセル

利用者は期日前において、訪問リハビリテーションのキャンセルすることができます。この場合には利用者は、事前に担当の居宅介護支援事業者に連絡し、サービス実施までに事業者に出ることとします。

12. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 利用者は、訪問リハビリテーションの利用にあたって、医師の診断書や日常生活上の注意すべき事項、利用当日の健康状態等を本事業所のスタッフに連絡し、心身の状況に合わせた利用を心掛けて下さい。

13. 緊急時等における対応方法

訪問リハビリテーション等を提供中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、必要に応じた臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じ、管理者に報告する。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置をとらせていただきます。

14. 事故発生時の対応

利用者に対する訪問リハビリテーション等の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行い必要な措置をとるとともに、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わせていただきます

15. 苦情に対する対応方針

① 当事業所における受付

・訪問リハビリテーション相談窓口 電話番号 :077-525-6683

受付時間 :毎週月曜日～金曜日 9時～17時(祝日・年末年始を除く)

・事務部相談窓口 電話番号 :077-526-2131

受付時間 :毎週月曜日～土曜日 9時～17時(祝日・年末年始を除く)

② 行政機関その他苦情相談受付機関

・大津市介護保険課(大津市役所内)

住所 :大津市御陵町 3-1 電話番号 :077-528-2753

・滋賀県国民健康保険団体連合会

住所 :大津市中央 4-5-9 電話番号 :077-522-2651

16. 個人情報保護について

① 事業者及びサービス従事者は、訪問リハビリサービス提供するうえで知り得た利用者又は家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。

② 前項に定める秘密保持の義務は、従業者でなくなった後においても、その効力を有することを雇用契約とします。

③ 事業所が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業所でのサービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については、あらかじめ文書により同意をえるものとし、

17. 非常災害対策

事業者は、非常災害の発生の際にその事業が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携及び協力を行う体制を構築するよう努めます。

18. 人権擁護・虐待防止

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、事業所の従業者に対し、研修の機会を確保します。身体拘束は原則禁止とする。利用者の生命または身体を保護するためなど緊急をやむを得ない場合は、その目的、理由、時間、内容を記録、利用者または家族に説明・同意をえるものとし、

19. 暴力団排除

事業所は以下大津市の基準条例に規定する独自基準を遵守します。

① 事業を運営する当該法人の役員及び事業所の管理その他の従業者は、暴力団員ではあってはならない。

② 事業所は、その運営について、暴力団の支配を受けてはならない。

サービス利用料金および利用者負担金

※1 単位 10.55 円で算定(金額はおおよその目安となります)

1. 訪問リハビリテーション費 : 308 単位/回(1 回 20 分)
利用者負担額: 1 割負担 325 円/ 2 割負担 650 円/ 3 割負担 975 円

2. 短期集中リハビリテーション実施加算 : 200 単位/日
利用者負担額: 1 割負担 211 円/ 2 割負担 422 円/ 3 割負担 633 円
※ 退院(所)日又は認定日から起算して 3 ヶ月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合(1 週につきおおむね 2 日以上、1 日あたり 20 分以上実施)に加算します。

3. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 : 240 単位/日
利用者負担額: 1 割負担 253 円/ 2 割負担 506 円/ 3 割負担 760 円
※ 医師が認知症と判断し、改善が見込まれる方に対して、退院(所)日又は訪問開始日から 3 か月以内の期間で、1 週に 2 日を限度として加算します。

4. サービス提供体制強化加算 I : 6 単位/回(1 回 20 分)
利用者負担額: 1 割負担 6 円/ 2 割負担 12 円/ 3 割負担 19 円
※ 厚生労働大臣の定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。(事業所に従事するセラピストのうち勤続7年以上の者が1人以上)

5. 移行支援加算 : 17 単位/日
利用者負担額: 1 割負担 18 円/ 2 割負担 36 円/ 3 割負担 54 円
※ 事業所者がリハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等の移行等させた者が一定の割合を占めた場合に算定します。

6. 退院時共同指導加算 : 600 単位/初回 1 回限り
利用者負担額: 1 割負担 633 円/ 2 割負担 1266 円/ 3 割負担 1899 円
※退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、1 回に限り加算する

7. リハビリテーションマネジメント加算(イ) : 180 単位/月
利用者負担額: 1 割負担 190 円/ 2 割負担 380 円/ 3 割負担 570 円
※ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種のものが、リハビリテーション会議等共同で計画の作成からサービス提供とその評価を行うことなどにより、継続的に訪問リハビリテーションの質を管理した場合に算定します。

8. リハビリテーションマネジメント加算(ロ) : 213 単位/月
利用者負担額: 1 割負担 225 円/ 2 割負担 449 円/ 3 割負担 674 円
※ リハビリテーションマネジメント加算(イ)の要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画の内容等の情報を厚生労働省に提出、当該情報をその他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定します。
9. 上記リハビリテーションマネジメント加算(イ)・(ロ)に加えて、医師が利用者又は家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 : 270 単位/月
利用者負担額: 1 割負担 285 円/ 2 割負担 570 円/ 3 割負担 855 円
10. 介護職員等処遇改善加算 : 所定単位数の 100 分の 1.5 に相当する単位数を加算
利用者負担額: 基本サービス費に各種加算減算を加えた 1 月あたりの総単位数(所定単位数)の 100 分の 1.5 に相当する単位数を算定します。
※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。

私、職員(氏名)は、
本書面に基づいて重要事項の説明を致しましたことを確認いたします。

私は、本書面に基づいて上記職員より重要事項の説明を受けた事を確認します。

年 月 日

ご利用者 : 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 : 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____