

重要事項説明書

1. 事業所の概要

| | |
|-------------|--|
| 事業所名 | 河北中央病院 訪問リハビリテーション つばさ |
| 所在地 | 石川県河北郡津幡町口 51 番地 2 |
| 提供サービス | 訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション |
| 事業者番号 | 1711410165 |
| 管理者 | 院長 川口 和紀 |
| 士長 氏名および連絡先 | 小森 康子 TEL 076-289-2117 FAX 076-289-5462 |
| サービス提供地域 | 津幡町 金沢市 かほく市 内灘町 |

2. 運営の方針

事業所の従業者は、要介護者等の心身機能の回復または維持を図り、日常生活上の自立を助けることを目的とした理学療法等その他必要なリハビリテーションを行います。

3. 営業日およびサービス提供時間

| | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| 営業日および営業時間 ・サービス提供時間 月曜日 ～ 金曜日 | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 |
| 営業しない日 | 土曜・日曜日・国民の休日・年末年始（12月29日～1月3日） |

4. 事業所の職員体制および勤務体制

| 職 種 | 資 格 | 常 勤 | 業務内容 |
|---------|-------|-----|-------|
| 管理者 | 医 師 | 1 名 | 医療・管理 |
| 機能訓練指導員 | 理学療法士 | 1 名 | 機能訓練 |
| | 作業療法士 | 1 名 | 機能訓練 |

5. サービスの内容

訪問リハビリテーションまたは介護予防訪問リハビリテーションは、退院後の生活に不安がある方や在宅での生活で困っている方などに、リハビリテーションの目標を設定し在宅生活での安定化に向けて療法士が支援を行います。

6. 利用料

利用者負担金は原則として介護保険の給付対象となります。

<要介護>

| | | 単位数 | 利用料金 1 割 | 利用料金 2 割 | 利用料金 3 割 |
|---|-----|--------|----------|----------|----------|
| 訪問リハビリテーション費 20 分 | 1 回 | 308 単位 | 308 円 | 616 円 | 924 円 |
| (医師診察行わなかった場合) | 1 回 | -50 単位 | -50 円 | -100 円 | -150 円 |
| (同一建物内の場合 20 人以上) | 1 回 | 276 単位 | 276 円 | 552 円 | 828 円 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 (退院日または認定日から 3 月以内) | 1 日 | 200 単位 | 200 円 | 400 円 | 600 円 |
| 認知症短期集中リハビリテーション 実施加算(開始日から3か月以内・ 2日/週を限度とする) | 1日 | 240単位 | 240円 | 480円 | 720円 |
| リハビリテーションマネジメント加算イ | 1 月 | 180 単位 | 180 円 | 360 円 | 540 円 |
| リハビリテーションマネジメント加算ロ | 1 月 | 213 単位 | 213 円 | 426 円 | 639 円 |
| 医師が計画書を説明した場合、リハビリテ ーションマネジメント加算イ・ロに加算 | 1月 | 270単位 | 270円 | 540円 | 810円 |
| 口腔連携強化加算 | 1 月 | 50 単位 | 50 円 | 100 円 | 150 円 |
| 退院時共同指導加算 | 1 度 | 600 単位 | 600 円 | 1200 円 | 1800 円 |
| 移行支援加算 | 1 日 | 17 単位 | 17 円 | 34 円 | 51 円 |
| サービス提供体制加算 I | 1 回 | 6 単位 | 6 円 | 12 円 | 18 円 |
| サービス提供体制加算 II | 1 回 | 3 単位 | 3 円 | 6 円 | 9 円 |

<要支援>

| | | 単位数 | 利用料金 1 割 | 利用料金 2 割 | 利用料金 3 割 |
|-------------------|-----|------------------|----------|----------|----------|
| 介護予防訪問リハビリテーション費 | 1 回 | 298 単位 | 298 円 | 596 円 | 894 円 |
| (医師の診察を行わなかった場合) | 1 回 | -50 単位 | -50 円 | -100 円 | -150 円 |
| (同一建物内の場合 20 人以上) | 1 回 | 所定単位数 の 10%減算 | 総額の-10% | 総額の-10% | 総額の-10% |
| 利用開始月から 12 月以降 | 1 回 | -30 単位 | -30 円 | -60 円 | -90 円 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | 1 回 | 200 単位 | 200 円 | 400 円 | 600 円 |
| 口腔連携強化加算 | 1 月 | 50 単位 | 50 円 | 100 円 | 150 円 |
| 退院時共同指導加算 | 1 度 | 600 単位 | 600 円 | 1200 円 | 1800 円 |
| サービス提供体制加算 I | 1 回 | 6 単位 | 6 円 | 12 円 | 18 円 |
| サービス提供体制加算 II | 1 回 | 3 単位 | 3 円 | 6 円 | 9 円 |

7. 支払いについて

- ・毎月 10 日以降に前月分の請求書を担当者が訪問時にお持ち致しますので、25 日までにお支払い下さい。
- ・お支払い方法は、病院会計窓口（現金またはクレジット）又は銀行振り込みでのお支払いとなります。

8. キャンセル・変更について

- ・利用者が現在受けているサービスを利用・変更したい場合は、すみやかに第1項の連絡先までご連絡ください。
- ・利用者の都合でサービスを中止・変更する場合には、サービス利用の前日までにご連絡ください。なお、連絡なく当日訪問しご自宅に不在の場合はキャンセル料を請求させていただきます。(キャンセル料：一律2000円)

※ 悪天候(台風、積雪等)のため、やむを得ずサービスを中止することがあります。その際は、前日または当日の営業時間前に連絡いたします。振替日等をご相談ください。

9. 緊急時およびの対応

- ・訪問リハビリテーション利用中に利用者の急変やその他緊急事態(転倒など)が生じた場合は、臨機応変に応急処置を行なうとともに、速やかに主治医または当直医に報告し適切な処置を行ないます。
- ・同時にご家族、ケアマネジャーに報告します。

10. 事故発生への対応について

- ・サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに対応し、必要な措置を行ないます。
- ・重大な事故や事態が発生した場合は、県、市町村に報告を行います。
- ・同時にご家族、ケアマネジャーに報告します。

11. 災害時の対応について

- ・事業所は災害対策に関する担当者を置き、災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者

理学療法士長 小森 康子

- ・災害に関する具体的計画を立て、災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。
- ・定期的に、避難・救出その他の必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：年2回 6月 12月

12. 虐待防止について

- ・事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生またはその発生を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者

理学療法士長 小森 康子

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業員または擁護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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、これを市町村に通報します。

介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日

説明者

上記内容の説明を受け、了解しました。

利用者

住 所

氏 名

代理人

住 所

氏 名

利用者家族

住 所

氏 名

(利用者との関係)