

訪問リハビリテーション重要事項説明書

この訪問リハビリテーション重要事項説明書は、利用者が介護保険の訪問リハビリテーションサービスを受けられるに際し、あらかじめ利用者やそのご家族に対し、当事業所の運営規程の概要や訪問リハビリテーション従事者などの勤務体制、その他利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。利用者にこの文書を交付してご説明申し上げることは、事業者の義務として法令上規定されております。(令和6年6月施行)

1. 当事業所が提供するサービスについてのご相談窓口

電話番号：0285-45-8225（内線 504）

担当者：訪問リハビリテーション 責任者 山越薫子 * ご不明な点は何でもおたずねください。

2. 当事業所の概要

(1) 事業法人

法人名：医療法人 光風会

所在地：栃木県小山市乙女795

代表者名：理事長 須田 誠

代表番号：0285(45)7711 FAX 0285(45)8585

実施サービス：光南病院・透析センター・通所リハビリテーション・介護老人保健施設・短期入所療養介護・居宅介護支援・訪問看護・訪問介護・通所介護

(2) 当事業所

事業所名：介護老人保健施設晃南（事業所番号：0950880054）

所在地：栃木県小山市乙女795

電話番号：0285(45)8225 / FAX 0285(45)8291

サービスを提供する地域：小山市・野木町

(3) 当事業所の目的と運営の方針

事業の目的

訪問リハビリテーションは、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、訪問リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。

運営の方針

①当施設では、通院が困難な利用者に対して計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づいた訪問リハビリテーションを行い、利用者の心身機能と日常生活動作の維持回復を図る。

②当施設では、介護保険施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携を図り、利用者が地域において総合的サービス提供を受けることができるよう努める。

③サービス提供にあたっては、親切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。

④高齢者虐待防止を推進するため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定め、虐待の発生又はその再発を防止するよう努める。

(4) 当事業所の職員勤務体制（職種・員数）

管理者：小井田時廣

医師：佐藤勝子

リハビリテーションスタッフ：理学療法士1名 作業療法士1名 言語聴覚士1名

(5) 従業者の業務内容

職 種	業 務 内 容
管理者	従業者の管理、業務の実施状況把握、その他の管理を一元的に行います。当事業所の従事者に、厚生省令で定められた訪問リハビリテーションの人員基準および運営に関する基準を遵守させるために、必要な指揮命令を行います。

医師	リハビリテーション計画の作成に係る診療を行う。
リハビリテーションサービス提供者	計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が共同して、具体的なサービスの内容などを記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、サービスの提供を実施いたします。

(6) 営業日および営業時間

営業日：下記の休業日を除く月曜日～土曜日

営業時間：午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分

休業日：12 月 30 日から 1 月 3 日

3. 事故発生時の対応

サービス提供中に利用者の容態に変化などがあった場合は、事前の打ち合わせに従って主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者などへ連絡いたします。

4. 苦情処理体制の概要

利用者からの相談又は苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置き対処いたします。

また、担当者が不在のときは、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに担当者に必ず引き継ぎます。
(苦情相談担当者 山越薫子)

5. 個人情報保護について

理学療法士等の従業者は、業務上知り得た利用者又は扶養者もしくはその家族等に関する情報を、正当な理由無く第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、利用者及び扶養者から、予め同意を得た上で行なうこととします。

①介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。

②介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

6. 利用料金

(1) 利用者負担金

- ・利用者からいただくご利用者負担金は、介護保険の法定利用料にもとづく金額であり、介護保険負担割合により、基本料金の 1 割から 3 割です。1 単位＝10.17 円として計算します。1 回＝20 分となります。

- ・サービス提供体制強化加算 加算Ⅰ 6 単位 (1 回につき)

- ・訪問リハビリテーション費 308 単位 (1 回につき)

- ・短期集中リハビリテーション実施加算 (上記料金に加算となる費用)

病院や施設から退院、退所した日または、認定日から起算して

3 月以内の期間 200 単位 (1 日につき)

- ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算

3 月以内の期間 240 単位 (1 日につき)

- ・リハビリテーションマネジメント加算 加算(イ) 180 単位 (1 月につき)

加算(ロ) 213 単位 (1 月につき)

医師が説明し同意を得る 270 単位 (1 月につき)

- ・移行支援加算 17 単位 (1 日につき)

- ・退院時共同指導加算 600 単位 (退院時 1 回限り)

- ・口腔連携強化加算 50 単位 (1 月に 1 回)

- ・ご利用の回数等のご利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき決定されています。

- ・ご利用者負担金は毎月末に精算し、翌月 11 日に利用代金を請求させていただきます。請求月の 25 日までにお支払いをお願いいたします。

*地域区分(7 級地：10.17 円) 加算が包括されております。

*上記の金額は 1 回または 1 日、あるいは 1 月あたりの単位となっております。ご利用された回数や加算等により端数処理の関係上、2 円程度の誤差が生じることがございます。

(2) 交通費

- ・前に示したサービスを提供する地域内は無料です。

- ・指定地域以外への交通費は 1 Km につき 20 円を請求させていただきます。