

重要事項説明書

(訪問リハビリテーション)

(介護予防訪問リハビリテーション)

〈 令和6年6月1日現在 〉

利用者： _____ **様**

事業者： 一般財団法人 岩手済生医会 中津川病院

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	一般財団法人 岩手済生医会 中津川病院
所在地	岩手県盛岡市下米内二丁目4番12号
連絡先	TEL 019-662-3252 FAX 019-661-8414
管理者名	院長 高橋 進
サービス種類	訪問リハビリテーション
介護保険指定番号	0310110283号
サービス提供地域	盛岡市内 ※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

提供日	月曜日～金曜日 午前9:00～午後5:00
定休日	祝・祭日、開設記念日(6月18日)、1月1日～3日、12月29日～31日

(3) 職員体制

	資格	常勤	備考
管理者	医師	1名	病院と兼務
常勤医師	医師	3名	病院と兼務
従事者	理学療法士	2名	専任
	作業療法士	1名	専任

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情など）

TEL : 019-662-3252

担当部署: 一般財団法人 岩手済生医会 中津川病院 地域医療連携室

受付時間: 午前8:30～午後17:00 (月曜日～金曜日)

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

3 事業所の目的・運営方針

(1) 目的

利用者に対し、その者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、依頼された居宅サービス計画に基づいて、適正な療養医療居宅サービスを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

利用者の意思及び人格を尊重し、地域や利用者の家族との結びつきを重視した運営を行い、介護保険者である市町村、他の介護・医療保険事業所との綿密な連携に努めるものとする。

4 サービス内容

- (1) 在宅で生活されている方が、より自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法士・作業療法士がご自宅に訪問し、機能訓練や動作訓練、心理的援助などを行います。そのほかにも介護方法・住環境の整備・福祉用具の検討など、かかりつけ医やケアマネジャーと連携を取りながらサポートさせていただきます。
- (2) 交通事情などにより、稀にサービス時間が前後することがございますが、ご了承ください。また災害時・悪天候時も原則訪問いたしますが万が一訪問できない場合にはご連絡いたします。

5 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等の為、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

6 暴言・暴力・ハラスメント対策

- (1) 事業所は職場における暴言・暴力・ハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境を整えます。
- (2) 利用者やその家族から、暴言・暴力・ハラスメント行為が職員にあった場合には、衛生委員会等で検討を行ったうえで、事業所側からの契約の解約を行う場合があります。

7 身体的拘束等の適正化

- (1) 事業所は、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- (2) 身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

8 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対する居宅サービス事業の提供を継続的に実施するための及び非常時の体制で早期業務再開を図るための計画を策定し必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。作成した業務継続計画の見直しを定期的に行い、必要に応じて計画の変更を行います。

9 感染症の予防及び蔓延防止のための措置

- (1) 事業所は、感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。
- (2) 事業所は、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

10 利用料金

- (1) 費用
料金表に記載されている 1 か月の合計単位数に地域別加算 [10.00] を乗じて計算します。その料金の介護保険負担割合証の負担割合が利用者負担額になります。
- (2) 利用料金などのお支払い方法
毎月月末締めとし、翌月の訪問時にサービス提供日・利用料の内訳を記載した請求書をお持ちいたします。お支払いいただきますと領収書を発行します。
- (3) 料金表

項目	基本報酬	内容
訪問リハビリテーション費	308 単位 (1 回 20 分)	サービス提供票に基づき実施 (40 分連続してサービスを提供した場合は 2 回として算定)
介護予防訪問リハビリテーション費	298 単位 (1 回 20 分)	

加算とその概要等	加算単位
介護予防訪問リハビリ 12 か月超 減算 (介護予防訪問リハビリのみ) 介護予防訪問リハビリテーションの利用が 12 月を超える場合は、介護予防訪問リハビリテーション費から 30 単位減算する。(利用開始から 12 か月を超える場合から適用される)	1 回につき −30 単位
リハビリテーションマネジメント加算 (イ) (訪問リハビリのみ) 1. リハビリテーション会議 (テレビ会議可) を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること。 2. 3 月に 1 回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直すこと。 3. PT、OT 又は ST が、介護支援専門員に対し利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。 4. PT、OT 又は ST が (指定居宅サービスの従業者と) 利用者の居宅を訪問し、その家族 (当該従業者) に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。 5. リハビリテーション計画について、計画作成に関与した PT、OT 又は ST が説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。上記に適合することを確認し記録すること。 事業所の医師が利用者	1 月につき 180 単位
医師が利用者またはその家族に説明した場合	1 月につき 270 単位
短期集中リハビリテーション実施加算 (訪問リハビリ・介護予防訪問リハビリ) 退院 (所) 日または認定日から 3 月以内かつ 1 週につきおおむね 2 日以上、1 日あたり 20 分以上の実施。	1 日につき 200 単位
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (訪問リハビリのみ) 認知症であると医師が診断し、生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師の指示を受け、退院 (所) 日または訪問開始から 3 月以内の期間に、1 週に 2 日を限度として加算。	1 日につき 240 単位
サービス提供体制強化加算 (I) 勤続年数 7 年以上の理学・作業療法士を配置	1 回 (20 分) につき 6 単位
退院時共同指導加算 病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、事業所の医師または PT、OT 若しくは ST が、退院前カンファに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハを行った場合に、当該退院につき 1 回に限り加算する。	1 回 600 単位
訪問リハビリテーションの診療未実施減算 当事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、別の医療機関の医師からの情報をもとに、訪問リハ計画を作成しサービスを提供した場合、訪問リハビリテーション費 (介護予防訪問リハビリテーション費) から 50 単位減算する。	1 回につき −50 単位

- (4) その他の費用
ご利用者様の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者様の負担になります。

11 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	中津川病院
	主治医氏名	
	連絡先	019-662-3252
ご家族	氏名	(続柄：)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	連絡先	
その他・備考		

【事業所】

住 所：岩手県盛岡市下米内二丁目4番12号
事業所名：一般財団法人 岩手済生医会 中津川病院
代 表 者：院長 高橋 進

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

【ご利用者】住 所_____

氏 名_____

【身元引受人又は代理人】

住 所_____

氏 名_____ (続柄)

署名代行理由：