

重要事項説明書(介護老人保健施設せとうち指定訪問リハビリテーション)

1. 指定訪問リハビリテーション事業者(法人)の概要

名称・法人種別	奄美医療生活協同組合
代表者名	理事長 福崎雅彦
所在地・連絡先	(住所) 鹿児島県奄美市名瀬長浜町12番24号 (電話) 0997-52-0585 (FAX) 0997-52-8881

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	介護老人保健施設せとうち
所在地・連絡先	(住所) 鹿児島県大島郡瀬戸内町阿木名字重袋1975番地 (電話) 0997-73-1155 (FAX) 0997-72-4913
事業所番号	第 4 6 5 3 2 8 0 0 4 2 号
管理者の氏名	福崎 雅彦

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分		資 格
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1		作業療法士
理学療法士	2	2		理学療法士
作業療法士	2	2		作業療法士
言語聴覚士				言語聴覚士

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休 暇
管 理 者	正規の勤務時間帯 8:30～17:00	4週6休
理学・作業療法士	正規の勤務時間帯 8:30～17:00	4週6休

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	瀬戸内町、宇検村、奄美市住用町
---------	-----------------

※上記地域以外でのご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日及び営業時間

営 業 日	営 業 時 間
平 日	9:00～17:00
営業しない日	日・年末年始(12月30～1月3日)・旧暦7月15日

※居宅サービス提供により、休業日及び営業時間外であってもサービスを提供することがあります。

3. サービスの内容

医師の診療に基づいた、訪問リハビリテーションの計画により、リハビリスタッフがご自宅においてリハビリテーションを行います。

サービス提供の流れ

- ① 申し込み
- ② 被保険者証の確認
- ③ 重要事項説明による説明・同意・交付
- ④ 契約の締結
- ⑤ 心身状況等の把握
- ⑥ 面談・リハビリテーション実施計画作成
- ⑦ サービス提供
- ⑧ サービス記録及び関係者との連携
- ⑨ 利用料の受領、領収書等の発行

主となる内容

- 関節の変形拘縮の改善
- 寝返りなどの体位変換・介助方法のアドバイス
- 起き上がりや座る訓練・介助方法のアドバイス
- 立ち上がり・歩行訓練
- 食事訓練・介助方法の指導
- 排泄動作訓練・介助方法の指導
- 福祉用具・住宅改修についてのアドバイス

など、病状や環境を踏まえての機能訓練と介助方法の指導を行います。以上の業務につきましては、利用者様の同意を得た上で行う介護保険の給付対象です。すでにケアプランが作成されている場合は、訪問リハビリテーション計画はそれに沿って作成いたします。

4. 担当職員の変更

担当療法士の変更をご希望される場合は、下記の担当者までご相談ください。

訪問リハビリテーション 相談窓口	窓口責任者 <u>渡島 隼司</u> 作業療法士 ご利用時間 月～土 8:30～17:00 ご利用方法 (電話) 0997-73-1155 (FAX) 0997-72-4913
---------------------	---

※担当療法士の変更に関しまして、利用者様のご希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もあります。予めご了承ください。

5. サービスの利用料

① 基本料金(訪問リハビリテーション費)

イ) 20 分以上	3080 円
ロ) 40 分以上	6160 円
ハ) 60 分以上	9240 円

○上記の基本料金は、実際にサービスの提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画に定められた訪問リハビリテーションの提供に要する目安の時間を基準とします。

② 加算料金

イ) サービス提供体制加算 (I)	60 円
ロ) 短期集中リハビリテーション実施加算 (1 日)	
退院・退所日又は新たに要介護認定を受けた日から 3 月以内	2000 円
ハ) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (1 日)	
退院・退所日又は訪問リハビリ開始日から 3 月以内	2400 円
ニ) リハビリテーションマネジメント加算 (イ)	1800 円
ホ) リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	2130 円
事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合、加算 (イ) (ロ) に加え 270 単位を加算	2700 円
ヘ) 口腔連携強化加算	500 円
ト) 退院時協同指導加算 (1 回)	6000 円
チ) 移行支援加算	170 円
ト) 特別地域訪問リハビリテーション加算	所定単位の 100 分の 15

③ 利用者負担金

介護保険の適用になるお客様(要支援又は要介護認定を受けられる方は)、前記①及び②の料金の 1～3 割をお支払いいただきます。(消費税は課税されません。料金は所得により変動します。)但し、介護保険の給付の範囲を超えた分につきましては、全額自己負担(前記①及び②の料金)となります。

④ お支払い方法

利用者負担金は、サービスを提供した翌月までに、銀行または郵便局への振り込み、施設窓口精算、現金集金のいずれかをお選びいただけます。

⑤ キャンセル規定

サービスの利用の中止をする際には、当日までに中止の旨をご連絡ください。キャンセル料金は徴収いたしません。

6. 事業所の特色

(1) 事業の目的

要介護状態、要支援状態にあるものに対し、適正な指定訪問リハビリテーションを提供することを目的とします。

(2) 運営方針

- ① サービスの提供にあたっては、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供にあたっては、医師の指示及び別紙訪問リハビリテーション実施計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行います。
- ③ サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。

- ④ 当事業者は、リハビリテーション実施計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

(3) その他

事 項	内 容
リハビリテーション実施計画の作成及び事後評価	医師及び理学療法士などが、利用者様の直面している課題などを評価し、医師の診療及びお客様の希望を踏まえて、リハビリテーション実施計画を作成し説明の上交付します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（訪問リハビリテーション報告書）に記載します。
従 業 員 研 修	(1)採用時研修 採用後 2 ヶ月以内 (2)継続研修 諸制度改訂時や業務上必要な事例が生じた時

7. サービス内容に関する苦情等相談窓口

鹿児島県国民健康保険団体連合会	所在地 鹿児島県鴨池新町 7 番 4 号 電話番号 099-206-1024 受付時間 月～金 9:00～17:00 (年末年始、土・日曜日および国民の休日を除く)
瀬戸内町役場	所在地 瀬戸内町古仁屋船津 23 電話番号 0997-72-1111 受付時間 月～金 9:00～17:00
訪問リハビリテーション 相談窓口	窓口責任者 渡島 隼司 作業療法士 ご利用時間 月～土 8:30～17:00 ご利用方法 (電話) 0997-73-1155 (FAX) 0997-72-4913

※老健設置の、「虹の意見箱」でも苦情・意見を受付けております。

8. 緊急時などにおける対応方法

サービス提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業所等へ連絡致します。

(1) 緊急時診療等を求める医療機関(かかりつけ医)

医 療 機 関 _____
主 治 医 名 _____
電 話 番 号 _____

(2) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

緊 急 連 絡 先 _____
電 話 番 号 _____
住 所 _____

9. 利用者及び家族の個人情報について

必要に応じてサービスに関する担当者会議等で個人情報を利用させていただきます。
ご理解をお願いします。

10. 利用者様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と健康手帳、居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票をご提示ください。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問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行いました。

令和 年 月 日

事業者(事業所) 介護老人保健施設せとうち 訪問リハビリテーション
(所在地) 鹿児島県大島郡瀬戸内町阿木名 1975 番地
(管理者) 福崎 雅彦

(説明者) 印

介護老人保健施設せとうち訪問リハビリテーション利用契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

また、貴事業所が私のよりよき介護のためのサービス担当者会議等において、私および家族の個人情報を契約の有効期間中に用いることを同意します。

利用者
(住所)

(氏名) 印

利用者の家族
(住所)

(氏名) 印