

訪問リハビリテーション 重要事項説明書

(訪問リハビリテーション契約書別紙)

利用者氏名 :

様

事業者名 : 医療法人社団明日佳 白石明日佳病院 (0110513611)

様(以下、「利用者」とする)と、医療法人社団明日佳白石明日佳病院(以下、「事業者」とする)は、事業者が利用者に対して提供する訪問リハビリテーションについて、以下のとおりに重要事項を説明する。

1. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称 : 医療法人社団 明日佳
主たる事業所の所在地 : 〒064-0951
北海道札幌市中央区宮の森 1 条 17 丁目 1 番 25 号
代表者(職名・氏名) : 理事長 小野寺 眞悟
設立年月日 : 1986 年 4 月 17 日
電話番号 : 011-641-8813

2. ご利用事業所の概要

事業所の名称 : 医療法人社団明日佳 白石明日佳病院
サービスの種類 : 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
事業所の所在地 : 〒003-0005
北海道札幌市白石区東札幌 5 条 5 丁目 2 番 5 号
指定年月日(事業所番号) : 2011 年 4 月 1 日指定(0110513611)
管理者(職名・氏名) : 院長 佐々木 正則
通常の事業の実施地域 : 札幌市白石区全域、隣接区の一部

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的 : 要介護又は要支援状態にある利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう居宅サービスまたは介護予防サービスを提供する。

運営の方針：事業者は、利用者の心身状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法（平成9年法律第123号）、その他関係法令及びこの契約に基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、若しくは要介護状態となることを予防するため、適切なサービスの提供に努める。

4. 提供するサービスの内容

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は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士(以下、「理学療法士等」とする)が通院の困難な利用者の居宅を訪問し、対象者の能力に応じた自立した日常生活が営めるよう生活機能の維持又は向上を目指し、リハビリテーションを行うことで、心身機能の維持回復を図るもの。

5. 営業日時

営業日：毎週月曜日から金曜日。ただし、国民の休日(振替休日を含む)及び年末年始(12月30日から1月3日)を除く。

営業時間：午前9時から午後5時

6. 事業所の職員体制

医師：常勤 4名

理学療法士：常勤 15名

作業療法士：常勤 13名

言語聴覚士：常勤 7名

7. サービス提供の担当者及び管理責任者

担当職員(資格・氏名)： _____

管理責任者(役職・氏名)： _____ リハビリテーション科 主任 白川 信 _____

8. サービス利用料金

サービス利用料金は、厚生労働省が定めた提供サービスの単位とサービス提供地域の地域等級により求められ、実際の負担金額は原則としてその1割となる。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額を支払うものとする。

提供サービスの単位及び地域等級は、厚生労働省の定めるところにより、そのためこれが改定される場合には利用料金も改定される。その場合は、別途書面に案内するものとする。

(1) 利用者負担金額の計算方法

単位合計(基本報酬+加算+減算)×**10.17**(地域等級)×**負担割合**(1～3割)

※実際の利用状況に応じて、請求金額と誤差が生じる可能性がある

(2) 訪問リハビリテーションの単位(要介護認定の方)

【**基本報酬**】全ての利用者が算定する

◆ 訪問リハビリテーション基本報酬

308 単位/回 (訪問リハビリ1)

【**加算**】以下の要件を満たす場合に加算を算定する

◆ 短期集中リハビリテーション実施加算

病院退院直後等に機能向上の効果を高めるため短期間に集中的な介入を行う場合

200 単位/日(訪問リハ短期集中リハ加算)

◆ リハビリテーションマネジメント加算

定期的に会議を開き、訪問リハビリの状況確認や方針検討などを行う場合

213 単位/月(訪問リハマネジメント加算2)

◆ サービス提供体制強化加算

勤続年数の長いスタッフが在籍しており、質の高いサービスが提供できる体制が整っている場合

6 単位/月(訪問リハサービス提供体制加算I)

(3) 介護予防訪問リハビリテーションの利用料(要支援認定の方)

【基本報酬】全ての利用者が算定する

- ◆ 介護予防訪問リハビリテーション基本報酬

298 単位/回 (予防訪問リハビリ 1)

【加算】以下の要件を満たす場合に加算を算定する

- ◆ 短期集中リハビリテーション実施加算

病院退院直後等に、機能向上の効果を高めるため短期間に集中的な介入を行った場合

200 単位/日(予防訪問リハ短期集中リハ加算)

- ◆ サービス提供体制強化加算

勤続年数の長いスタッフが在籍しており、質の高いサービスが提供できる体制が整っている場合

6 単位/月(予防訪問リハサービス提供体制加算 I)

【減算】以下の要件を満たす場合に算定する

- ◆ 利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合

要支援認定を受けた利用者が 1 年を超えて訪問リハビリを利用し、かつ目標の共有や検討のための定期的な会議を開催していない場合

-30 単位/回(予防訪問リハ 12 月超減算)

(4) キャンセル料

利用予定にも拘わらず担当職員が訪問した時点で自己都合によるキャンセルを行う等、利用者の責めによってサービスの提供が滞る事象が続いた場合に、文書による警告の後、サービス利用 1 回分相当のキャンセル料を請求する。ただし、利用者の容態の変化などやむを得ない事情がある場合はこの限りではない。

(5) 支払方法

上記に定める利用料等は、毎月ごと前月分のサービス提供の実績に基づいて精算し、利用者に請求する。請求書は翌月 10 日以降に発行される。支払いは、病院窓口での現金支払いか、別途手続を行い、口座振替を利用するものとする。

9. 緊急時における対応方法

緊急時の対応は、訪問リハビリテーション契約書第 11 条に定めるとおり。

主治医の連絡先 : _____

緊急連絡先 : _____

その他の連絡先 : _____

10. 事故発生時の対応

事故発生時の対応は、訪問リハビリテーション契約書第 12 条に定めるとおり。

事業所の連絡先 : _____

その他の連絡先 : _____

11. 苦情等相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記窓口にて対応する。

・白石明日佳病院 利用者相談窓口 (TEL : **011-823-5151**)

受付時間 : 平日午前 9 時から午後 5 時

担当者 : リハビリテーション科 主任 白川 信(シカ マト)

事務部 事務次長 中山 直之(カマ ナヒ)

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関に申し立てることができる。

・白石(居住地域)区役所保健福祉課 (白石区役所代表 TEL : **011-861-2400**)

受付時間 : 平日午前 9 時から午後 5 時

・北海道国民健康保険団体連合会 (TEL : **011-231-5175**)

受付時間 : 平日午前 9 時から午後 5 時

12. 感染対策

事業者は、サービス提供にあたり、下記のとおり感染対策を行う。

- (1) 標準感染予防策として、サービス提供時にはマスクを着用し、実施前には手洗いを含む手指の消毒を行う。
- (2) 感染拡大防止のため、必要時にはフェイスシールド、ガウン、使い捨てグローブ等を着用することがある。
- (3) 急な高熱、激しい嘔吐・下痢等、感染症が強く疑われる症状がある場合は、感染拡大防止のためサービスの提供を中止する場合がある。

13. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたい事項は以下のとおり。

- (1) 理学療法士等は、各種支払い、年金等の管理、金銭の貸借等、金銭に関する取り扱いは行わない
- (2) 理学療法士等は、預金通帳、クレジットカード、健康保険証、印鑑、鍵、その他有価証券等の取り扱いは行わない
- (3) 理学療法士等は、犬、猫、鳥、庭木などの動植物、貴金属や書画骨董などの美術品等、利用者の有する財産の取り扱いは行わない
- (3) 理学療法士等に対しての贈答品や飲食物の提供はお断りする
- (4) 利用者は、(介護予防)訪問リハビリを利用するにあたり、滞りなくサービスを利用するために、その必要性に応じて家財の配置を整理する、ペットを隔離する等、サービスを受ける環境を整える努力を行う

上記重要事項の説明を証するため、本書 2 通を作成し、利用者及び事業者の
双方が署名・押印の上、それぞれが 1 通ずつ保有する。

重要事項説明日： 年 月 日

【利用者】

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

住所： _____

氏名： _____ 印

【代理人】

私は利用者本人が説明に対して同意を得たのを確認の上、本人に代わり署名を
行いました。

住所： _____

氏名： _____ 印 続柄： _____

【事業者】

札幌市白石区東札幌 5 条 5 丁目 2 番 5 号

医療法人社団明日佳 白石明日佳病院

(事業者番号：0110513611)

院長 佐々木 正則

説明者氏名： _____ 印