

訪問リハビリテーション重要事項説明書

令和8年6月～

1. 事業所の概要

事業所名	医療法人 和光会 木俵病院 訪問リハビリテーション
所在地	〒787-0025 高知県四万十市中村一条通3-3-25 Tel 0880-34-1211 Fax 0880-35-4691
提供サービス	(介護予防)訪問リハビリテーション
事業者指定番号	第 3910710643 号
管理者	院長 木俵 光一
サービス提供地域	四万十市・黒潮町・土佐清水市(下ノ加江地区)

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(介護予防)訪問リハビリテーションについては、要介護者(介護予防訪問リハビリテーションにあたっては要支援者)の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス(介護予防サービス)計画に基づき、等事業所を一定期間ご利用いただき、機能訓練、日常生活動作訓練、環境設定等を行い、利用者の在宅生活の質の向上を図るために行われます。このサービスを提供するにあたって(介護予防)訪問リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意いただくようになります。

2. 事業所の職員体制

医師1名、理学療法士を2名以上配置。

3. 営業時間

サービス種類	平日	土曜日	日曜日
訪問リハビリテーション	9:00～17:30	9:00～12:30	—

※上記以外、祝祭日・年末年始(12/30～1/3)は休業します。

4. サービスの内容

①居宅サービス計画書に基づいて、下記のリハビリの実施、及びリハビリ内容の記録・計画・評価

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1) 病状・障害及び介護能力の観察・評価 | 6) 家族への介護方法指導・相談 |
| 2) 精神・身体的機能の維持に関する事 | 7) 移動動作介助 |
| 3) 残存機能の維持・回復に関する事 | 8) 家屋環境調査・指導及び社会資源の導入・相談 |
| 4) 日常生活動作指導 | |
| 5) 機能訓練 | |

②主治医との連絡

③市町村や居宅介護支援事業所等への保健・医療・福祉・介護サービスの情報交換と利用者への情報提供

5. サービス利用料及び利用者負担

介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、下記の金額になります。但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

【(介護予防)訪問リハビリテーション費】

通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画的に医学的管理を行っている医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定する

訪問リハビリテーション費	1 回につき 308 円(1割)、616 円(2割)、924 円(3割)
介護予防訪問リハビリテーション費	1 回につき 298 円(1割)、596 円(2割)、894 円(3割)

※40 分の場合は 2 回分となり、1 週間に 6 回までを限度とする。ただし、ただし、退院(所)の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定可能である。

※介護予防訪問リハビリテーション費については利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて介護予防リハビリテーションを行う場合、20分以上の指導・訓練1回につき268円(1割負担)、536円(2割負担)、804円(3割負担)を算定する。

【加算料金】

自己負担は下記金額となります。

種 類	内 容	利用料金
短期集中リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は認定日から起算して3月以内	200 円/1 日:1 割負担 400 円/1 日:2 割負担 600 円/1 日:3 割負担
介護職員等処遇改善加算	良質なサービス提供の為、スタッフの処遇を改善し、人材の確保・定着を図るため	基本報酬1回につき所定単位数に1.5%乗じた額を加算
移行支援加算	前年度に指定通所介護事業所等への移行を支援したリハビリテーション事業所に対し、1日につき所定の単位を加算	17 円/1 回:1 割負担 34 円/1 回:2 割負担 51 円/1 回:3 割負担
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	利用者に直接サービスを提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の内、勤続年数7年以上の者がいること	6 円/1 回:1 割負担 12 円/1 回:2 割負担 18 円/1 回:3 割負担
リハビリテーションマネジメント加算	医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理、リハビ	イ 180 円/1月:1割負担 360 円/1月:2割負担 540 円/1月:3割負担

	リハビリテーション計画の説明をリハ職が行った場合は左記に掲げる区分に応じ所定の単位を加算	ロ	213 円/1月:1割負担 426 円/1月:2割負担 639 円/1月:3割負担
	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 上記に加えて 270 単位/月を加算	ハ	270 円/1月:1割負担 540 円/1月:2割負担 810 円/1月:3割負担
中山間地域等居住者サービス提供加算	別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施を超えて指定訪問リハビリテーションを行った場合		1 回につき所定単位数の 100 分の 5 を加算
退院時共同支援加算	入院中の者が退院するに当たり、医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回のリハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り加算。		600 円/1 回:1割負担 1200 円/1 回:2割負担 1800 円/1 回:3割負担

【支払い方法】

毎月 10 日頃に請求しますので、月末までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア 病院窓口にて現金払い

イ 銀行振込 四国銀行 中村支店 普通預金 0494940

口座名義 医療法人 和光会 理事長 木俣光一

※居宅サービス計画を作成しない時など、市町村から直接利用料が支払われない場合は、一旦利用料(10割)を頂き、サービス提供証明書を発行します。

サービス提供証明書を後日市町村の窓口に出しますと、全額払い戻しを受けることができます。

6. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用をキャンセルする場合はすみやかに次の連絡先までご連絡下さい。

連絡先:医療法人 和光会 木俣病院 訪問リハビリテーション Tel 0880-34-1211

(2) 利用者のご都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用の前日までにご連絡下さい。

7. 事業所の運営方針

(1) 訪問リハビリテーションの理学療法士・作業療法士等は、要介護者及び介護者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持・回復を図ると共に、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援する。

(2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の医療・保健・福祉サービスとの密接な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。

8. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当社お客様相談窓口	電話番号	0880-34-1211
	FAX番号	0880-35-4691
	責任者	野坂 知子
	対応時間	午前 9 時 00 分から午後 5 時 30 分

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

四万十市介護保険相談窓口	所在地	四万十市中村大橋通 4 丁目 10
	電話番号	0880-34-1165
	FAX番号	0880-34-1880
	対応時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分
高知県国民健康保険団体連合会(国保連)	所在地	高知市丸の内 2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分

※尚、四万十市以外在住の方は各市町村窓口にお問い合わせください。

9. 第三者評価の実施について

第三者評価は実施していません。

10. 当社の概要

名称・法人種別	医療法人 和光会
代表者氏名	理事長 木俣光一
本社所在地・電話	四万十市中村一条通 3-3-25 TEL 0880-34-1211
業務の概要	木俣病院(居宅管理指導・訪問リハビリテーション) 介護医療院 きだわら 介護老人保健施設 いろは館 居宅介護支援事業所えびす(いろは館内)

11. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合には、事業者の責任として速やかに保険者である、各市町村の担当各部署ならびに利用者の家族に対して、連絡を入れるとともに、必要な措置を講じるものとする。また、事故の状況及び事故に際して執った処置についての記録を行います。
- (2) 利用者に対する訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行うこととする。

12. 急変時の対応

訪問リハビリテーションの提供時に病状が急変した場合は、速やかに主治医に連絡を入れるか救急隊への通報を致します。同居者が不在の場合は指定の連絡先に連絡を致します。

13. 虐待防止のための取り組み

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、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 : 野坂 知子

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者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) 従業者に対して、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) 虐待などに関する利用者及びその家族からの相談に対応するとともに、虐待など明らかになった場合は速やかに、これを市町村の窓口に通報します。

14. 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)~(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。

(2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。

(3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

個人情報使用同意書

私(及び私の家族)の個人情報について、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

記

1. 使用する目的

私のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービス提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業所との連絡調整等、その他サービス提供において必要な場合。

2. 使用する期間

私と貴事業所との契約期間。

3. 条件

「個人情報保護法に関する和光会規定」に従って、個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払い、目的以外に利用しないこと。契約期間中、または終了後や職員の退職後においても守秘義務が遂行できるよう、管理・教育を行うこと。

令和 年 月 日

医療法人 和光会 木俵病院
訪問リハビリテーション

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代筆者) 氏 名 _____ 印 続柄()

(身元引受人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄()

訪問リハビリテーション利用同意書

訪問リハビリテーション契約にあたり約款と重要事項を説明しました。

医療法人 和光会 木俵病院 訪問リハビリテーション

(説明者) 氏名 _____ 印

木俵病院の(介護予防)訪問リハビリテーションを利用するにあたり、(介護予防)訪問リハビリテーション利用約款及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 _____ 印 続柄()

(身元引受人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄()

医療法人 和光会 木俵病院

訪問リハビリテーション

管理者 木俵 光一 殿

【本約款第12条 身元引受人と異なる請求先の場合】

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄()

【本約款第8条 緊急時及び事故発生時の身元引受人と異なる場合の連絡先】

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄()