

訪問リハビリテーション重要事項説明書

重要事項説明書

訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり厚生省令に基づいて、当事業者がご利用者様に説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人康仁会 西岡病院
主なる事務所の所在地	四国中央市三島金子2丁目7番22号
法人種別	医療法人
代表者名	西岡 康弘
電話番号	0896-24-5511

2. 事業所概要

介護保険法令に基づき愛媛県知事から指定を受けた事業所名称	医療法人康仁会
指定事業所番号	3810928105
指定居宅介護サービスの種類	訪問リハビリテーション
所在地	四国中央市三島金子2丁目7番22号
電話番号 (携帯電話)	0896-24-5517 (090-5911-1873)
サービス提供地域	伊予三島・川之江・土居

3. 訪問リハビリテーションの目的

要介護状態等になった場合においても、その利用者が可能な限り、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、理学療法・作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより利用者の心身の機能の維持回復を図る事を目的とする。
--

4. 職員体制

当事業所の医師の指示の基に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問リハビリテーションサービスを提供します。

5. 営業日及び営業時間

営業日	通常 月～土曜日
営業時間	午前9時 ～ 午後5時まで
休日	祝祭日 盆休み 地方祭 年末年始

6. 主となるサービス内容

* 介護保険法で定める訪問リハビリの内容に限られます

目的	プログラム
障害の評価	<ul style="list-style-type: none"> * 病状の評価 * 障害（身体・精神機能障害、能力障害、社会的不利）の評価 * 日常生活動作の評価
リハビリテーション計画書の作成	* リハビリテーション計画書の作成
<ul style="list-style-type: none"> ・ 低栄養 ・ 褥創・皮膚萎縮 ・ 筋萎縮・筋力低下 ・ 骨萎縮・圧迫骨折 ・ 関節可動域制限・拘縮 廃用症候群・起立性低血圧 の予防 ・ 心肺機能低下 と改善 ・ 便秘 ・ 肺炎 ・ 尿路感染症・尿路結石 ・ 脱水 ・ 精神活動性の低下	<ul style="list-style-type: none"> * 廃用症候群の有無のチェック * 今後予測される廃用症候群の予防 * 改善可能な廃用症候群の診断 * 上記の治療と対策
<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝返り ・ 起き上がり 基本動作能力・立ち上がり の維持・改善 ・ 座位・立位 ・ 移動動作 ・ 歩行	* 実際の生活場面を考慮した各種基本動作の訓練
<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事 ・ 排泄 ・ 移動 ADL・更衣 の維持・改善 ・ 入浴 ・ 整容 ・ コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> * できるADLではなく、しているADLの拡大 * 実際の日常生活場面での訓練 * 屋内・外の環境整備：福祉用具等の利用と住宅改修の助言・指導
APDL等の能力の維持・改善	<ul style="list-style-type: none"> * 外出訓練 * 家事動作訓練 * 屋内・外の環境整備：福祉用具等の利用と住宅改修の助言・指導
対人・社会交流の維持・拡大 (社会参加・QOLの向上)	<ul style="list-style-type: none"> * 屋外の環境整備：福祉用具等の利用と住宅改修の助言・指導 * 外出、仲間作りの場への誘導 * 趣味活動への支援
介護負担の軽減	<ul style="list-style-type: none"> * 屋内・外の環境整備：福祉用具の利用と住宅改修の助言・指導 * 介護方法の指導
その他	* 必要なリハビリテーション

以上のサービスの提供は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が行うものとする。

- このサービスの提供に当たっては、医師の指示及び、訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を支援するよう、妥当適切に行います。
- このサービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又は、家族に対し、リハビリテーションの視点から療養上必要とされる事項について、理解しやすい用に指導又は説明を行います。
- 常に利用者の症状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。
- それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション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。

7、訪問リハビリテーション計画

- ① 当事業所では、医師及び理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、当事業所の医師の診療に基づき、利用者の症状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、訪問リハビリテーション計画を作成します。
- ② 医師及び理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、利用者又は家族に対し、訪問リハビリテーション計画の内容について説明します。
- ③ 訪問リハビリテーションの作成に当たっては、すでに居宅サービスが作成されている場合は、それに沿って作成するものとします。訪問リハビリテーション計画書の内容は医師・ケアマネージャーなど関係職種と情報共有することになります。

8、ご利用料金

訪問リハビリ	理学療法士又は作業療法士・言語聴覚士が行った場合	算定単位 1回 20分 308単位 (週 6回まで算定) 当事業所の医師の診療がない場合 50単位/回減算
--------	--------------------------	--

介護予防訪問 リハビリ	理学療法士又は作業療法士・言語聴覚士が行った場合 ※次の条件満たさなければ減算 ア 定期的にリハビリテーション会議を行い、リハビリテーション計画書を見直し イ LIFEによるデータを提出	基本単位 1回 20分 298単位 ※(1年以上経過で 268単位)
短期集中リハビリテーション実施加算	退院・退所から3か月以内 1週間におおむね2日以上、1日20分以上実施 ※リハビリテーションマネジメント加算を算定していること	200単位 20分/回を週2回以上実施
サービス提供体制強化加算 (1)(2)	(1) 訪問リハビリの勤続年数が7年以上の者がいる (2) 訪問リハビリの勤続年数が3年以上の者がいる	(1) 6単位 (2) 3単位
リハビリテーションマネジメント加算 (介護予防の利用者は算定しない)	リハビリテーションマネジメント加算 (イ) 1) 訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し必要に応じて計画を見直している。 2) 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、言語聴覚士が介護支援専門員を通して指定訪問介護事業その他の指定居宅に該当する事業に係る従業員に対し、リハビリテーションの観点から日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。 3) 医師が利用者に対するリハビリの目的に加え、リハビリ開始前または実施中の留意事項、やむを得ずリハビリを中止する基準、利用者に対する負荷の内いずれか1以上の指示があること。 4) 医師が利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合、リハビリテーション計画書の備考欄に継続が必要な理由、その他の指定居宅サービスへの移行の見通しを記載すること。 5) 3月に1回以上リハビリテーション会議(テレビ会議可能)開催し会議内容を記録。 リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) ・上記イに加えて厚生労働省にリハビリテーション計画書など提出(LIFEへのデータ提出)。 ※医師が利用者又はその家族に説明し同意を得た場合	リハビリテーションマネジメント加算(イ) イ 180単位/月 リハビリテーションマネジメント加算(ロ) ロ 213単位/月 ※医師が利用者又はその家族に説明した場合上記に加えて270単位
移行支援加算 (介護予防の利用者は算定しない)	社会参加を維持できるサービスへ移行する体制加算 デイへ移行する場合はリハビリ計画書を提供する事。	17単位/日

退院時共同指導 加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するにあたり訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士、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訪問リハビリテーションを行った場合に退院につき1回加算する	600 単位/回
認知症短期集中 リハビリテーシ ョン実施加算	認知症であると医師が判断したものであって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がその退院（所）日または訪問開始日から3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行うこと	240 単位/日
口腔連携強化加 算	利用者の口腔の健康状態を評価実施した場合において、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し当該評価の結果を情報提供する 事業所は評価を行うにあたって歯科訪問診療科の算定の実績のある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が当該従業員からの相談に対応する体制を確保しその旨文書等で取り決めている	50 単位/回 (1月に1回 限り算定可 能)

- ① ご利用になるサービスが、介護保険の適応を受ける場合は、1割負担の場合に原則として上記のご利用料金（単位数＝円）をお支払い頂きます。
※介護保険の負担割合は利用者によって異なります。
- ② 提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、上記ご利用料金の（単位数×負担割合×10円）全額をお支払い頂きます。
- ③ 全各号に掲げるもののほか、訪問リハビリテーションの提供において通常必要な費用であって、利用者負担にすることが適当と認められる費用・・・実費
- ④ 前項の費用の額に係わるサービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、その内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ます。
- ⑤ 毎月の利用料は翌月中頃に当月の利用料等の内訳を記載して、請求書兼領収書として送付します。
- ⑥ 毎月の利用料は翌月27日頃に銀行自動引き落としの方法でお支払い頂きます。
(利用申し込み時に手続きしてください)

9. 苦情申立窓口

ご相談窓口	ご利用時間 ご利用方法	営業日の午後 8 時 30 分～午後 5 時 (電話) 0896 - 24 - 5511 訪問リハビリ担当者 (面接場所) 当事業所 (担当) 責任者 森 健
-------	----------------	--

その他・相談・苦情申立窓口

- ・市町村の相談・苦情申立窓口
- ・国民健康保険団体連合会の苦情申立窓口

10. 事故発生時の対応

サービス提供時に事故が発生した場合、事故に対応した適切な処置をとるとともに、利用者の家族、市町村、居宅介護支援事業所等に連絡を行います。

緊急時の対応方法（医師から特に指示がある場合）

利用者の主治医に連絡を行い、医師の指示に従います	
利用者の主治医	氏名：
	所在地：
	電話番号： — —

緊急時のご家族への連絡先

氏名	(続柄)
所在地	
電話番号	

年 月 日

(乙) 当事業所は、甲に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲 1
甲 2

に対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 事業者

所在地 四国中央市三島金子2丁目7番22号

名称 医療法人康仁会 西岡病院 印

(甲) 私は重要事項説明書に基づいて、甲からのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲 1) 利用者

住所

氏名

印

(甲 2) 利用者の家族

住所

氏名

印