

セコメディック病院訪問リハビリテーション重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
(千葉県指定 第 1212814945 号)

1.セコメディック病院訪問リハビリテーション事業の概要

(1) 事業の目的

当事業所における訪問リハビリテーション事業は、要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において自立した日常生活を継続できるよう支援することを目的とします。そのため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを提供し、利用者の心身機能の維持および回復を図るものとします。

(2) 事業所の名称、所在地等

| 事業所名 | 所在地 | 電話番号 |
|-----------|------------------------------|--------------|
| セコメディック病院 | 千葉県船橋市豊富町 696-1 | 047-457-9900 |
| 印西サテライト | 千葉県印西市大森 2550-1-201 | 0476-42-6125 |
| 鎌ヶ谷サテライト | 千葉県鎌ヶ谷市道野辺本町 1-4-7 吉橋ビル 3 号室 | 047-446-6890 |
| 八千代サテライト | 千葉県八千代市村上 1735-69-201 | 047-482-7177 |

(3) 訪問リハビリテーション部門の職員体制

| | 常 勤 | 業務内容 |
|---------|------|----------|
| 管理者（医師） | 1 名 | 訪問リハビリ管理 |
| 理学療法士 | 80 名 | 訪問リハビリ提供 |
| 作業療法士 | 30 名 | 訪問リハビリ提供 |
| 言語聴覚士 | 18 名 | 訪問リハビリ提供 |

(4) 営業日、営業時間

| | |
|------|---------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日 |
| 提供時間 | 8 時 30 分～17 時 |

*国民の祝日、12月30日～1月3日を除く

(5) 運営方針

訪問リハビリテーションサービスの提供に当たっては、事業所医師の診察結果または主治医からの情報、ならびにケアマネジャーが作成するケアプランに基づき、訪問リハビリテーション計画を策定します。これに基づき、利用者様の心身機能の維持・回復を図り、日常生活における自立を支援するため、妥当かつ適切なサービスの提供に努めるものとします。

2.訪問リハビリテーションサービス開始に当たり

訪問リハビリテーションは、指示医師の診察日から 3 か月以内に実施することが定められております。継続利用には、定期的な診察と指示が必要となります。また、他院で医学管理を受けている場合は、当院への情報提供が必要となります。その際の診療料や文書料等は、当該医療機関より別途ご請求となりますので、予めご了承ください。

3.訪問リハビリテーションの内容および利用料金

(1) 訪問リハビリの内容

- ①心身機能評価（リハビリテーションの適応等）
- ②身体機能訓練・指導
- ③日常生活動作訓練・指導
- ④介護者等への訓練・介助指導
- ⑤家屋改造・福祉用具購入指導
- ⑥補装具作成相談

(2) 利用料

【医療費助成制度を受けているご利用者様】

訪問リハビリは指定難病医療費助成制度が利用できます。また、その他公費に関する手帳をお持ちの場合や、市独自の助成制度を申請している場合は、ご利用料金が助成対象となる可能性があります。職員へお申し付け下さい。

【医療保険 料金表】 ※20分を1単位として週6単位まで利用可

| | 10割 | 利用料 |
|---------------|---------------|-------------------------------------|
| 基本単位 (1単位) | 3000円／ 20分 | 【1割負担】自己負担金 300円、75歳以上の方 |
| | | 【2割負担】自己負担金 600円、70～74歳、一定以上の所得が有る方 |
| | | 【3割負担】自己負担金 900円、69歳以下、一定以上の所得が有る方 |

退院後3か月以内で、入院先の医療機関の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12単位まで利用出来ます。

【介護保険 料金表】 ※20分を1回として週6回まで利用可

| | 単位数 | 負担割合毎の利用料(円) | | | | |
|-----------------------|-----|--------------|-------|-------|-------|------|
| | | 1割 | 2割 | 3割 | 10割 | |
| 訪問リハビリテーション費 | 308 | 329 | 657 | 985 | 3,283 | /20分 |
| 予防訪問リハビリテーション費 | 298 | 318 | 636 | 953 | 3,176 | /20分 |
| (予防)サービス提供体制強化加算 | 6 | 7 | 13 | 19 | 63 | /20分 |
| (予防)短期集中リハビリテーション実施加算 | 200 | 214 | 427 | 640 | 2,132 | /日 |
| (予防)退院時共同指導加算 | 600 | 640 | 1,280 | 1,919 | 6,396 | 退院時 |
| リハビリテーションマネジメント加算(イ) | 180 | 192 | 384 | 576 | 1,918 | /3ヶ月 |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ) | 213 | 227 | 454 | 681 | 2,270 | /3ヶ月 |
| 移行支援加算 | 17 | 19 | 37 | 55 | 181 | /日 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 240 | 256 | 512 | 768 | 2,558 | /日 |
| (予防)口腔連携強化加算 | 50 | 54 | 107 | 160 | 533 | /月 |
| 介護予防訪問リハビリテーション12月超え | -30 | -32 | -64 | -96 | -319 | /20分 |
| (予防)計画作成に係る診察未実施減算 | -50 | -54 | -107 | -160 | -533 | /20分 |

退院・退所日から3ヶ月以内は週12回まで利用出来ます。

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のでご注意下さい。

保険医療機関の医師が、診療に基づき利用者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行なった場合、その特別の指示の日から14日間を限度として医療保険の給付対象となります。

| 加算詳細 | |
|------------------------|--|
| (予防)サービス提供体制強化加算 | 7年目以上の経験者が配置されている事業所 |
| (予防)短期集中リハビリテーション実施加算 | 退院・退所日または初回認定日から起算して3ヶ月以内 週に2日以上・1回20分以上介入 |
| (予防)退院時共同指導加算 | 訪問リハ事業所の医師又は療法士が、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、初回訪問を実施した場合 |
| リハビリテーションマネジメント加算 | 計画的かつ質の高いサービス提供を目的に、3か月に1回の定期的な会議・関係機関との連携を行った場合 |
| 移行支援加算 | 通所介護等への移行を支援し、その件数が規定に達している場合 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 医師が認知症と判断し、リハビリで生活機能の改善が見込まれると判断した方に対し、退院(所)日又は訪問開始日から3か月以内に医師または療法士が集中的にリハビリを行う場合 |
| (予防)口腔連携強化加算 | 口腔の健康状態を評価し、その結果を歯科医師、又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士およびケアマネジャーへ提供する場合 |
| 介護予防訪問リハビリテーション12月超え減算 | 訪問開始月から12か月を超えて算定する場合 |
| (予防)計画作成に係る診療未実施減算 | リハ計画作成に係る診療を実施していない場合 |

【自費 料金表】 ※介護保険制度の枠を越えての利用をご希望される場合

| 利用料 | |
|-----------|-----------|
| 基本単位(1単位) | 4000円／20分 |

(3) 交通費

| | 通常の実施地域 | 範囲外 |
|------|---------------------------|--------|
| 介護保険 | 無料 | 交通費の実費 |
| 医療保険 | 事業者が訪問するための交通費の実費(53円/Km) | |
| 自費 | 利用料に含む | |

(4) キャンセル料

サービス日の24時間前までに連絡がない場合、料金の全部又は一部を請求できるものとします。

(5) その他

利用者の住まいでのサービスを提供するために使用する光熱費等は、利用者負担となります。

(6) 料金のお支払方法(口座振替によるお支払い)

「自動振込利用申込書」にてお申し込み下さい。手続きが期日を過ぎた月の利用料金は窓口または「ご利用者名」での振込にてお支払い下さい(電話連絡不要)。領収書の再発行は出来ません。紛失時は、有料(1,100円)で支払い証明書を発行いたしますので、大切に保管して下さい。

4. 通常の事業実施地域

当事業所より自動車で片道30分以内の地域。

5.サービスの終了に関する事項

| 項目 | 内容 |
|------------------------------|---|
| (1) ご利用者ご都合による終了 | ご利用者がサービスの終了を希望される場合は、その旨を当事業所までお申し出下さい。 |
| (2) 当事業所のやむを得ない事情による終了 | 人員不足等のやむを得ない事情により、当事業所の判断でサービスを終了させていただく場合があります。その際は、サービス終了の1か月前までに文書にて通知いたします。 |
| (3) 要介護認定区分の変更またはご逝去 | 介護保険給付によりサービスを利用されているご利用者が要介護認定において「自立」と認定された場合、ご逝去された場合には、サービスを終了させていただきます。 |
| (4) 当事業所や職員に対する著しい迷惑行為があった場合 | ご利用者またはそのご家族等が、当事業所または当事業所の職員に対して、身体的または精神的に過度な苦痛を与え、業務に支障を及ぼした場合には、サービスの提供を終了させていただくことがあります。 |
| (5) 料金の長期滞納があった場合 | ご利用料金の3か月以上の滞納があり、かつ再三の督促にもかかわらずお支払いいただけない場合は、文書による通知をもって、サービスを終了させていただくことがあります。 |
| (6) 長期入院または新たな疾病の発症時 | 新たな疾病の発症や、1か月以上の入院により退院の見通しが立たない場合、サービスを一度終了させていただくことがあります。退院後に再度利用を希望される場合は、改めて日程を調整いたします。 |

6.個人情報の取扱い

当事業所は、「当院における個人情報の利用目的」に定められた範囲内でのみ個人情報を利用します。プライバシー情報については、職員研修を通じて漏洩防止に努めています。また、第三者への提供時には、事前に利用者の承認をいただいております。用途外の利用は一切行いません。

7.情報開示

当事業所は、利用者ご本人の求めに応じて、リハビリ記録などの情報を開示いたします。遠慮なくお尋ね下さい。ご本人または身元引受人以外の方からの請求は、当事業所所定の書面により、事前に同意を得た上で提供いたします。あらかじめご了承下さい。

8.緊急時の対応について

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の取り決めに従い関係先へ連絡します。

主治医　主治医氏名

連絡先

ご家族　氏名

連絡先

9.サービス利用に関する留意事項

(1) 担当療法士の交替

①事業者による療法士の交代

事業者の都合により、担当療法士を交代する場合があります。また、担当制から非担当制へ変更することもあります。その際は、利用者に不利益が生じないよう十分配慮いたします。

②利用者からの交代の申し出

選任された療法士の交替を希望する場合は、当該療法士が業務上不適当だと認められる事情など、理由を明確にしたうえで、事業者へ交代を申し出ることができます。ただし、特定の療法士を指名することはできません。

(2) 訪問期間

退院直後など、環境や生活が安定するまでは、週2回以上のリハビリテーションを集中的に提供する場合があります。ただし、必要に応じて頻度を調整し、目標達成後は終了することもあります。

(3) 駐車場

サービス提供の際は車でお伺いするため、駐車スペースの確保をお願いしております。路上や店舗駐車はお断りしておりますので、ご了承下さい。

また、私道であっても道路交通法の適用により、訪問をお断りする場合があります。

近隣のコインパーキング等利用時の駐車料金は利用者のご負担となります。担当者が領収書をお持ちしますので、直接お支払いをお願い致します。

(4) 訪問時間

道路状況等により、訪問時間が前後する場合があります。15分以上遅れる・早まる場合は、お電話でご連絡いたしますので、あらかじめご了承下さい。

10.非常災害時の対応

地震・風雪水害などの自然災害発生、または警報などが発せられた場合には、サービスの提供を中止させていただく場合があります。災害時の情報・状況を把握し安全を確保した上で利用者の安否確認や支援、主治医や関係機関との連携、必要時の訪問を行います。

11.感染症発生時の対応

感染症の対策として、利用者やそのご家族の罹患や感染予測がされる場合は、訪問の時間調整、中止、内容の変更をさせていただく場合があります。また、訪問の際は必要に応じて感染対策用防護具を着用させていただきます。

12.高齢者障害者虐待防止に関する事項・対応

当事業所は、利用者の差別の禁止、人権擁護、虐待防止のため、虐待防止に関する責任者の設置、苦情解決対応などの必要な体制整備を行うと共に従事者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

訪問時に虐待を発見または疑われる状況を確認した場合、適時、通告・通報を行わせていただきます。

13.診療参加型臨床実習に関する事項

当院はリハビリテーション養成校より、学生教育に関する委嘱を受けております。

診療参加型臨床実習では、実習生が診療チームの一員として、診療の実際を学びます。実習生は、この実習によりリハビリテーション専門職としての技能及び態度を学び、国家試験取得後には、さらに研鑽を積みより質の高い医療を提供することになります。

診療参加型実習の実施に当たっては、実習生の習熟度に応じて必要かつ十分な指導・監督を行い患者の安全に配慮します。

実習生が関わることで患者に不利益が生じないよう配慮します。

実習生が関わったことが原因で患者に不利益が生じた場合には加入する保険にて対応します。

実習中に実習生が知り得た情報は、決して第三者に漏らすことがないよう配慮します。

この件について同意を得られなかった場合でも、それによる不利益はありません。

利用者はいかなる時でも、この同意を撤回することができます。

以上の説明を受け、実習生が関わることを

同意します • 同意しません

14.サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所をご利用お客様相談・苦情の受付窓口

| | |
|------|-----------------------|
| 担当者 | 小諸 信宏 |
| 電話番号 | 047-457-8729 (リハビリ直通) |
| 受付時間 | 月曜日～土曜日 8時30分～17時 |

(2) その他

当事業者以外に、市町村の相談・苦情窓口に苦情を伝えることが出来ます。

15.第三者評価の実施状況

当院は第三者評価を下記のように実施しております。

(1) 直近の年月日：2012年1月12日

(2) 評価機関の名称：特定非営利活動法人 社会福祉ネットワーク・ヒューマンレインボー

(3) 評価結果の開示状況：千葉県介護サービス情報公表システムにて開示

契約をする場合は以下の確認をすること

年 月 日

訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業所 セコメディック病院
住所 千葉県船橋市豊富町 696-1
代表者 氏名 星 誠一郎 印
説明者 所属 リハビリテーション部
氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問リハビリテーションについての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印