

重要事項説明書

(令和 年 月 日現在)

□ 指定訪問リハビリテーションサービス □ 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、当事業所が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所概要

事業所名称	仁寿会 東洋病院
事業所所在地	徳島市北島田町1丁目160番地2
法人種別	医療法人
代表者氏名	清水 輝記
電話番号	088-632-7777

居宅介護サービスの種類	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
事業所指定番号	3610125340

2. 事業の目的

医療法人東洋病院が開設する東洋病院指定訪問リハビリテーション事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の理学療法士または作業療法士（以下「理学療法士等」という。）が要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な訪問リハビリテーションサービスを提供することを目的とする。

3. 運営の方針

事業所の理学療法士等は、要介護者及び要支援者等の心身の状況を踏まえて、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、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づく理学療法、作業療法その他必要なリ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。

また、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努めなければならない。

4. 事業所の職員体制

従事者の職種	員数	勤務体制
作業療法士等	2名以上	理学療法士または作業療法士いずれか、常勤兼務者 8:30～17:30

5. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日（日曜、祝祭日及び12月31日～1月3日は除く）
営業時間	9:00～16:30

6. 通常の事業の実施地域

実施地域	徳島市
------	-----

7. 利用料

法定代理受領分	訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とします。そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、各市町村より交付されている「介護保険負担割合証」の額とします。（1割・2割・3割）
交通費	通常の事業の実施区域を越えて行う指定訪問リハビリテーションに要する交通費は次のとおりとする。 ①通常の事業の実施地域を越えて片道おおむね5km未満 200円 ②通常の事業の実施地域を越えて片道おおむね5km以上 400円

(1) 訪問リハビリテーション費

※地域区分 7級地 (徳島県)

項目	単位	備考	自己負担額
訪問リハビリ費 (訪問リハビリ I)	308 単位/日	1 回につき (20 分間リハビリを行った場合に1回として算定)	利用者様の負担割合に応じて介護報酬の1割～3割をお支払いいただきます。
サービス提供体制加算 I	6 単位/回	1 回につき	
短期集中リハビリ実施加算	200 単位/日	退院(所)日または認定日から3月以内 (リハビリマネジメント加算を算定していること)	
リハビリマネジメント加算 2 リハビリマネジメント加算 3	213 単位/月 270 単位/月	訪問リハビリ計画の定期的な評価、医師の詳細な指示等 定期受診の際にリハビリテーション会議の実施	
<p>①当院と同一の敷地内または隣接する敷地内に所在する建物に居住する者。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居住する利用者の人数が1日あたり50人未満の場合、所定単位数の90/100相当を算定 ・居住する利用者の人数が1日あたり50人以上の場合、所定単位数の85/100相当を算定 <p>②上記以外の範囲内所在する建物に居住する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合、所定単位数の90/100相当を算定 			
<p>*利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護もしくは特定施設入居者生活介護または認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護もしくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間は、訪問リハビリ費は算定できない。</p> <p>*急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合、指示日から14日間に行われたものについては、医療保険の対象となります。</p>			
<p>(例) 1割負担の方で、40分間訪問リハビリを提供した場合。 (308 単位×2 + 6 単位 + 270 単位) × 地域区分10.17 ÷ 10 = 908 円 (2割負担の方は×2)</p>			

(2) 介護予防訪問リハビリテーション費

※地域区分 7級地 (徳島県)

項目	単位	備考	利用者様の負担割合
介護予防訪問リハビリ費	298 単位/回	1 回につき (20 分間リハビリを行った場合に1回として算定)	利用者様の負担割合に応じて介護報酬の1割～3割をお支払いいただきます。
介護予防サービス提供体制加算 I	6 単位/回	1 回につき	
<p>①当院と同一の敷地内または隣接する敷地内に所在する建物に居住する者。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居住する利用者の人数が1日あたり50人未満の場合、所定単位数の90/100相当を算定 ・居住する利用者の人数が1日あたり50人以上の場合、所定単位数の85/100相当を算定 <p>②上記以外の範囲内所在する建物に居住する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合、所定単位数の90/100相当を算定 			
<p>*利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護もしくは特定施設入居者生活介護または認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護もしくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間は、訪問リハビリ費は算定できない。</p> <p>*急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合、指示日から14日間に行われたものについては、医療保険の対象となります。</p>			

8. 苦情申立窓口

当指定訪問リハビリテーションサービス（介護予防サービス含む）について、ご不明の点や疑問等がございましたら窓口担当者までお気軽に相談してください。

責任をもって調査・改善等をさせていただきます。

その他当事業所以外にも苦情を伝えることができます。

利用相談窓口 9：00～17：00 (12:00～14:00除く)	窓口担当者：吉田富美代（管理部長）、山崎竜太	
	利用日：月～土（日曜、祝日、12月31日～1月3日は除く）	
	電話 088-632-7777 FAX 088-633-1617	
徳島市介護保険課	介護相談：電話 088-621-5586 窓口担当：FAX 088-655-6560	受付時間 9：00～17：00 (土・日曜・祝日を除く)
	介護相談：電話 088- - 窓口担当：FAX 088- -	
徳島県国民健康保険 団体連合会	介護保険：電話 088-665-7205 担当：FAX 088-666-0228	
徳島県長寿いきがい課 在宅サービス指導担当	サービス：電話 088-621-2159 指導係：FAX 088-621-2840	

9. 緊急時の対応方法

利用者の 主治医	氏名	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力 医療機関	医療機関の名称	医療法人 仁寿会 東洋病院
	院長名	谷 憲治
	所在地	徳島市北島田町1丁目160番地2
	電話番号	088-632-7777
	診療科	内科、心療内科、呼吸器内科、リウマチ科、漢方内科、精神科、リハビリテーション科
	入院設備	あり
	緊急指定の有無	なし
契約の概要	当事業所母体病院	
緊急連絡先	電話	088-632-7777（24時間連絡体制可）

10. 秘密の保持

秘密保持	当事業所の職員は、在職中、退職後を問わず業務上知り得た利用者、ご家族の秘密に関して、正当な理由なく第三者に漏らしません。
	当事業所が、居宅介護支援事業所等必要な機関に利用者、ご家族に関する情報を提供する場合には、予め文書により利用者本人の同意を得ます。

11. 事故発生時の対応及び賠償責任

事故発生 時の対応	サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに関係市町村及び各機関並びにご家族または身元引受人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
賠償責任	サービスの提供により賠償事故が発生した場合には、天災地変等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。ただし、当該事故の発生につき利用者側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることとなっています。
	当事業所では、万一の事故発生に備えて、日新火災海上保険株式会社に加入しております。

指定訪問リハビリテーションサービス（ 介護給付 予防給付）の提供開始にあたり、利用者及びご家族に対し本契約書に基づいて、令和 年 月 日にサービス内容及び重要事項を説明致しました。

事業者 所在地 徳島市北島田町1丁目160番地2

名 称 医療法人 仁寿会 東洋病院

説明者