

訪問リハビリテーション重要事項説明書

<令和6年6月1日現在>

1 訪問リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 室原会
代表者名	室原 良治
所在地・連絡先	(住所) 熊本市中央区国府1丁目11番9号 (電話) 096-364-3080 (FAX) 096-366-4668

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	菊南病院
所在地・連絡先	(住所) 熊本市北区鶴羽田3丁目1番53号 (電話) 096-344-1711 (FAX) 096-344-1726
事業所番号	4310121472
管理者の氏名	室原 良治

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分		主な職務の内容
		常 勤 (人)	非常勤 (人)	
管理者	1	1		指揮命令
理学療法士	5	5		訪問リハビリテーションの提供
作業療法士	5	5		訪問リハビリテーションの提供
言語聴覚士	2	2		訪問リハビリテーションの提供

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 (8:40~17:30) 常勤で勤務	日曜日・祝日 年末・年始
理学療法士	正規の勤務時間帯 (8:40~17:30) 常勤で勤務	日曜日・祝日 年末・年始
作業療法士	正規の勤務時間帯 (8:40~17:30) 常勤で勤務	日曜日・祝日 年末・年始
言語聴覚士	正規の勤務時間帯 (8:40~17:30) 常勤で勤務	日曜日・祝日 年末・年始

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	熊本市、合志市 (当院より概ね半径5km以内の地域)
---------	-------------------------------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営業日	営業時間
平日	8 : 4 0 ~ 1 7 : 3 0
土曜日	8 : 4 0 ~ 1 2 : 3 0

営業しない日	日曜日・祝日・12月30日～1月3日
--------	--------------------

3 サービスの内容

理学療法士や作業療法士がお客様のご自宅を訪問し、お客様の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善、精神面では、知的能力の維持改善等を、又は言語聴覚士がご自宅を訪問し、発声発語の練習や摂食・嚥下の練習を医師の指示に基づき行います。

4 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1～3割が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

料金表

基本料金 (1回20分)	訪問リハビリテーション	3,080円/回
	介護予防訪問リハビリテーション	2,980円/回
サービス提供体制強化加算 (I)		60円/回
短期集中リハビリテーション実施加算 *1		2,000円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 *2		2,400円/日
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) *3		2,130円/月
退院時共同指導加算 *4		6,000円/回

- *1 退院日または初めて認定を受けられた日から起算して1ヶ月を超え3ヶ月以内、且つ週に2回(40分)以上実施の介護給付の方は、短期集中リハビリテーション実施料として加算(2,000円)させていただきます。
- *2 認知症であると医師が判断した方であって、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場合に、退院(所)日又は訪問開始日から3ヶ月以内、且つ週に2回(40分)以上実施の介護給付の方は、認知症短期集中リハビリテーション実施料として加算(2,400円)させていただきます。
- *3 事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種のものが協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合、リハビリテーションマネジメント加算として加算(2,130円/月)させていただきます。
- *4 病院又は診療所に入院中の方が退院するに当たり、事業所の医師、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、初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、退院時共同指導加算として加算(6,000円)させていただきます。

- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

種類	利用料
	円
	円

(3) 交通費
2の(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

(4) その他の費用
サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、お客様の負担となります。

(5) キャンセル料
お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、お客様の病状の急変等、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の2日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日に連絡があった場合	利用料自己負担部分の50%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の100%

(6) 利用料等のお支払方法
毎月、17日までに前月分の請求をいたしますので、27日までに係までお支払ください。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的
本事業は、要介護状態となった場合においても、その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、言語聴覚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ことを目的とする。

(2) 運営方針

1. 介護サービスは、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に行う。
2. 本事業所は、自らその提供する指定訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を行う。
3. 指定訪問リハビリテーションの提供にあたっては、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、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。
4. 指定訪問リハビリテーション提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。
5. 常に利用者の病状、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する。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共に、医師に報告する。

(3) その他

事 項	内 容
訪問リハビリテーション計画の作成及び事後評価	医師及び理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士が、お客様の直面している課題等を評価し、医師の診療及びお客様の希望を踏まえて、訪問リハビリテーション計画を作成します。 また、サービスの提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面にて記載してお客様に説明交付しま

	す。
--	----

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

イ. 苦情処理の体制及び手順

(1) 提供した指定訪問リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下記に表わす【事業者の窓口】のとおり)

(2) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下の通りとします。

ロ. 苦情申立の窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 福永真紀 ご利用時間 8:40～17:30 ご利用方法 電話 ・ 面談 (096-344-1711・当事業所相談室)
-------------	---

市町村（保険者）の窓口 熊本市健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課	所在地	熊本市中央区手取本町1番1号
	電話番号	096-328-2299
	受付時間	月～金 8:30～17:15

熊本県国民健康保険 団体連合会 介護サービス 苦情相談窓口	所在地	熊本市東区健軍2丁目4番10号
	電話番号	096-214-1101
	受付時間	月～金 8:00～17:00

第三者機関

熊本県社会福祉協議会	所在地	熊本県熊本市中央区南千反畑町3番7号
	電話番号	096-324-5454
	受付時間	月～土 8:30～17:00

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	()
	住所	
	電話番号	

8 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定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は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定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は、損害賠償を速やかに行います。ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠

償責任を減じる場合があります。

市町村（保険者）の窓口 熊本市健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課	所在地	熊本市中央区手取本町1番1号
	電話番号	096-328-2793
	メールアドレス	kaigojigyoushidou@city.kumamoto.lg.jp

居宅支援事業所の窓口	事業所	
	所在地	
	電話番号	
	担当介護 支援専門員	

9 お客様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者 乙

住所 熊本市北区鶴羽田3丁目1番53号

事業者（法人）名 医療法人室原会

事業所名 菊南病院（訪問リハビリテーション）

（事業所番号） 4310121472

代表者名 室原 良治 印

説明者 職名 _____

氏名 _____ 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

年 月 日

利用者 甲 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人（選任した場合）住所 _____

氏名 _____ 印

利用サービス変更合意書

年 月 日付の訪問リハビリテーションサービス利用契約について、新たな内容を記載した別添の重要事項説明書及びサービス内容説明書のとおりサービス提供の内容を変更することに合意します。

この契約内容変更の成立を証するため本証2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを契約書末尾に添付します。

年 月 日

利用者 甲 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人(選任した場合)住所 _____

氏名 _____ 印

事業者 乙住所 熊本市北区鶴羽田3丁目1番53号

事業者(法人)名 医療法人 室原会

施設名 菊南病院

(訪問リハビリテーション)

(事業所番号) 4310121472

代表者名 室原 良治 印

更新確認書

(甲) 私は、 年 月 日付の訪問リハビリテーションサービス利用契約書の更新につき、下記のとおり希望します。

- 契約書第4条の規定に基づき契約の更新を希望します。
 更新を拒絶します。
 その他 ()

年 月 日

利用者 甲 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人(選任した場合)住所 _____

氏名 _____ 印

(2) 私は、サービス事業者として、上記の甲の申出を承認します。
年 月 日

事業者 乙住所 熊本市北区鶴羽田3丁目1番53号

事業者(法人)名 医療法人 室原会

施設名 菊南病院

(訪問リハビリテーション)

(事業所番号) 4310121472

代表者名 室原 良治 印