

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

重要事項説明書

函館赤十字病院 訪問リハビリテーション

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

重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者の名称	函館赤十字病院
事業者の所在地	函館市堀川町6番21号
法人の種別	認可法人・日本赤十字社
代表者の氏名	院長 平田 康二
電話番号	0138(51)5315
FAX番号	0138(54)4558

2. 事業所の概要

事業所の名称	函館赤十字病院 訪問リハビリテーション
事業所の所在地	函館市堀川町6番21号
事業所番号	0111410064
管理者の氏名	平田 康二
電話番号	0138(35)5000
FAX番号	0138(35)5011

3. 事業の目的および運営方針

当事業所は、要介護状態及び要支援状態にある利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従い、訪問リハビリテーション計画及び介護予防訪問リハビリテーション計画を立て、利用者の居宅において、機能訓練、基本動作訓練、日常生活動作訓練、応用的日常生活動作訓練、その他必要なリハビリテーションを行うことにより、心身機能の維持向上を図り、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を継続して営むことができることを目的とします。

4. 通常の実施地域

通常の実業の実施地域は以下のとおりです。

函館市（旧戸井町、旧恵山町、旧椴法華村、旧南茅部町を除く）とする。

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 但し、国民の祝日及び開院記念日（11月1日）、 年末年始（12月29日～1月3日）を除く。
営業時間	午前8時40分から午後5時15分
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時30分

6. 事業所の職員体制

管理者（医師）	1名（常勤兼務）
医師	6名（常勤兼務）
作業療法士	1名（常勤専従）
理学療法士	1名（常勤兼務）

7. 施設サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

利用料金は、「介護保険負担割合証」に記載されている「利用者負担の割合」に準じます。

①利用料金

訪問リハビリテーション費	要介護1～5	308円/回 (1割負担の場合) 616円/回 (2割負担の場合) 924円/回 (3割負担の場合)
介護予防訪問リハビリテーション費	要支援1・2	298円/回 (1割負担の場合) 596円/回 (2割負担の場合) 894円/回 (3割負担の場合)

②その他の加算

加算名	料金	算定要件
短期集中 リハビリテーション加算 〔認定日または退院(所)日 から3月以内〕	<介護・予防> 200円/日 (1割負担の場合) 400円/日 (2割負担の場合) 600円/日 (3割負担の場合)	・1週間に2日以上および 1日あたり20分以上の 集中的なリハビリテーションを 実施した場合
認知症短期集中 リハビリテーション加算 〔退院(所)日又は、訪問リ ハビリテーション開始から3 月以内〕	<介護・予防> 240円/日 (1割負担の場合) 480円/日 (2割負担の場合) 720円/日 (3割負担の場合)	・1週間に2回を上限とする。
退院時共同指導加算	<介護・予防> 600円/1回 (1割負担の場合) 1200円/1回 (2割負担の場合) 1800円/1回 (3割負担の場合)	・入院中の者が退院するに当たり、訪 問リハビリテーション事業所の担 当者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1回に限り算定する。
サービス提供体制強化加算	<介護・予防> 6円/回 (1割負担の場合) 12円/回 (2割負担の場合) 18円/回 (3割負担の場合)	・勤続年数7年以上のスタッフが配置 されていること

(2) 介護保険給付外サービス（その他の料金）

①交通費

函館市（旧戸井町、旧恵山町、旧榎法華村、旧南茅部町を除く）に居住の訪問交通費は無料です。それ以外の実施地域を越えて行う（介護予防）訪問リハビリテーションに要した交通費については、通常の実施地域を越えた地点から1キロメートルあたり20円を徴収いたします。

②その他の費用

サービス実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者様負担となります。

③キャンセル料

利用者様の都合によりサービスを中止する場合でも基本的にキャンセル料はいただきません。サービスを中止する場合などは前日までにご連絡の程をよろしくお願いいたします。但し、下記条件時はキャンセル料を100%請求させていただきます。

※当日理由なしに急遽キャンセルされた場合。

※繰り返し無断キャンセルが続いた場合は契約解除となる場合があります。

(3) 支払い方法

毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、原則銀行振り込みとなります。但し当院かかりつけの方は受付窓口でのお支払いも利用できます。

お振込みの際は、下記振込先へ振込の程をよろしくお願いいたします。

郵便振込	口座記号・口座番号
加入者：函館赤十字病院	口座記号：02650-4 口座番号：5629

8. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、担当者までお気軽にご相談下さい。また、施設の相談窓口での受付や施設設置のご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用下さい。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

相談窓口 苦情対応窓口	電話番号 0138(51)5315 FAX番号 0138(54)4558 リハビリテーション課 課長 松村 圭 対応時間 午前9時00分～午後5時00分
-------------	---

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

函館市保健福祉部高齢福祉課	所在地 電話番号	函館市東雲町4番13号 0138(21)3025
北海道国民健康保険団体連合会 苦情処理相談専用直通電話	所在地 電話番号	札幌市中央区南2条西14丁目 011(231)5175
北斗市役所 民生部 保健福祉課 介護保険係	所在地 電話番号	北斗市中央1丁目3番10号 0138(73)3111
七飯町役場 福祉課	所在地 電話番号	亀田郡七飯町本町6丁目1-1 0138(65)2514

9. 事故発生時の対応

訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの実施にあたって事故発生した際には次の窓口で対応いたします。

事業者・事業所名	函館赤十字病院 函館赤十字病院 訪問リハビリテーション
管理者	平田 康二
リハビリテーション課 課長	松村 圭
電話番号	0138(51)5315
FAX 番号	0138(54)4558

10. 緊急時の対応

当事業所におけるサービス提供中に、ご利用者様に容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
御家族	氏名	(続柄:)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄:)
	連絡先	

11. 当事業所ご利用の際の留意事項

主治医からの 情報提供	訪問リハビリテーションを利用するにあたって、主治医からの情報提供が必要となります。その際、情報提供料が発生する場合があります。
当事業所医師に よる指示	主治医からの情報提供をもとに、当事業所医師が訪問リハビリテーションを指示します。指示の有効期限は、当事業所医師の診察日より3カ月間となりますので、3カ月に1回の診察が必要になります。

12. 身分証携帯義務

指定リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携帯し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

1 3. 高齢者の虐待防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- ①虐待防止マニュアルを設置し、従業者の人権意識の向上、知識や技術の向上に努めます。
- ②苦情解決体制の整備に努めます。
- ③従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ④虐待防止委員会を定期的に開催し、事案の報告・対応の検討などを行い従事者への周知徹底を図ります。
- ⑤年1～2回の研修会を実施し、知識・技術の補完を行いサービスの質向上を図ります。
- ⑥上記内容を円滑に遂行するために専任の担当者を設置します。
(担当者：リハビリテーション課課長 理学療法士 松村 圭)

1 4. 心身の状況の把握

指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況の把握に努めるものとします。

1 5. 居宅介護支援事業者等との連携

訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

1 6. サービス提供の記録

- ①サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は、サービスを提供した日から5年間保存します。
- ②利用者は、事業主に対して保存されるサービス提供記録の開示申請を請求することができます。

1 7. 衛生管理等

- ①サービス提供職員の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。
- ②指定訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について衛生的な管理に努めます。

1 8. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況について

意見箱等利用者の意見を把握する取組	あり
第三者評価の実施（北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構など）	なし
第三者評価を実施した直近の年月日	なし
評価結果の開示状況及び公表	なし

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者および事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

重要事項説明書について説明を受け、その内容を理解し、本契約を結びます。

【利用者】

住 所	_____
氏 名	_____
電 話	_____
代筆者	Ⓜ (続柄： _____)
代筆理由 (_____)

【連帯保証人】

住 所	_____
氏 名	(続柄： _____)
電 話	_____

(身元引受人)

当事業者は、利用者の申し込みを受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

【事業者】

所 在 地	函館市堀川町6番21号
名 称	函館赤十字病院
代 表 者	院 長 平田 康二

【事業所】

所 在 地	函館市堀川町6番21号
名 称	函館赤十字病院 訪問リハビリテーション
代 表 者	管理者 平田 康二

【説明担当者】

説 明 者	_____
-------	-------