

医療法人 愛生会 兼松病院 訪問リハビリテーション

利用重要事項説明書 (要介護)

1 事業所の概要：当事業所は介護保険の指定を受けています

- (1) 事業所名 医療法人 愛生会 兼松病院
介護保険事業所番号 第3610210043号
- (2) 所在地 鳴門市撫養町斉田字大堤54
- (3) 電話番号 (088) 685-4537
- (4) 代表者 兼松 晴彦

2 運営規定の概要

- (1) 業務内容 訪問リハビリテーション
- (2) 営業日、時間 原則として、月曜から土曜日までとする。午前9時から午後5時30分までとする
(ただし、12月31日、1月1日・2日を除く)
- (3) 事業所の目的

医療法人愛生会が開設する兼松病院（以下「事業所」という。）が行う指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーション（以下「訪問リハビリテーション等」という。）の事業は、介護保険法令に従い、ご契約者が、その有する能力に応じて可能な限り家庭での自立した生活を営むことが出来るように支援すること、そのための心身機能の維持回復を図ること、目的にサービスを提供する。

3 職員の勤務体制 理学療法士（1名以上）・作業療法士（1名以上）・言語聴覚士（1名）

4 事故発生時の対応

サービス提供中に事故があった場合、ご家族に速やかに連絡します。状況に応じてこちらの判断で、主治医、市町村及び関係機関、居宅介護支援事業所にも報告します。原因を究明し、今後同様の事故が発生することのないように再発防止策を検討します。

5 秘密保持

サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合を除いてこれを保護します。但し、あらかじめ同意をいただけた場合は、サービス担当者会議等一定の条件下で情報を共有することがあります。

6 苦情受付

医療法人 愛生会 兼松病院 リハビリテーション部 担当：田中 佳孝

TEL (088) 685-4537

徳島県国民健康保険団体連合会 (088) 666-0117

鳴門市役所 健康福祉部 長寿介護課 (088) 684-1216

7 ハラスメントについて

事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
利用者が事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメント等の行為を禁止します。

8 非常時災害時の対策

非常時災害時に備えるため、具体的防災計画を立て、定期的に訓練を行い、円滑且つ迅速に対処できるようにします。

9 虐待防止への取り組み

利用者の尊厳の保持や人格の尊重、人権の尊重の観点から、虐待の発生やその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施等の担当者を定め取り組みます。

医療法人愛生会 兼松病院 リハビリテーション部 担当：三宅 正徳

TEL (088) 685-4537

徳島県国民健康保険団体連合会 (088) 666-0117

鳴門市役所 健康福祉部 長寿介護課 (088) 684-1216

10 感染症の予防及びまん延防止のための措置

感染症の発生や拡大を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修等の担当者を定め取り組みます。

11 リハビリテーション会議の開催

3ヶ月に一度、利用者、ご家族、医師、ケアマネージャー、各サービス担当者、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者の状況の把握や、目標を共有するためにリハビリテーション会議の開催が必要となります。日程等は、ご相談させていただきますので、参加をお願いします。

12 その他

- (1) 職員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮ください。
- (2) 原則として1ヶ月間、ご利用のない場合は中止とさせていただきます。
- (3) 上記ハラスメント以外に、宗教・政治活動、業務妨害を認めた際はご利用をお断りいただく場合がございます。

13 利用料金（要介護1～5）

1 割負担の場合

訪問リハビリテーション	40分・・・616円	(20分 308円)
サービス提供体制強化加算Ⅰ	40分・・・12円	(20分 6円)
移行支援加算	1訪問につき・・・17円	
短期集中リハビリテーション実施加算	1訪問につき・・・200円	
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	1月につき・・・180円	
※事業所医師が説明・同意を得た場合		+270円
訪問リハビリ処遇改善加算	総単位数の1.5%	

2割負担の場合

訪問リハビリテーション	40分・・・1232円	(20分 616円)
サービス提供体制強化加算Ⅰ	40分・・・24円	(20分 12円)
移行支援加算	1訪問につき・・・34円	
短期集中リハビリテーション実施加算	1訪問につき・・・400円	
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	1月につき・・・360円	
※事業所医師が説明・同意を得た場合		+540円
訪問リハビリ処遇改善加算	総単位数の1.5%	

3割負担の場合

訪問リハビリテーション	40分・・・1848円	(20分 924円)
サービス提供体制強化加算Ⅰ	40分・・・18円	(20分 18円)
移行支援加算	1訪問につき・・・51円	
短期集中リハビリテーション実施加算	1訪問につき・・・600円	
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	1月につき・・・540円	
※事業所医師が説明・同意を得た場合		+810円
訪問リハビリ処遇改善加算	総単位数の1.5%	

※指定居宅サービス提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

〈事業所名〉 医療法人 愛生会 兼松病院

〈説明者名〉 _____ ㊞

(利用者)

※私は、本書面に基き重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意しました。

〈住 所〉 _____

〈氏 名〉 _____ ㊞

(署名代行者)

※私は、利用者の意思を確認の上、上記署名を代行しました。

〈住 所〉 _____

〈氏 名〉 _____ ㊞ 〈続 柄〉 _____