

川湯の森病院
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
重 要 事 項 説 明 書
(令和 3 年 4 月 1 日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設

| | |
|----------|--|
| 施設の名称 | 医療法人 共生会 川湯の森病院 |
| 開設年月日 | 平成 8 年 3 月 11 日 |
| 所在地 | 〒088-3465 北海道川上郡弟子屈町川湯温泉 4 丁目 8 番 30 号 |
| 電話番号 | 015-483-3132 |
| ファックス番号 | 015-483-2763 |
| 管理者氏名 | 院長 武井 みずほ |
| 介護保険指定番号 | 北海道 0114311541 号 |

(2) 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 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）事業は要介護状態（要支援状態）等となった場合においても、その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営む事が出来るよう、利用者の居宅において利用者の心身の機能維持・回復を図る事及び、利用者を取り巻く環境設定等の調整を行っていく事を目的としています。 |
| 運営方針 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の意思及び人格を尊重して、生きがいのある生活が営めるよう、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 2. 地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設並びにその他の保健医療サービスまたは、福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 |

(3) 施設定員等

| | |
|------|-----------------|
| 入院定員 | 100 名 |
| 病室 | 【個室】 個室 4 室 |
| | 【多床室】 4 人室 24 室 |

(4) 施設の職員体制

| 従業者の職種 | 総数 | 常勤 | 非常勤 | 兼務 | 夜間 | 保有資格等 |
|--------|----|----|-----|----------------|----|-----------|
| 理学療法士 | 1 | 1 | 0 | ※ ¹ | 0 | 理学療法士 1 名 |
| 作業療法士 | 3 | 3 | 0 | ※ ² | 0 | 作業療法士 3 名 |
| 言語聴覚士 | 1 | 1 | 0 | ※ ¹ | 0 | 言語聴覚士 1 名 |

※ 1 入院と訪問リハビリと兼務

2. サービス内容

| 種 類 | 内 容 |
|----------|---|
| 提供日 | ・月曜日から金曜日、祝祭日もご利用頂ける場合がございます。 (ただし、12月30日～1月3日を除く) |
| 提供時間 | ・9時00分から16時30分まで |
| 実施区域 | ・通常の事業の実施区域は弟子屈町・清里町・小清水町（市街地のみ） 斜里町（峰浜-豊里以西）です。町外の方は要相談とします。 |
| サービス計画 | ・医師の指示を基に、利用者・ご家族の希望を優先的に取り入れ、さら に理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士のリハビリテーション 専門職の視点から総合的に判断し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計画を作成します。 |
| 医学的管理・看護 | ・訪問時にバイタル（血圧、体温等）チェックを行います。 |
| 機能活動・運動 | ・個々の利用者を把握し、生活環境の整備と活動を提供することによ り機能の維持の向上・維持や低下の防止に努めます。また状態に合 わせ早期に集中的な個別の対応や認知・作業活動の対応も行います。 |
| 相談援助 | ・利用者及びご家族からの相談について、誠意を持って応じ、可能な 限り必要な援助を行います。（相談窓口） 当院相談員 |

※サービスの中には、利用者のご希望により提供するサービスがありますので、[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について]を参照し支援相談員にご相談ください。

3. 緊急時の連絡

「訪問リハビリテーションサービス申込書」にご記入いただいた連絡先にご連絡します。

4. 要望及び苦情等の相談

当院には支援相談の専門員として相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。

| | |
|--------------------------------|---|
| 当施設ご利用 相談室 | 窓口担当：相談員 藤田 徹也 対応時間：毎日8時30分～17時00分 受付電話：015-483-3121 ※当院待合室にございます「アンケートボックス・ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。 |
| その他行政等の 介護保険に関する 相談、苦情窓口 | ① 弟子屈町役場 健康推進課 介護保険係 TEL 015-482-2935 FAX 015-482-2696（代表） |
| | ② 清里町役場 保健福祉課 福祉グループ TEL 0152-25-2131 FAX 0152-25-3571 |
| | ③ 小清水町役場 保健福祉課 介護保険係 TEL 0152-62-4473 FAX 0152-62-4198 |
| | ④ 斜里町役場 保健福祉課 福祉係 TEL 0152-22-2500 FAX 0152-23-6670 |
| | ⑤ 北海道国民健康保険団体連合会 介護保険課 企画・苦情係 TEL 011-231-5175（苦情相談専用） FAX 011-233-2178 |

5. その他

当施設についての詳細は、パンフレット等を用意してありますので、ご覧ください。

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について

（令和 3年 4月1日現在）

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、介護保険被保険者証を確認させていただきます。

2. 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についての概要

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は、医師の指示に基づいた訪問リハビリテーションの計画により、理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士のリハビリテーション専門職がご家庭を訪問し、必要なリハビリテーションを行います。また、利用者やご家族にリハビリ上の必要事項について指導や説明を行います。このサービスを提供するに当たり、利用者・ご家族の希望を優先的に取り入れ、さらに専門職の視点から総合的に判断し、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作成します。この計画案の内容についてはご説明し、相談の上同意をいただき、サービス計画を決定します。

3. 利用料金

介護報酬 1 単位当たりの単価が見直され、当院の所在地である弟子屈町は地域区分ではその他の地域に該当し、1 単位 10 円→10 円となりました。以下の参考金額は便宜上、地域区分単価を含めての表示となっております。これらの金額は、端数処理により若干異なる場合がございます。

(1) 介護予防訪問リハビリテーション・訪問リハビリテーション

① 基本料金

| 項目 | 単位 | 参考金額 | 備考 |
|--------------|----------|-------------------|--|
| 訪問リハビリテーション費 | 307 単位/回 | 307 円若しくは 614 円/回 | 医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅を訪問し、20 分間リハビリテーションを行います |

② 加算（該当する場合に加算されます）

| 項目 | 単位 | 参考金額 | 備考 | |
|------------------------------|------------------------|----------------|---|---|
| 予防 短期集中リハビリテーション実施加算 | 200 単位/日 | 200 円/日 | 退院（所）又は初回認定日から 3 ヶ月以内に集中的なりハビリを実施 | |
| 介護 短期集中リハビリテーション加算 | 200 単位/日 | 200 円/日 | 退院（所）又は初回認定日から 3 ヶ月以内に集中的なりハビリを実施 | |
| 介護 リハビリテーションマネジメント加算 A のイ | 180 単位/月 | 180 円/月 | 医師を含めた会議を実施し、医師の指示を受けた PT/OT/ST が計画書に基づいて説明を行う事 | |
| 介護 | リハビリテーションマネジメント加算 A のロ | 213 単位/月 | 213 円/月 | A のイに加え、リハビリテーション計画書の内容に基づいたデータを提出しフィードバックを受ける事 |
| | リハビリテーションマネジメント加算 B のイ | 450 単位/月 | 450 円/月 | 医師を含めた会議で計画を実施し、それに基づいて医師が説明を行う事 |
| | リハビリテーションマネジメント加算 B のロ | 483 単位/月 | 483 円/月 | B のイに加え、リハビリ計画書の内容に基づいたデータを提出しフィードバックを受ける事 |
| サービス提供体制加算 | 6 単位/回 3 単位/回 | 6 円/回 3 円/回 | 7 年以上の勤続年数のあるものを配置 3 年以上の勤続年数のあるものを配置 | |
| 移行支援加算 | 17 単位/回 | 17 円/回 | 訪問リハビリテーションを実施し、利用者の社会参加を支援できた場合 | |
| 特別地域訪問リハビリテーション加算 | 所定単位数に 15%加算 | | 特別地域に所在する指定訪問リハビリ事業所の職員が訪問を行う事 | |
| コロナ特例的評価 | 所定単位数に 0.1%加算 | | 令和 3 年 4 月～9 月末までの間加算する事 | |

(2) その他の利用料金

| 項目 | 金額・備考 |
|-----|---|
| その他 | サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道等の費用は、別途利用者様の負担となります。 |

4. 支払い

| | |
|------------|---|
| 請求書 領収書 | 月末締め翌月請求 毎月 10 日までに、前月分の請求書を作成します。 その月の月末までにお支払いください。 お支払いいただきますと領収書を交付いたします。 |
| 支払い期日 | 月末 |
| 支払い方法 | 現金支払 銀行振込 振込口座 北洋銀行 弟子屈支店 (普) 0231077 イ) トモニイキルカイ 医) 共生会 |

個人情報の利用目的

(令和3年4月1日現在)

川湯の森病院では、利用者様の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者様への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔院内内部での利用目的〕

- ・利用者様に提供する医療・介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者様に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の医療・介護サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当院が利用者様に提供する介護サービスのうち
 - －他の施設、医療機関、歯科医療機関、居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携、照会への回答
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －ご家族様への病状並びに心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等
- ・当院の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

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重要事項についての同意書

本書面の内容を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、身元引受人及び当施設が署名又は記名捺印のうえ各 1 通を保有するものとします。

令和 年 月 日

当施設サービスの提供にあたり本書面に基づき重要な事項を説明しました。

| | | |
|-----|-----|------------------------------|
| 事業所 | 所在地 | 北海道川上郡弟子屈町川湯温泉 4 丁目 8 番 30 号 |
| | 施設名 | 川湯の森病院 |
| | 理事長 | 齋藤浩記 |

説明者 _____ 印

川湯の森病院の訪問リハビリテーションを利用するにあたり、川湯の森病院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利用重要事項及び個人情報利用目的の内容に関して、担当者による説明を受け十分に理解し、利用者及びその家族の個人情報については必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印