

日進老人保健施設訪問リハビリテーションのご案内

(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利用重要事項説明書)

1. 施設の概要 (2024年6月1日現在)

(1) 施設の名称等

- ・施設名 日進老人保健施設
- ・開設年月日 1996年4月26日
- ・所在地 日進市北新町二段場 920-10
- ・電話番号 0561-72-4172 ファックス番号 0561-72-4233
- ・管理者名 岩田 英世
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (2354980019)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

[目的]

日進老人保健施設(以下「当施設」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事業(以下「事業」という。)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、当施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が、計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、要介護状態(介護予防に当たっては要支援状態)にある者の自宅を訪問して心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法又は言語聴覚療法の必要なリハビリテーションを提供することを目的とする。

[運営方針]

- ・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、作業療法又は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とする。
- ・指定訪問リハビリテーションの提供に当たって、病状が安定期にあり、診察に基づき実施される計画的な医学的管理の下、自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた通院が困難な要介護者とする。
- ・指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たって、要支援者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、利用者が居宅において、理学療法、作業療法及び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、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
- ・事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、経済的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) 事業所の職員体制

| 職種 | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 |
|-------|----|-----|-------------|
| 医師 | 1名 | — | 診療・医学的管理 |
| 理学療法士 | 4名 | — | 訪問リハビリテーション |
| 作業療法士 | 2名 | — | 訪問リハビリテーション |
| 言語聴覚士 | 1名 | — | 訪問リハビリテーション |

(4) 営業日・営業時間

月～土曜日：8時30分～17時30分

※祝日・年末年始は適宜営業日を設定する。

- (5) サービス提供実施地域
日進市・長久手市の区域

2. サービス内容

利用者の居宅まで訪問します。

心身機能の維持・回復を図り、可能な限り居宅で利用者様の有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が評価し、利用者様に適した訓練プログラムを提供します。また、ご家族の方への適切な介助方法、環境調整等必要な助言・指導等を行います。

3. 利用料金 (2024年6月1日現在)

・日進市6級地：1単位＝10.33円

※負担割合によって利用料が異なります。

(1) 訪問リハビリテーション利用料 (要介護1～5)

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| ① 訪問リハビリテーション費 | 308 単位/回 (20分) |
| ② 短期集中リハビリテーション実施加算 | 200 単位/日 |
| ③ リハビリテーションマネジメント加算 (イ) | 180 単位/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) | 213 単位/月 |
| 医師が利用者等に説明し、同意を得た場合 (上記に加えて) | 270 単位/月 |
| ④ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 240 単位/日 |
| ⑤ 口腔連携強化加算 | 50 単位/月 |
| ⑥ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合 | ▲50 単位/回 |
| ⑦ 退院時共同指導加算 (退院時に1回限り) | 600 単位/回 |
| ⑧ 移行支援加算 | 17 単位/日 |
| ⑨ サービス提供体制強化加算 (I) | 6 単位/回 |

(2) 介護予防訪問リハビリテーション利用料 (要支援1、2)

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| ① 介護予防訪問リハビリテーション費 | 298 単位/回 (20分) |
| ② 短期集中リハビリテーション実施加算 | 200 単位/日 |
| ③ 口腔連携強化加算 | 50 単位/月 |
| ④ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合 | ▲50 単位/回 |
| ⑤ 利用開始月から12月を超えて利用した場合 | ▲30 単位/回 |
| ⑥ 退院時共同指導加算 (退院時に1回限り) | 600 単位/回 |
| ⑦ サービス提供体制強化加算 (I) | 6 単位/回 |

注) 利用者が「短期入所生活介護」、「短期入所療養介護」、「特定施設入居者生活介護」「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」、または「地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護」のサービスを受けている間は、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は提供できません。

《実施地域を超えて行う場合の交通費》

| | |
|--------------------|---------------|
| 実施地域を超える時点から10km未満 | 300円 (消費税は別途) |
| 実施地域を超える地点から10km以上 | 600円 (消費税は別途) |

《支払い方法》

毎月10日頃に、前月分の請求書を発送しますので、その月の月末までにお支払いください。
お支払いにつきましては、窓口支払い・銀行振込み・口座振替よりお選びください。

4. サービスの中止

(1) サービスを中止する際は、速やかに下記連絡先までご連絡ください。

連絡先：日進老人保健施設 訪問リハビリテーション 電話（0561）72-4172

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合は、前日までにご連絡ください。当日のキャンセルはキャンセル料が発生しますので、ご了承ください。但し、利用者の体調の急変など緊急やむを得ない事情がある場合はこの限りではありません。

・キャンセル料：利用者様負担金の100%

5. 緊急時等の対応

(1) サービス提供利用時に病状の急変が生じた場合には、必要に応じて臨時応急の手当てを行うと共に、速やかに主治医へ連絡し、指示を仰ぎ必要な措置を講じます。

【利用者の主治医】

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
| 主治医氏名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |

(2) 緊急時には同意書に記載いただきました連絡先に連絡します。

6. 要望及び苦情等の相談

要望や苦情がございましたら、当施設訪問リハビリテーション担当者までご連絡ください。また、介護サービスの苦情や相談は、市町村や国保連合会でも受付しています。

日進老人保健施設

理学療法士 村山・森下

電話（0561）72-4172

愛知県国民健康保険団体連合会

介護保険課

電話（052）971-4165

日進市役所介護福祉課

電話（0561）73-1495

長久手市役所福祉部長寿課

電話（0561）56-0613

7. 第三者評価の実施状況

実施の有無：無し

実施日： _____

評価機関： _____

結果の開示状況： _____

8. その他

詳細は、訪問リハビリテーション担当者までお問い合わせください。