

介護老人保健施設 淡路白寿苑

訪問（介護予防訪問）リハビリテーション利用について

（重要事項説明書 2024年 6月 1日現在）

社会医療法人社団 順心会

介護老人保健施設 淡路白寿苑

介護老人保健施設 淡路白寿苑

訪問（介護予防訪問）リハビリテーション利用について

（重要事項説明書 2024年6月1日現在）

1. 介護保険証等の確認

ご利用にあたり介護保険証、居宅介護サービス計画書（居宅介護支援事業者からの提出）等確認させていただきます。

2. 施設の概要

（1）施設の概要

施設名・・・社会医療法人社団 順心会
介護老人保健施設 淡路白寿苑
開設日・・・平成 8年 4月 1日
所在地・・・〒656-2151
兵庫県淡路市大町畑584-6
電話番号・・・0799-62-7200
FAX番号・・・0799-62-7201
管理者名・・・林 民樹
建物構造・・・鉄筋コンクリート3階
療養室 診察室 デイ・ルーム
ボランティアルーム 家庭介護教室 浴室 洗濯室
建築面積・・・5,404㎡
介護保険事業者番号： 介護保険施設 2851680013号

（2）介護老人保健施設の目的

介護老人保健施設とは、要介護・要支援であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、訪問リハビリテーション計画に基づいて、看護、医療的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいたうえでご利用ください。

介護老人保健施設 淡路白寿苑の運営方針

利用者様の自立を支援し、身体・精神機能維持向上を目指し、明るく家庭的な雰囲気地域や家族と連携した運営を行います。

職員体制

医師・看護師・介護士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・支援相談員・事務員

3. サービス内容

当施設でのサービスは、利用者様やご家族様の希望を十分に取り入れ、また、居宅サービス計画（ケアプラン）に基づいて提供いたします。在宅復帰・在宅生活支援の観点から短期・集中的なリハビリサービスを提供いたします。

(ア) 訪問（介護予防訪問）リハビリテーション計画の立案

(イ) リハビリテーション：理学療法士・作業療法士等による

- ① 健康状態の観察
- ② 機能訓練
- ③ ADL（日常生活動作）訓練
- ④ APDL（生活関連動作）練習
- ⑤ 外出・散歩
- ⑥ 認知症・高次脳機能アプローチ
- ⑦ 精神的援助
- ⑧ コミュニケーション手段
- ⑨ 余暇・レクリエーション活動
- ⑩ その他

(ウ) 環境・介護者の健康や悩みに関する相談

(エ) 居宅介護支援事業者との連携

(オ) 介護支援専門員を通じ、居宅サービス事業所に日常生活上の情報伝達

訪問リハビリテーションの実施地域：淡路市・洲本市

訪問リハビリテーションの営業時間：平日の午前9時～午後5時（*要相談）

4. 利用料金

（訪問リハビリテーション・介護予防リハビリテーション費）

（1）基本料金

- | | |
|--------------------|---------|
| ① 訪問リハビリテーション費 | 308 円/回 |
| ② 介護予防訪問リハビリテーション費 | 298 円/回 |

（2）加算等

- | | |
|------------------------|---------|
| ① リハビリテーションマネジメント加算（イ） | 180 円/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算（ロ） | 213 円/月 |

* リハビリテーション計画を医師が利用者又はその家族に説明した場合、上記加算に加えて算定。
270 円/回。

② 短期集中リハビリテーション実施加算

退院・退所日又は認定日から起算して3月以内。

また1週につき2日以上の実施の場合に算定。 200円/日

③ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

医師による認知症の診断があり、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者。

退院・退所日又は認定日から起算して3月以内。

1週間に2日を限度として加算。 240円/日

④ 口腔連携強化加算

口腔の健康状態を評価し、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価結果を情報共有した場合に算定する加算。 50円/回

⑤ 退院時共同指導加算

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、初回訪問リハビリテーションを実施した場合に算定。

退院につき一回に限り算定できる加算。 600円/回

⑥ サービス提供体制強化加算

(イ) 勤続年数7年以上の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が
リハビリテーションを行った場合に算定(30%以上) 6円/日

(ロ) 勤続年数3年以上の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が
リハビリテーションを行った場合に算定(30%以上) 3円/日

(3) 支払い方法

毎月、現金にてお支払いください。その都度、領収書を発行いたします。

(4) その他の費用

ご利用者の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者の負担になります。

5. 協力医療機関

当施設では利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応できるように以下の機関に協力をお願いしています。

協力医療機関

*名称： 兵庫県立淡路医療センター

住所： 兵庫県洲本市塩屋1丁目1-137 TEL0799-22-1200

*名称： 社会医療法人社団 順心会 順心淡路病院

住所： 兵庫県淡路市大町下66-1 TEL0799-62-7501

6. 要望、苦情について

当施設には支援相談の専門員として支援相談員（ケースワーカー）が勤務していますので、何でもお気軽にご相談ください。ご要望、苦情等について速やかに対応いたします。また、1階談話室、2・3階サービスステーション前に備え付けられた「ご意見箱」をご利用ください。顧客満足委員会で検討し回答いたします。

苦情等対応責任者	林 民樹（施設長）
苦情・相談窓口	竹内 誠（事務長）
	岡本 卓也（支援相談員）
	藤本 康弘（理学療法士）
	長尾 泰成（理学療法士）
	中川 ゆきの（作業療法士）
	TEL 0799-62-7200
	FAX 0799-62-7201

淡路市健康福祉部長寿介護課	苦情相談窓口	0799-64-2145
洲本市介護福祉課	苦情相談窓口	0799-22-9333
兵庫県国保連合会	苦情相談窓口	078-332-5617

7. 守秘義務及び個人情報の保護

施設職員に対して、施設職員である期間及び施設職員でなくなった後においても、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう指導教育を適時行うほか、施設職員等が本規程に反した場合は、違約金を求めます。

8. その他

パンフレットも用意しておりますのでご覧ください。

9. 個人情報の利用目的

介護老人保健施設「淡路白寿苑」では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、知りえた個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者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、当該利用者の介護・医療サービスの向上

[公的機関、他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －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
- ・介護サービスの利用者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、当該利用者の介護・医療サービスの向上
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- ・火災、災害時等における消防隊等公的機関への情報提供

【上記以外の利用目的】

[当施設の内部での利用に係る利用目的]

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

[公的機関、他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

介護老人保健施設 淡路白寿苑

訪問（介護予防訪問）リハビリテーション利用同意書

社会医療法人社団 順心会
介護老人保健施設 淡路白寿苑
施設長 林 民樹 印

介護老人保健施設 淡路白寿苑を訪問リハ利用するにあたり、利用約款及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受けこれらを充分理解した上で同意及び契約いたします。

（ 説明者 : 年 月 日 ）

契約日 : 年 月 日

契約者 住所 _____

氏名 _____ 印（続柄 _____）

利用者 住所 _____

（代筆者） 氏名 _____ 印 _____

※契約者と利用者が同一人物である場合には、利用者の記入欄記載の必要はございません。

連帯保証人 住所 _____

氏名 _____ 印（続柄 _____）

連帯保証人 住所 _____

氏名 _____ 印（続柄 _____）

緊急時連絡先 住所 _____

氏名 _____ 印（続柄 _____）

自宅 Tel _____ 携帯 _____

勤務先名 _____ 勤務先 Tel _____

※各電話番号と勤務先は必ず記入してください。