

(介護予防)訪問リハビリテーション「ウィングラス」 重要事項説明書

＜令和 年 月 日現在＞

1. (介護予防) 訪問リハビリテーション「ウィングラス」の概要

(1) 施設の名称・所在地等

事業所名称	ウィングラス
開設年月日	平成13年10月15日
本事業開始日	平成30年1月1日
所在地	長野県須坂市大字仁礼7番地10
電話番号	026-215-2662
FAX番号	026-215-2030
開設者名	社会福祉法人グリーンアルム福祉会（理事長 更級 尚）
介護保険指定番号	2050780028

(2) (介護予防) 訪問リハビリテーション「ウィングラス」の目的

- ①ウィングラス 訪問リハビリは、要支援者・要介護者に対し、医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（以下、理学療法士等）の従業者が共同して作成した（介護予防）訪問リハビリテーション計画に基づいて、ご利用者の心身の機能の維持回復を図り在宅生活の支援を目的としています。

(3) (介護予防) 訪問リハビリテーション「ウィングラス」の運営方針

- ①ウィングラス 訪問リハビリは、（介護予防）訪問リハビリテーション計画に基づくサービスを提供することで自立的生活支援を図り、地域や家庭との結び付きを強固に保ちながら、市町村等行政機関、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス提供事業者及び保健・医療・福祉サービス提供機関等との連携に努めます。
- ②ウィングラス 訪問リハビリは、サービス向上の為に、職員の研修や事業所内にて会議を開催して、質の維持・向上に努めます。

(4) (介護予防) 訪問リハビリテーション「ウィングラス」の営業日・営業時間

営業日 月曜日～金曜日（ただし、1月1日から1月3日までを除く）
管理者が必要と認めた場合は、土曜日及び日曜日もサービスを提供します。

営業時間 8：45～17：30

(5) 施設の職員体制

職 種	資 格	常 勤	非 常 勤	業務内容等
管理者	医師	1		所属職員の指揮監督
副管理者		必要数		管理者の補佐
理学療法士等	理学療法士又は 作業療法士又は 言語聴覚士	必要数		訪問リハビリテーション計画の作成 訪問リハビリテーションの提供
		1		1名は訪問リハビリ長を兼ねる
事務職員		必要数		

2. サービス内容

- (1) 利用者に対する心身の機能の回復のため、医師の指示やケアマネジャーからの情報等に基づいて（介護予防）訪問リハビリテーション計画を共同して作成します。
- (2) （介護予防）訪問リハビリテーション計画に基づいて、適切な日常生活上の機能訓練等を行い、ご利用者の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支援します。

<具体的な目的>

- ① ADL（日常生活動作）の低下防止と向上
- ② QOL（生活の質）の維持・向上
- ③ 身体機能の維持・向上と寝たきり防止
- ④ 社会性の維持・向上
- ⑤ 精神状態の改善
- ⑥ 介護者である家族への支援・助言
- ⑦ その他、利用者の状態の改善

<具体的な方法>

- ① 日常生活動作に関する訓練
- ② 自助具適用・使用訓練
- ③ 運動療法
- ④ 物理療法
- ⑤ 家族への療養上の指導及び相談
- ⑥ その他、適切な訓練等

*尚、当事業所の提供するサービスは、医療機関で行うリハビリテーション「治療」とは異なりますので、あらかじめご了承ください。

*当日の健康状態によって、サービス内容の変更やサービスを中止することがあります。

3. 利用料

- ・法定代理受領を前提とします。また、制度上の改定等で変更となる場合があります。
- ・介護保険の自己負担額は介護保険負担割合証に記載の割合額となります。
- ・介護保険の自己負担額の把握のため、「介護保険負担割合証」を提出していただきます。
- ・支払った自己負担額が一定額（上限額）を超えたときは、高額介護サービス費によりその超えた分が払い戻されます。高額介護サービス費についてはお住まいの市町村にお問い合わせください。

①サービス利用費

	基本料金		自己負担額		
			1 割	2 割	3 割
理学療法士等 (週 6 回まで) ※ただし、退院・退所直後のリハビリテーションの充実を図る観点から退院・退所の日から起算し 3 か月以内の利用者に対して医師の指示に基づき週 1 2 回まで算定できる。	要介護	3,080 円 (1 回あたり 20 分)	308 円	616 円	924 円
	要支援	2,980 円 (1 回あたり 20 分)	298 円	596 円	894 円

②その他の加算

加算項目	1 割自己負担額	内 容
	2 割自己負担額	
	3 割自己負担額	
短期集中リハビリテーション実施加算 (要介護)	200 円/日	退院若しくは退所した日、又は認定日から起算して 3 か月以内の期間は、1 週につき 2 日以上、1 日 20 分以上の個別リハビリテーションを実施した場合に算定します。
	400 円/日	
	600 円/日	
短期集中リハビリテーション実施加算 (要支援)	200 円/日	退院若しくは退所した日、又は認定日から起算して 1 か月以内の期間は 1 日 40 分以上を 1 週につき 2 日以上、1 か月以上 3 か月以内の期間は 1 日 20 分以上を 1 週につき 2 日以上の個別リハビリテーションを実施した場合に算定します。
	400 円/日	
	600 円/日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (要介護のみ)	240 円/日	認知症であると医師が判断した利用者に対して、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と判断された場合、退院若しくは退所した日、又は訪問開始日から 3 か月以内の期間に、1 日 20 分以上の集中的にリハビリテーションを実施した場合に、1 週に 2 日を限度として算定します。
	480 円/日	
	720 円/日	
口腔連携強化加算	50 円/月	口腔の健康状態の評価を実施した場合に、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、当該評価の結果を情報提供した場合に、1 か月に 1 回を限度に算定します。
	100 円/月	
	150 円/月	

加算項目	1割自己負担額	内 容
	2割自己負担額	
	3割自己負担額	
退院時共同指導加算	600円/回	医療機関に入院中の利用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医師又は理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、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に、当該退院につき1回を限度に算定します。
	1,200円/回	
	1,800円/回	
移行支援加算 (要介護のみ)	17円/日	・訪問リハビリテーションの利用により身体機能が向上し、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなど、質の高い訪問リハビリテーションを提供する場合に算定します。 ・評価対象期間中にリハビリテーションの提供終了日から起算して14日以降44日以内に、リハビリテーション終了者に対して、電話等により通所介護等の実施状況を確認し記録いたします。 ・リハビリテーション終了者が通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供いたします。
	34円/日	
	51円/日	
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	6円/回	職員のうち、1名以上が勤続7年以上である場合に算定します。
	12円/回	
	18円/回	
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	3円/回	職員のうち、1名以上が勤続3年以上である場合に算定します。
	6円/回	
	9円/回	
診療未実施減算	-50円/回	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に減算となります。ただし、医療機関に入院中リハビリテーションを受けていた利用者の、退院後1か月に限り減算を適用しない。
	-100円/回	
	-150円/回	
介護予防訪問リハビリテーション (12月超) 減算	-30円/回	利用を開始した日の属する月から12か月を超えて介護予防訪問リハビリテーションを行い、下記の要件を満たさない場合に減算となります。 ・3か月に1回以上、リハビリテーション会議を開催する。 ・リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画の見直しを行う。 ・リハビリテーション計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たり必要な情報を活用している。
	-60円/回	
	-90円/回	

加算項目	1割自己負担額	内 容
	2割自己負担額	
	3割自己負担額	
リハビリテーション マネジメント加算 (イ) ※ (要介護のみ)	180円/月	①医師がリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行い、さらに医師の指示内容を記録します。 ②リハビリテーション会議（テレビ電話会議可）を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録します。 ③3か月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直します。 ④理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行います。 ⑤理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が（指定居宅サービスの従業者と）利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。 ⑥リハビリテーション計画書について、計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は、言語聴覚士が説明し同意を得るとともに、医師へ報告します。 ⑦上記に適合することを確認し、記録します。
	360円/月	
	540円/月	
リハビリテーション マネジメント加算 (ロ) ※ (要介護のみ)	213円/月	リハビリテーションマネジメント加算（イ）の内容要件を満たし、利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定します。
	426円/月	
	639円/月	

※事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合に上記リハビリテーションマネジメント加算に、それぞれ270円/月を負担割合に乗じた金額を合算します。

加算項目	1割自己負担額	内 容
	2割自己負担額	
	3割自己負担額	
同一建物減算	所定単位数の100分の10の単位数を減算	事業所と同一建物に居住する利用者、又は隣接する敷地内の建物に20人以上居住する利用者にサービスを行った場合に適用されます。
特別地域訪問リハビリテーション加算	合計単位数に15%を加算	厚生労働省の定める地域に所在する事業所がサービスを提供する場合に算定します。
中山間地に居住する者へのサービス提供加算	合計単位数に5%を加算	事業の実施地域を超えて厚生労働省の定める地域に居住する利用者へサービスを提供する場合に算定します。
業務継続計画未実施減算	所定単位数の100分の1の単位数を減算	感染症や自然災害の発生時にサービス提供を継続的に実施するための業務継続計画の策定、それに従った必要な措置を講じていない場合適用されます。
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の100分の1の単位数を減算	虐待の発生またはその再発防止の措置（指針の整備・研修の実施・担当者の設置）が講じられていない場合に適用されます。

⑥その他の利用料

口座振替手数料	利用料の支払いについて、口座引落を希望された場合に手数料（実費）をご負担いただきます。
交通費	通常の事業の実施地域を越えてサービスを行った場合、通常の事業の実施地域を越えて1kmごとに110円の交通費をご負担いただきます。
キャンセル料	サービス当日の8時45分までにキャンセルのご連絡がなく、訪問した場合には、話し合いの上交通費等を請求させていただく場合があります。
その他	サービス提供時に必要となる電気機器、水道等光熱水費および、必要な物品に係る費用等のご利用者様の負担とさせていただきます。 事業所で作成した書類の写しを希望される場合には、コピー代を頂く場合があります。

上記以外に掛かる費用については説明の上、同意を得て徴収する場合があります。

4. 通常の事業の実施地域

須坂市、小布施町、高山村、長野市若穂地区

5. 緊急時の対応

サービス提供中に、利用者の心身の状態に急変又は緊急事態が発生した場合には、必要な応急手当てを行い、主治医、利用者の家族、事業所の管理者、担当ケアマネジャー等に報告するとともに、必要に応じて消防救急への連絡を行います。

6. 事故発生時の対応

ご利用者に事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご利用者のご家族、担当居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置をとらせて頂きます。

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって万が一事故が発生し、ご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかにご利用者に対して損害を賠償します。ただし、事業者が故意、過失がない場合にはこの限りではありません。

7. 第三者による評価の実施状況

福祉サービス第三者評価の受審状況は次のとおりです。

実施の有無	
実施した直近の年月日	
第三者評価機関名	
評価結果の開示状況	

8. 要望及び苦情の相談

利用に関する要望・苦情又は介護・療養に関する相談等は、下記までお申し出ください。

グリーンアルム福祉会	TEL 026-215-2662（代表） 受付時間 9:00～17:30 毎日
------------	--

なお、玄関ホールに「ご意見箱」を設置していますので、ご活用ください。
また、下記の窓口でも苦情相談等を受け付けています。

苦 情 相 談 窓 口	電 話 番 号	受 付 時 間
須坂市 高齢者福祉課	(026) 248-9020	
小布施町 健康福祉課福祉係	(026) 214-9108	
高山村 村民生活課福祉係	(026) 242-1201	
長野市高齢者活躍支援課介護施設係	(026) 224-5094	
長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	(026) 238-1580	9:00～17:00 (土・日・休日は除く)

以 上

（介護予防）訪問リハビリテーション「ウイングラス」の利用にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人グリーンアルム福祉会

所在地 長野県須坂市大字仁礼7番地10

名 称 (介護予防) 訪問リハビリテーション「ウィングラス」

管 理 者

[illegible]

氏 名

私は、契約書および本書面により、事業者から（介護予防）訪問リハビリテーション「ウイングラス」についての重要事項の説明を受け、同意致しました。

令和 年 月 日

ご利用者 住 所

氏 名

署名代行者 (続柄:)

氏名

代理人 住 所

氏 名

身元引受人 住 所

氏 名