

重要事項説明書

訪問リハビリテーション

【介護保険証の確認】

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

【利用条件】

要介護認定（1～5）を受けておられる方で、在宅にて生活をされている方が対象となります。

1. 事業所の名称等

- ・法人名 医療法人 生登会
- ・開設者名 理事長 寺 元 隆
- ・施設名 医療法人生登会 かわちながの介護老人保健施設
てらもと総合福祉センター
- ・指定年月日 平成30年 6月 1日
- ・所在地 大阪府 河内長野市 小山田町 1701番地の1
- ・電話番号 0721-52-7000
- ・FAX番号 0721-50-3500
- ・管理者名 事業所長 西尾 正一
- ・介護保険指定番号 2750780013号

2. 事業所の目的と運営方針

介護保険法令の趣旨に従い、利用者に対し、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、理学療法、作業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及び家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

この目的に沿って、事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

【てらもと総合福祉センターの運営方針】

1. 各種のサービスを通じて、老人福祉の質の確保と向上に努める
2. 居住環境等、中間施設としての機能の整備に努める
3. 利用者と家族及び地域社会との交流に努める
4. 退所者に対し、安心して家庭生活が送れるよう各種支援に努める
5. 諸活動を円滑にするため、市町村及び関係諸機関との連携を図る

3. 職員の配置状況・勤務体制及び職務内容

職 種	常 勤	非常勤	合 計
医師（施設と兼務）	1人以上	人	1人
理学療法士等（兼務）	1人以上	人	1人
事務職員（兼務）	若干名	人	若干名

勤務時間：日 勤：8：30～17：00（全職員）

【職員の業務内容】

- ①医師・・・事業所管理者の命を受け利用者の健康管理及び適切な医療の処置を講じます。
- ②理学療法士等・・・事業所管理者の命を受け利用者に対する機能訓練業務を行います。
- ③事務職員・・・事業所管理者の命を受け事務処理を行います。

4. 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日 ～ 土曜日（12月31日から1月3日除く）
営 業 時 間	午前8時40分 ～ 午後5時00分

5. 通常の事業実施地域

通常の事業実施地域（河内長野市）

6. 秘密の保持と個人情報の保護

①利用者及び身元引受人に関する秘密の保持について	事業所及び法人の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び身元引受人に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。なお、退職後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を誓約書により定めております。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
②個人情報の保護について	事業所は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の身元引受人の情報についても、同様の取り扱いといたします。事業所は、利用者及び身元引受人に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、又処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

7. サービス内容

- ① 介護支援専門員より作成された「居宅サービス計画」に基づき、サービス提供を行います。「居宅サービス計画」の目標達成のため、利用者の状況を適時観察し、計画内容を協議するため、サービス担当者会議等において、利用者並びに身元引受人の個人情報を用いることがあります。
- ② 介護支援専門員が作成する介護サービス計画を基に当事業所でリハビリテーション実施計画書を立案します。
- ③ 利用上必要な事項についての説明及び指導を行います。
- ④ 理学療法士等が利用者の自宅を訪問し、利用者の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節拘縮の予防、筋力・体力の改善、精神面では、知的能力の維持改善等を医師の指示に基づき行います。
- ⑤ その他(各種加算体制等・詳細は別紙にて説明)

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくこともありますので、詳しくは事務職員までご相談ください。

8. 利用料金

別紙参照

9. 支払い方法

毎月10日に、前月分の請求書を発行しますので、翌日11日から20日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発行いたします。
お支払いは、施設窓口、銀行振込の2通りの方法がありますので、利用契約時にお選び下さい。

10. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力をいただいております。

・協力医療機関

・名 称	医療法人 生登会 寺元記念病院
	(診療科目：・内科・循環器科・脳神経外科・外科・整形外科・その他)
・住 所	大阪府河内長野市古野町4番11号
・電話番号	0721-50-1111

・協力歯科医療機関

・名 称	医療法人 生登会 寺元記念病院
	歯科口腔外科
・住 所	大阪府河内長野市古野町4番11号
・電話番号	0721-50-1111

11. 他機関との連携

協力医療機関等への受診：事業所では、上記に記載通り病院や歯科診療所に協力をいただいておりますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

1 2 . 緊急時の連絡先

サービス提供中に、緊急の対応が必要になった場合、管理者に連絡するとともに、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、身元引受人、居宅介護支援事業所へ連絡いたします。

また、万が一何らかの事故等が起こった場合、適切な対応を行うとともに、利用者の保険者である市町村、利用者の身元引受人に連絡します。

「下記」にご記入いただいた連絡先に連絡致します。

氏名		続柄		電話番号	—	—
----	--	----	--	------	---	---

1 3 . 事故発生時の対応と損害賠償について

利用者に対するサービスの提供時に事故が発生した場合は、速やかに保険者（河内長野市：0721-53-1111）、担当介護支援専門員やかかりつけ医療機関、利用者の身元引受人に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

（1）当事業所において、事業所側の責任により利用者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業所側の損害賠償を減じる場合があります。

（2）事業所は自己に帰すべき事由がない場合は損害賠償を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業所側は損害賠償を免れます。

①利用者及び身元引受人が利用者の心身の状態及び病歴、その他必要な事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。

②利用者の急激な体調の変化や著しい行動障害等、予測不可能な事由にもつぱら起因して損害が発生した場合。

③利用者及び身元引受人が、事業所もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に、もつぱら起因して損害が発生した場合や、事業所が提供可能な安全への配慮を行ってもなお、防ぎようのない事由により損害が発生した場合。

※当事業所では、事故防止に向けて安全への配慮を行っておりますが、完全な事故防止は不可能であることをご理解下さいますようお願い申し上げます。

居宅介護支援事業者			
担当介護支援専門員		電話番号	- -

かかりつけ医療機関名			
主治医 ()	電話番号	-	-

14. 要望又は苦情等の申出

利用者及び身元引受人は、事業所の提供する訪問リハビリテーションサービスに対しての要望又は苦情等について、担当職員に申し出ていただくか又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出て下さい。(詳細は別紙にて説明。)

15. 身体拘束等、原則禁止

当事業所では、原則として利用者に対し身体拘束を行っておりません。但し、自傷他害の恐れがある等、やむを得ない場合は、事業所管理者である施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、事業所の職員がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を診療録に記載します。

16. 虐待防止に関する事項

1 事業所は利用者の人権の擁護・虐待等防止の為、次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待を防止する為の従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその身元引受人からの苦情処理体制の整備
- (3) その他、虐待防止の為に必要な措置（※）

2 事業所は、サービス提供中に、当該従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

※（3）その他、虐待防止の為に必要な措置の具体例

- ・虐待防止に関する責任者の選定及び措置
- ・成年後見制度の利用支援
- ・介護相談員の受入れ

私は本書面に基づいて、てらもと総合福祉センターの職員（氏名_____）から、重要事項の説明を受け、当事業所サービスの提供開始に同意しました。

_____年_____月_____日

事業所 所在地 河内長野市小山田町1701番地の1
施設名 医療法人 かわちながの介護老人保健施設
生登会 てらもと総合福祉センター

事業所管理者名 施設長 西尾 正一

法人名 医療法人 生登会
法人代表者名 理事長 寺元 隆 印

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

連絡先 _____

身元引受人 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

連絡先 _____

◆◇◆利用料のご案内(訪問リハビリテーション)◆◇◆

◆基本日額

(単位:円)

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
訪問リハビリテーション費 ※	319					
サービス提供体制強化加算 ※	7					
上記以外にも、状況に応じて別途加算分が必要となります。						
介護保険負担割合(1割)の方	326					各市町村・介護保険課発行の負担割合証を参照して下さい。
介護保険負担割合(2割)の方	652					
介護保険負担割合(3割)の方	978					

◇※印は、端数処理により若干金額が増減することがあります。

◇介護保険法改正等により、利用料に変更が生じる場合、利用者に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更致します。

◆その他加算

◆1割負担の場合の金額を記載しております。

サービス提供体制強化加算	7円/日	訪問リハビリを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち勤続年数3年以上の者がいる場合
リハビリテーションマネジメント加算A1	186円/月	リハビリテーション会議を開催し、訪問リハビリテーション計画を作成し、説明・同意を得ている場合(理学療法士等が説明)
リハビリテーションマネジメント加算A2	220円/月	A1の要件に加え、利用者毎のリハビリテーション実施計画等の情報を厚生労働省に提出している場合
上記に加えて	279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
短期集中リハビリテーション実施加算	207円/日	退院(所)又は認定日から起算して3月以内の期間に、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、集中的なリハビリテーションを実施した場合に算定
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	248円/日	認知症であると医師が判断した者に対し、退院(所)又は訪問開始日から起算して3月以内の期間に、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、集中的なリハビリテーションを実施した場合に算定(2日/週限度)
口腔連携強化加算	52円/月	事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意のもと、歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を行った場合
退院時共同指導加算	620円/回	医療機関からの退院後に、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し共同指導を行った場合
中山間地域等提供加算	所定単位数に5%加算	事業所が通常の事業実施地域を越えて、中山間地域等に居住する利用者へサービスを行った場合
移行支援加算	18円/回	評価対象期間において社会参加に資する取り組みを実施した割合が一定以上の場合
診療未実施減算	▲52円/回	事業所の医師が訪問リハビリテーション計画の作成にかかる診療を行わなかった場合

令和 6年 6月 1日 改定