

重要事項説明書

介護老人保健施設あいぜん苑
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所

1 事業者及び事業所の概要

(1) 事業者の概要

事業者名	社会福祉法人 愛染会
代表者名	白岩 和弘
所在地	秋田市上新城道川字愛染 58 番地 電話：018-870-2001 FAX：018-870-2333
法人設立	平成6年7月
資本金	467,000,000 円
職員数	141 名（パート職員も含む）

(2) 事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設あいぜん苑 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所
所在地	秋田市上新城道川字愛染 58 番地
連絡先	018-870-2001
管理者名	齋藤 寛
サービス種類	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
介護保険指定番号	0550180087 号
サービス提供地域	秋田市

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(3) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態のご利用者様に対して、適正な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を提供することを目的とします。
事業の方針	・ご利用者様が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します。 ・ご利用者様の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行います。 ・ご利用者様の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った

	サービス提供に努めます。 ・関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービス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。 ・訪問リハビリテーション等の提供にあたっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。 ・前項のほか「秋田市指定居宅サービス等の事業の人員、設備および運営に関する基準を定める条例」（平成24年秋田市条例第71号）及び「秋田市指定介護予防支援等の事業の人員および運営ならびに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」（平成26年秋田市条例第75号）その他の関係法令に定める内容を遵守して事業を実施します。
--	--

（４）営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ただし、国民の祝日、年末年始（12月29日～翌1月3日）は除く
営業時間	午前10：00 ～ 午後4：00

（５）職員体制及び職務内容

資 格	人 数	職 務
管理者 (医師)	常勤1名	事業所における管理及び利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、遵守すべき事項について指揮命令を行います。また、ご利用者様にサービス提供を行うにあたり、原則的に診療を行い、理学療法士または作業療法士に指示をすること及びご利用者様の健康管理及び保健衛生の指導を行います。
理学療法士 作業療法士	常勤2名 非常勤3名	作業療法士又は理学療法士は、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画（介護予防訪問リハビリテーション計画）に基づき、ご利用者様の生活機能の維持回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行います。

２ サービス内容

- （１）医療機関に入院してリハビリテーションを受けていた場合、医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、ご利用者様に係るリハビリテーションの状況を把握させていただきます。
- （２）事業所医師及び主治医の診療による指示に基づいて訪問リハビリテーション計画書（介護予防訪問リハビリテーション計画書）を作成し、その計画に沿ってリハビリテーションサービスを提供します。
- （３）作業療法士、理学療法士がご利用者様の自宅を訪問して、ご利用者様がその居宅にお

いて、より自立した日常生活を営むことができるように、生活機能の維持・向上を目的としたリハビリテーションサービスを提供します。

- (4) ご利用者様の心身の状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的及び具体的な方法、療養上必要な事項について、利用者様及びその家族様に理解しやすいように指導又は説明を行います。また、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うこととともに、計画の修正を行い、改善を図れるよう努めます。
- (5) 具体的なサービス内容としては、身体的リハビリや認知症予防リハビリ、環境調整、介助方法のアドバイス、家事や趣味活動への支援、社会参加や地域活動への支援などがあります。ご利用者様の状態に合ったサービス内容を検討します。
- (6) サービスを提供した際には、訪問日時、提供したリハビリテーションの内容等を診療録に記録します。
- (7) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

3 利用料金

(1) 費用

原則として、料金表（別記）に記載されている利用料金を負担していただきます。要件を満たす場合には、基本料金に加えて加算料金も負担していただきます。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月 10 日頃までに当月分の料金を請求いたしますので、20 日頃までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) その他の費用

ご利用者様の自宅において、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様に負担していただきます。また、複写物の費用は 1 枚につき 10 円を負担いただきます。

また、通常の事業の実施地域（秋田市）を越えてサービスを提供する場合は、交通費（実額）を徴収いたします。なお、自動車を利用した場合の交通費は、通常の実施地域（秋田市）を越えて 1 km につき 200 円徴収いたします。

(4) 介護保険給付対象外サービス

介護保険の適用とならない場合は、全額ご利用者様の負担となります。

(5) キャンセル料

- ①ご利用日の前営業日の 16 時までにご連絡をいただいた場合は無料となります。
- ②ご利用日の前営業日の 16 時までにご連絡がなかった場合は、介護保険にて定める料金の 50%を負担していただきます。

※ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合には、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

4 相談・苦情について

- (1) ご利用者様及びそのご家族様からの相談・苦情等に対する窓口を設置し、訪問リハビリテーション等に係るご利用者様からの要望、苦情等に対し、迅速に対応します。
- (2) ご利用者様又はそのご家族様から苦情の内容等について記録し、その完結の日から2年間その記録を保存します。

～ 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）～

TEL : 018-870-2001

FAX : 018-870-2333

担当部署： 介護老人保健施設あいぜん苑 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所

担当者： 佐藤 晃太郎

受付時間： 午前10:00～午後4:00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

5 緊急時の対応

訪問リハビリテーション等の提供中にご利用者様の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨機応変に手当てを行うとともに、速やかにご家族様に連絡します。また、主治医及び管理者、居宅支援事業所等に連絡します。

報告を受けた管理者は、主治医への連絡が困難な場合、職員と連携し、医療機関への救急搬送等必要な措置を講じます。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄:)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄:)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの 連絡基準		

6 事故発生時の対応

ご利用者様に対する訪問リハビリテーション等の提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族様、居宅介護支援事業所、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故の状況及び事故に対する処置について記録し、その完結の日から 5 年間保存します。

ご利用者様に対する訪問リハビリテーション等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

7 虐待防止のための措置

虐待の発生又はその再発を防止するために以下の措置を講じます。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。

(2) 虐待の防止のための指針を整備します。

(3) 職員に対して虐待の防止のための研修を定期的実施しています。

(4) (1) ～ (3) に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

(5) 訪問リハビリテーション等の提供中に当事業所職員又は養護者（ご家族、親族、同居人等）による虐待が疑われる事象が確認された場合、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めます。

8 身体的拘束等の適正化

訪問リハビリテーション等を提供する際に、ご利用者様の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。

身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際のご利用者様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

9 業務継続計画の策定

(1) 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者様に対する訪問リハビリテーション等の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

10 衛生管理

(1) 職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

(2) 事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。

(3) 事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措

置を講じます。

- ①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

1 1 個人情報の保護と秘密保持

(1) ご利用者様又はご家族様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。

(2) ご利用者様又はご家族様の個人情報については、事業所の介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとします。外部への情報提供については、ご利用者様又はご家族様の同意をあらかじめ書面により得るものとします。

(3) 事業所及び職員は、業務上知り得たご利用者様又はそのご家族様の秘密を保持します。

(4) 事業所は、職員に対して、業務上知り得たご利用者様又はそのご家族の秘密を保持させるため、職員である期間及び職員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容とします。

1 2 その他の重要事項

(1) 職員の資質向上を図るため次のとおり研修の機会を設けています。また、業務の執行体制についても検証、整備しています。

- ①採用時研修 採用後1か月以内
- ②継続研修 年1回

(2) 訪問リハビリテーション等の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための指針を明確化しています。訪問リハビリテーション等の提供にあたり、ご利用者様及びご家族様からのハラスメント行為が認められた場合には必要な措置を講じさせていただきます。

(3) 事業所は、訪問リハビリテーション等に関する諸記録を整備し、そのサービスを提供した日から最低5年間は保存します。

(4) 前述の事項のほか、運営に関する重要事項は社会福祉法人愛染会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとしています。

【事業者】

住 所：秋田市上新城道川字愛染 58 番地

法 人 名：社会福祉法人 愛 染 会

代表者：理事長 白 岩 和 弘

【事業所】

住 所：秋田市上新城道川字愛染 58 番地

事業所名：介護老人保健施設あいぜん苑

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所

(指定番号 0550180087)

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、
その内容に了承しました。

_____年 _____月 _____日

【ご利用者】 住 所 _____

氏 名 _____

【代理人】 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

署名代行理由：

(別記 料金表)

☆訪問リハビリテーション費(308 単位)

提供時間	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
20 分あたり	308 円	616 円	924 円
40 分あたり	616 円	1,232 円	1,848 円
60 分あたり	924 円	1,848 円	2,772 円

☆介護予防訪問リハビリテーション費(298 単位)

提供時間	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
20 分あたり	298 円	596 円	894 円
40 分あたり	596 円	1,192 円	1,788 円
60 分あたり	894 円	1,788 円	2,682 円

リハビリテーションマネジメント加算

	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
リハビリテーションマネジメント加算(イ)(180 単位/月) ※医師等によりリハビリテーションが管理されていること(計画、会議、理学療法士等による説明、サービス提供等)	180 円	360 円	540 円
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)(213 単位/月) ※(イ)の要件に加え、厚生労働省に計画書等の情報を提出していること	213 円	426 円	639 円
医師が利用者またはその家族に説明した場合(270 単位/月) ※(イ)または(ロ)の要件に加え、事業所医師が利用者またはその家族にリハビリテーション計画を説明し、同意を得ること	270 円	540 円	810 円

サービス提供体制強化加算 I (6 単位)

提供時間	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
20 分あたり	6 円	12 円	18 円
40 分あたり	12 円	18 円	36 円
60 分あたり	18 円	36 円	54 円

短期集中リハビリテーション加算(200 単位)

	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
1 日あたり	200 円	400 円	600 円

※退院(退所)日又は認定日から週2日以上訪問した場合に算定。退院(退所)日から3カ月以内が算定期間。

認知症短期集中リハビリテーション加算(240 単位)

	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
1 日あたり	240 円	480 円	720 円

※認知症状がある、かつ生活機能の改善が見込まれると医師に判断された場合に算定。週2回まで算定可能。退院(退所)日または訪問開始日から3カ月以内が算定期間。

退院時共同指導加算(600 単位)

	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
1 回につき	600 円	1,200 円	1,800 円

※医師等が退院前カンファレンスに参加し、病院または診療所の主治医等と情報を相互に共有した上で必要な指導を共同で行い、その内容を訪問リハビリテーション計画に反映させること。初回の訪問リハビリテーションを行った場合、当該退院につき1回に限り算定可能。

口腔連携強化加算加算(50 単位)

	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
1 日あたり	50 円	100 円	150 円

※口腔衛生状態及び口腔機能の評価を実施し、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を提供すること。