

介護予防訪問リハビリテーション  
重要事項説明書

No.

様

医療法人社団 帰厚堂  
こずかた診療所  
訪問リハビリテーションこずかた

## 重 要 事 項 説 明 書

&lt;令和 年 月 日現在&gt;

## 1. 事業者（法人）の概要

|         |                                       |
|---------|---------------------------------------|
| 名 称     | 医療法人社団 帰厚堂                            |
| 所 在 地   | 岩手県紫波郡矢巾町広宮沢 1-2-181                  |
| 電 話 番 号 | (TEL) 019-697-5211 (FAX) 019-697-5215 |
| 代 表 者 名 | 理事長 木村 宗孝                             |

## 2. 事業所の概要

|                    |                                                |
|--------------------|------------------------------------------------|
| 事業所名<br>および<br>所在地 | 訪問リハビリテーションこずかた<br>岩手県紫波郡矢巾町大字又兵衛新田第5地割335番地   |
|                    | 訪問リハビリテーションこずかた 若園分室<br>岩手県盛岡市若園町8番地11号        |
| 連絡先                | (TEL) 019-611-1380 (FAX) 019-611-2071          |
| 介護保険指定番号           | 介護予防訪問リハビリテーション 0312211105                     |
| サービスを提供する地域        | ①矢巾町 ②紫波町 ③盛岡市（玉山地区を除く）<br>（上記地域以外の方はご相談ください。） |

## 3. 事業所の職員体制

| 従業者の種類 |       | 人数<br>(人) | 区分    |        | 職務の内容       |
|--------|-------|-----------|-------|--------|-------------|
|        |       |           | 常勤(人) | 非常勤(人) |             |
| 管理者    |       | 1         | 1（兼務） |        | 労務、業務管理     |
| 訪問職員   | 理学療法士 | 3         | 3     |        | 訪問リハビリテーション |
|        | 作業療法士 | 5         | 5     |        | 〃           |
|        | 言語聴覚士 | 1         | 1     |        | 〃           |

## 4. サービス内容

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、医師の指示に基づき利用者の居宅を訪問します。利用者・家族のニーズを踏まえ、一人一人の症状に応じたサービス提供することで、快適な日常生活を営むことができるよう支援いたします。

- (1) 各種評価
- (2) 身体機能及び口腔練習
- (3) 日常生活動作練習

- (4) 日常コミュニケーション練習
- (5) 住環境整備
- (6) リハビリテーション相談
- (7) その他必要な支援

## 5. サービスの提供時間帯

|                                  |       |            |
|----------------------------------|-------|------------|
| 標準時間                             | 月曜～金曜 | 8:30～17:15 |
| (休業：土日祝日・年末年始12月30日～1月3日、盆休暇2日間) |       |            |

＜サービスについての相談窓口＞

電話 019-611-1380  
 担当 澁田 千夏（担当者不在の場合は他職員が対応致します）

## 6. 利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は原則として下記の料金表の通りです。  
 但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

| 区分等                                                                                                                                                        | 利用料<br>(1回あたり) | 利用者負担額 (円) |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|-------|-------|
|                                                                                                                                                            |                | 1割負担       | 2割負担  | 3割負担  |
| 理学療法士・作業療法士<br>言語聴覚士による<br>訪問リハビリテーション<br>(1回20分、週120分まで)                                                                                                  | 2,980 円        | 298 円      | 596 円 | 894 円 |
| 利用を開始した日の属する月<br>から起算して12月を越えて介<br>護予防訪問リハビリテーショ<br>ンを行った場合で、以下の項目<br>に該当しない場合(-300円/回)<br>① リハビリテーション会議の<br>開催 (1回/3月以上)<br>② リハビリテーション計画書<br>等の厚生労働省への提出 | 2,680 円        | 268 円      | 536 円 | 804 円 |

\* 退院・退所後3月以内は週240分まで実施可能。

| 加算の種類                                                 | 基本単位    | 利用料    | 利用者負担額 |        |        |
|-------------------------------------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|
|                                                       |         |        | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担   |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)                                       | 6単位/回   | 60円    | 6円     | 12円    | 18円    |
| 退院時共同指導加算(退院月のみ)                                      | 600単位/回 | 6,000円 | 600円   | 1,200円 | 1,800円 |
| 短期集中リハビリテーション<br>実施加算<br>退院、退所日又は要支援認定を<br>受けた日から3月以内 | 200単位/日 | 2,000円 | 200円   | 400円   | 600円   |

## 7. 料金のお支払い方法

当月分の請求書は、翌月の10日以降にお渡しいたしますので、末日までにお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。

## 8. 事業所の特色

＜運営の方針＞

在宅の療養者が、住み慣れた地域社会、家庭で日常生活を満たした療養生活ができるよう利用者のニーズを把握して、必要なリハビリテーションを提供し支援することと、質のよいリハビリテーションを提供する。また、地域との結びつきを重視し、他の保健、医療又は福祉サービスとの密接な連携に努める。

＜サービス利用のために＞

|                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| 職 員 変 更           | 変更を希望される方はお申し出ください     |
| 職 員 へ の 研 修 の 実 施 | 採用後6ヶ月以内(採用時)、各種研修(随時) |
| サービスマニュアルの作成      | 有り(別紙)                 |

## 9. サービス内容に関する苦情

### ①当事業所利用者相談・苦情担当

当事業所へのご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

担当 湊田 千夏 電話 019-611-1380

### ②その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

|                          | 市町村名               | 担 当            | 電 話                |
|--------------------------|--------------------|----------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 矢巾町                | ・健康長寿課 長寿支援係   | ( 019 ) 697 - 2111 |
| <input type="checkbox"/> | 紫波町                | ・長寿介護課 介護保険室   | ( 019 ) 672 - 4522 |
| <input type="checkbox"/> | 盛岡市                | ・介護保険課・高齢福祉課   | ( 019 ) 651 - 4111 |
| <input type="checkbox"/> | その他の市町村<br>( )     |                |                    |
| <input type="checkbox"/> | 岩手県国民健康<br>保険団体連合会 | ・介護サービス苦情・相談窓口 | ( 019 ) 604 - 6700 |

## 10. 緊急時の対応方法

利用者の症状に急変、その他の緊急事態が生じたときは速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行います。主治医への連絡が困難な場合は必要な処置を講ずるものとし、しかるべき処置をした場合には、速やかに管理者及び主治医に報告いたします。

|       |       |  |
|-------|-------|--|
| 主治医   | 医療機関名 |  |
|       | 氏 名   |  |
|       | 連 絡 先 |  |
| （家族等） | 氏 名   |  |
|       | 連 絡 先 |  |

## 11 事故発生時の対応

- ・サービスの提供によって、事故が生じた場合は、速やかに利用者のご家族や担当のケアマネジャー等に連絡し、必要な措置を講じます。
- ・サービスの提供に伴って、事業者の帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して、その損害を賠償します。

## 12. 個人情報の取り扱い

当事業所では、次の利用目的で個人情報を開示いたします。

- ①医療機関・他の事業所等の連携
- ②審査支払機関へのレセプトの提出および照会等の回答
- ③情報システム運用・保守業務等の委託
- ④事業所内において行われる学生の実習への協力
- ⑤事業所内における症例研究

※ 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払います。

## 13. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行わない事としております。緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に利用者及びその家族等へ説明と同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することとします。

## 14. 虐待防止のための措置

(1) 当事業所では利用者の人権の擁護・虐待防止のため次の措置を講じます。

- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ② 利用者及びその家族からの苦情等処理体制の整備
- ③ その他虐待防止のために必要な措置

(2) 事業所はサービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護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します。

## 15. 感染症蔓延及び災害等発生時の対応

- ① 感染症蔓延及び災害等発生時は、その規模や被害状況により通常の業務を行えない可能性があります。災害時の情報、被害状況を把握し、職員の安全を確保したうえで、利用者の安否確認や支援、関係機関との連携に努めながら必要時の訪問を行います。
- ② 指定感染症蔓延時には通常の業務を行えない場合があります。感染症の拡大状況を把握し、必要に応じて訪問を行います。訪問の際は予防対策を講じて支援を行います。

## 確 認 書

令和      年      月      日

介護予防訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

|     |       |                                        |
|-----|-------|----------------------------------------|
| 事業者 | 所 在 地 | 〒028-3614<br>岩手県紫波郡矢巾町大字又兵エ新田第5地割335番地 |
|     | 名 称   | 訪問リハビリテーションこずかた                        |
|     | 説 明 者 | 所属   （ 医療法人社団 帰厚堂 ）<br><br>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についての重要事項の説明を受けました。

|     |                |                             |
|-----|----------------|-----------------------------|
| 利用者 | 住            所 | 〒            -              |
|     | 氏            名 |                             |
|     | 電 話 番 号        | (            )            - |

|                |                                                                                                                                          |                             |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 利用者家族<br>(代理人) | <input type="checkbox"/> 私は、本人に代わり、上記署名を行いました。<br><input type="checkbox"/> 私は、利用者の家族（代理人）として、介護予防訪問リハビリテーションについて内容・利用料等の説明を受け、契約に同意しました。 |                             |
|                | 本人との関係                                                                                                                                   |                             |
|                | 住            所                                                                                                                           | 〒            -              |
|                | 氏            名                                                                                                                           |                             |
|                | 電 話 番 号                                                                                                                                  | (            )            - |

※本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名し、それをもって契約開始となる