介護予防訪問リハビリテーション
訪問リハビリテーション
重要事項説明書

医療法人　三才堂　内山医院
（愛知県指定　２３１４０００６８４）

1．事業の概要について

(1)　事業所の名称等

事業所名	内山医院訪問リハビリテーション事業所
事業所所在地	愛知県新城市平井字新栄2-1
連絡先	TEL：0536-22-3939　　FAX：0536-22-3232
営業日	月曜日～土曜日
休業日	水曜、土曜の午後・日曜日・祝祭日・お盆休み(当事業所のカレンダーによる)・年末年始(12月30日～1月3日)
営業時間	8時30分～17時30分まで
サービス提供地域	新城市（一部の地域を除く）　※別紙の通り

（2）事業の目的及び運営方針

・計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）にある者の自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法の必要なリハビリテーションを行うことを目的とする。

・要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限り、その居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう、理学療法・作業療法又は言語聴覚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、利用者の心身の機能の維持回復を図ることとする。

・指定訪問リハビリテーションの提供に当たって、病状が安定期にあり、診察に基づき実施される計画的な医学的管理の下、自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた通院が困難な要介護者とする。

・指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たって、要支援者が可能な限りその居宅において、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、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

２．訪問リハビリの従業者の職種、員数は次のとおりである。

（1）　管理者　1名（医師兼務）

（2）　理学療法士　1名以上（常勤1、通所リハビリテーションと兼務）

（3）　作業療法士　1名以上（常勤1、通所リハビリテーションと兼務）

（4）　言語聴覚士　1名以上（非常勤1、通所リハビリテーションと兼務）

・医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。

・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、医師と共同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際して指導を行います。

３．サービスの内容

主治医の指示に基づき、「訪問リハビリテーション計画書」に沿って提供します。

４．サービス提供の記録

事業者は一定期間ごとに「訪問リハビリテーション計画書」の内容に沿ってサービス提供の状況、目的達成等の状況等に関する「訪問リハビリテーションサービス記録書」等の書面を作成して、利用者に説明するとともに居宅介護支援事業所に説明します。

５．苦情対応等

利用者は、提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、市町村または国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることが出来ます。事業者は、利用者が苦情申し立てを行ったことを理由として何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

・当事業所の苦情受付担当　　山本　直美（作業療法士）電話 0536-22-3939

・県国民健康保険団体連合会

苦情相談窓口(平日の午前9時から午後5時) 電話 052-971-4165

・東三河広域連合　　介護保険課　　電話 0532-26-8471

・新城市　健康福祉部　高齢者支援課　　電話 0536-23-7688

６．事故発生時の対応

職員は、日常業務において介護・医療の安全を確保するために、利用者との信頼関係を構築するとともに、介護医療事故の発生防止に努めて参ります。事故発生時には、別に定める発生時の対応（指針）に基づき適切に対処します。

７．緊急時の連絡先

必ず確実に連絡が取れる先を契約書１2ページにご記入下さい。

８．サービス提供責任者等

（１）　サービス提供の責任者は次のとおりです。

（２）　サービスについてのご相談やご不満のある方は、どんなことでもお寄せ下さい。

氏名　　内山　晴旦

連絡先（電話）　　0536-24-1212

９．利用者負担金

（１）　利用者から頂く利用者負担金は、次の通りです。

（２）　この金額は介護保険法の法定利用料に基づく金額です。

【介護予防訪問リハビリテーション費】

基本料金　　298 単位（１回２０分　週に６回が限度）

※利用開始月から起算して 12 月を超えた場合、所定単位数から

１回につき５単位を減算

加算料金　※それぞれ実施した場合に基本料金に加算

短期集中リハビリテーション実施加算　　200単位（１日につき）

※退院・退所日から起算して３月以内、週２回以上

３月以内については週１２回まで実施可能

サービス提供体制強化加算Ⅰ　6単位（1回につき）

※1単位10.17円となります。

【訪問リハビリテーション費】

基本料金　　308単位（１回２０分　週に６回が限度）

加算料金　※それぞれ実施した場合に基本料金に加算

リハビリテーションマネジメント加算（イ）　　180単位（１月につき)

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）　　213単位（１月につき）

※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　上記に加えて　２７０単位（1月につき）

短期集中リハビリテーション実施加算　　200単位（１日につき）

※退院・退所日から起算して３月以内、週２回以上

３月以内については週１２回まで実施可能

認知症短期集中リハビリテーション実施加算　　240単位（1日につき）

※退院日又は訪問開始日から3月以内、週2日を限度

サービス提供体制強化加算Ⅰ　6単位（1回につき）

退院時共同指導加算　600単位（1回につき）

※1単位10.17円となります。

実費負担分　※使用した場合に負担

口腔ケアセット　　７７円／回（税込み）

その他リハビリで使用した材料や教材等　　実費

実施地域を越えた場合の交通費　往復　660円（税込み）

10．キャンセル

（1） 利用者がサービスの利用を中止する際は、速やかに当事業所までご連絡下さい。

連絡先　　（電話）0536-22-3939

（2） ご利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡をいただいた場合	無料
ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合	利用料の１０％

※ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

※ご本人様の健康上の理由等による場合はこの限りではありません。

１１．虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（1） 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知を図ります。

（2） 成年後見制度の利用を支援します。

（3） 苦情解決体制を整備します。

（4） 従業者に対する虐待防止を啓発･普及するための研修を実施します。

１２．身体拘束について

（1） 事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、やむを得ず身体拘束を行う場合には、その必要性について検討した上で、その態様及び時間、その際の心身の状況等を記録します。

（2） 事業所は身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を開催します。

（3） 身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

１３．業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、事業を継続的に実施するため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、必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、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に実施します。

(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。

１４．ハラスメントについて

サービス時に下記のような行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合は、サービス中止や契約解除することがあります。

（1） 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。

(2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。

(3) サービス利用中に無断で写真や動画撮影、録音等をすること。

（4） その他、サービス提供に支障をきたす行為。

１５．第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

訪問リハビリテーションに係る重要事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

（事業者）

所在地　　愛知県新城市平井字新栄2-1

事業所名　　内山医院 訪問リハビリテーション事業所

サービス説明者名

訪問リハビリテーションに係る重要事項の説明を受けました。

（利用者）　　住所

氏名

（利用者のご家族）　住所

氏名

個　人　情　報　使　用　同　意　書

医療法人　三才堂　内山医院

管理者　　内山　晴旦　殿

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

記

1.使用する目的

居宅サービスを利用される際の居宅介護支援事業所への情報提供。また、利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員と事業者との連絡調整において必要な場合に使用するため。

2.使用する機関

居宅支援事業所及び居宅サービス計画で定められた事業所。

3.条件

（1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外に洩れることのないよう、細心の注意を払うこと。

（2）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和　　年　　月　　日

利用者　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者のご家族　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿