

# 重 要 事 項 説 明 書

## 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

利用者\_\_\_\_\_様と事業者訪問リハビリテーションかりやは、事業所が利用者に提供する訪問リハビリテーションサービスについて、各々対等の立場を確認し、次の通り説明を行います。

### 1 指定訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業者の名称	医療法人 光慈会
代表者氏名	理事長 六鹿 直視
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	愛知県知立市新林町北林 44 番地 TEL:0566-81-1110 FAX : 0566-81-5501
法人設立年月日	1994 年 4 月 1 日

### 2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業について

#### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	医療法人光慈会 訪問リハビリテーションかりや
介護保険指定事業所番号	2372900650
事業所所在地	愛知県刈谷市小垣江町新庄 33 番地
連絡先 相談担当者名	TEL : 0566-63-5100 担当者：松田
事業所の訪問実施地域	知立市、刈谷市、高浜市、東浦町

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態または要支援状態にあり、主治医が指定訪問リハビリテーションの必要性を認めた高齢者に対し、理学療法士及び作業療法士等が、適正な訪問リハビリテーションを提供することを目的とする。
運営の方針	要介護者等の心身の状態、生活環境を踏まえ、残存機能の維持・回復を図り、その生活の質の確保するように支援する。 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと親密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

#### (3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前 8 時 45 分～午後 5 時 15 分
休日	日曜日・国民の休日・年末年始(12 月 30 日～1 月 3 日)

#### (4) 職員の配置状況

管理者	医師 大林 利博
担当者	その他の職員 ( )
訪問リハビリ員数	理学療法士 1 名以上、作業療法士 1 名以上、言語聴覚士 1 名

職	職務内容
医師	訪問リハビリテーションを実施するにあたり、事業所医師がリハビリテーション計画に係る診療を行い、本人・家族に説明します。
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	<p>1. サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業所と連携を図ります。</p> <p>2. 医師及びリハビリ専門職ほか、関わる他の職種と共に、居宅ケアプランの方針に基づき解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って指定訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成に当たっては、利用者・家族に説明したあとで、利用者の同意を得て、作成した計画書は、利用者に交付します。</p> <p>3. 訪問リハビリテーション計画に基づき、指定訪問リハビリテーションのサービスを提供します。</p> <p>4. 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。</p> <p>5. それぞれの利用者について、指定訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成します。</p> <p>6. リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、適切なサービスを提供します。</p>

### 3 提供するサービスの内容及び費用について

#### (1) 提供するサービス内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
指定訪問リハビリテーション	要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、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、利用者的心身の機能の維持回復を図ります。
指定介護予防訪問リハビリテーション	

#### (2) 利用料金

利用時間	40分
基本単位	<b>介護：616単位</b> (1回20分 308単位×2回分) *注1 <b>予防：596単位</b> (1回20分 298単位×2回分) *注1
備考	<p>*リハビリマネージメント加算（介護のみ）1月単位          (イ)：180単位 (ロ)：213単位</p> <p>*医師が利用者・家族に説明した場合 270単位</p> <p>*サービス提供体制強化加算 12単位 (1回6単位×2回分)</p> <p><b>*短期集中リハビリテーション実施加算</b>          退院・退所日又は認定日から起算して3ヶ月以内 週2日以上          ⇒1日につき200単位</p> <p><b>*認知症短期集中リハビリテーション加算</b>          認知症と医師に判断され、医師からの指示があった場合、退所日または訪問利用開始日から3ヶ月以内 1週2日まで          ⇒1日につき240単位</p> <p><b>*退院時共同指導加算 600単位/回</b></p>

\*注1 事業所医師の診察が無い場合、1回につき-50単位

\*基本的には、40分の提供となりますが、20分の提供も可能ですので、ご相談下さい。

\* 1単位=10.83円として計算し、1か月の総額の介護保険負担割合証の割合分がご利用者様負担額となります。

## (3) 利用料の徴収方法

- 支払いは利用者または家族に対して事前に文書で説明して支払いの同意を得た上で徴収します。
- 支払方法は基本口座引き落としとなります。

## (4) その他の費用について

交通費	通常の実施地域を超える範囲でのサービスの利用については以下の交通費をいただきます。 実施区域を超えてから、片道 1km 每に 30 円を加算（消費税は別途）
キャンセル	サービスの利用を中止する際は速やかに下記までご連絡ください。キャンセル料は不要です。 <a href="tel:0566-63-5100">TEL:0566-63-5100</a> （介護老人保健施設かりや）

## 4 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定訪問リハビリテーション事業所はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- 利用者又は家族からの金銭、預貯金通帳、証書、書類の預かり
- 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- その他利用者又は家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## 5 人権擁護、高齢者虐待防止について

- 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、従業者に十分に周知する。
- 虐待の防止のための指針を整備する。
- 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年 1 回以上実施する。
- 前（3）に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

## 6 身体拘束の禁止

高齢者又はその家族、関わる職員等の生命又は身体を保護するため緊急の場合を除き、身体拘束を行っていけない。やむを得ず高齢者の身体拘束、行動制限を行う場合は、その様態及び時間、その際の高齢者の状況並びにやむを得ない理由を記録する。

## 7 事故発生時の対応方法について

利用者に対する訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また利用者に対する指定訪問リハビリテーション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。

## 8 サービスの提供にあたって

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限）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所にお知らせください。

## 9 身分証携帯義務

指定訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## 10 衛生管理等

- (1) サービス提供職員等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) 指定訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。

## 11 サービスの利用にあたっての禁止行為について

当事業所は、利用者又は家族から従業員に対する以下の行為が明らかになった場合には、利用契約を終了することがあります。

- (1) 従業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) 従業員の身体及び財物の損傷、又は破壊する行為。

## 12 苦情処理と受付について

☆介護老人保健施設かりや

刈谷市小垣江町新庄 33 番地 TEL : 0566-63-5100

(担当) 松田 馬場 小林

☆国民健康保険連合会 TEL:052 - 971-4165 ☆刈谷市役所長寿課 TEL:0566-62-1013

☆知立市役所長寿介護係 TEL:0566-83-1111 ☆高浜市役所長寿課 TEL:0566-52-9871

☆知多北部広域連合（東浦）TEL:052-689-2262 ☆東浦町役場 TEL:0562-83-3111

年 月 日

### 《利 用 者》

私は重要事項についての文書に基づいて、事業者から説明を受け、この内容に同意いたします。

#### 【ご本人】

〈住所〉

〈氏名〉

印

#### 【ご家族・代理人】

〈住所〉

〈氏名〉

印

### 《事 業 所》

当事業所は、ご利用者様に対する訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、ご利用者様に重要事項を説明いたしました。

〈事業所名所〉 医療法人光慈会 訪問リハビリテーションかりや

〈事業者住所〉 刈谷市小垣江町新庄 33 番地

〈管理者〉 大林 利博

〈説明者〉 印