

介護老人保健施設 あさぎりの郷

訪問リハビリテーション重要事項説明書

山口県岩国市錦町広瀬705番地

社会福祉法人 錦福社会

TEL 0827-71-1111

重 要 事 項 説 明 書
(あさぎりの郷 訪問リハビリテーションサービス)

あなたに対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、平成11年3月31日厚生省令第37号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）第83条、第8条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 錦福社会		
法人所在地	山口県岩国市錦町広瀬758番地		
法人種別	社会福祉法人	代表者名	理事長 石井 忍
電話番号	0827-72-3523		
介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けている事業所名称（指定番号）	本事業所が介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けているサービスの種類		
あさぎりの郷（山口県 3550880045）	指定訪問リハビリテーション		

2. ご利用施設

施設所在地	山口県岩国市錦町広瀬705番地
管理者氏名	松本駿三
電話番号	0827-71-1111 F A X : 0827-71-1112

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	当事業所は、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、利用者の心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持、向上をめざします。
運営方針	1. 当事業所は、リハビリテーションを通じてご利用者様の「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るように努めます。
	2. 当事業所は介護支援専門員や各指定居宅サービス事業所の担当者等がリハビリテーションカンファレンスの場に参画し、リハビリテーションの観点からご利用者主体の日常生活に着目した支援方針や目標、計画を共有できるよう努めます。

4. 営業日、サービス提供時間ならびに通常の実施地域

営業日・時間	月曜日から金曜日（祝日および12/29～1/3を除く）午前8時15分より午後5時15分まで ※国民の祝日、年末年始の特定日においても営業日となる場合があります。
サービス提供時間	午前9時00分より午前10時00分まで
サービス実施地域	岩国市 錦町、美川町、本郷町 周南市 須万

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	区分				員数
	常勤		非常勤		
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者（医師）		1			1
理学療法士			3(0.375)		3

※管理者(医師)、理学療法士の勤務時間は午前8時15分～午後5時15分

6. サービスの概要

種 類	内 容
訪問リハビリテーション	・理学療法士や作業療法士が、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、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、利用者の心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持、向上をめざします。
健康管理	・血圧・体温等の健康チェックを行い、常にご利用者様の健康状態に注意し、日常の健康の保持のために適切な措置をとり、必要に応じてその記録を保存します。 (当事業所の協力医療機関) 機関名：岩国市立錦中央医院 診療科：内科 整形外科 脳神経外科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 皮膚科 緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引継ぎます。
相 談	・当事業所では、ご利用者様及びご家族からのいかなるご相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。相談担当者に、ご相談下さい。

7. サービス利用料金

(1) 介護保険給付サービス利用料

下記の料金表によってご利用者様の要介護度に応じたサービス利用料金をお支払いください。

(サービス利用料金は、ご利用者様の要介護度に応じて異なります。)

※65歳以上の方で、一定以上の所得のある場合は2割負担、その中でも特に所得の高い場合は3割負担となります。

◆ 1 割負担の場合

区 分		料 金
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション	基本料金 (1回20分以上のサービス 1週に6回が限度。退院・退所 後から3月以内は12回まで可能)	308円/回

※1回あたり

【各種サービス加算】

- ・サービス提供体制強化加算Ⅰ 6円/回 (7年以上の勤続年数のある者が配置されていること)
- ・サービス提供体制強化加算Ⅱ 3円/回 (3年以上の勤続年数のある者が配置されていること)
- ・リハビリテーションマネジメント加算ロ 213円/月
- ・リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合 270円/月 (リハマネ加算ロに加えて毎月加算)
- ・退院時共同指導加算 600円/回 (退院につき1回を限度)
- ・短期集中個別リハビリテーション実施加算 200円/日 (退院 (退所) 日又は認定日より3ヶ月以内)
- ・移行支援加算 17円/日 (算定可能年度のみ)
- ・特別地域訪問リハビリテーション加算 プラス15% (月額基本料金に15%上乘せ)
- ・事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合 マイナス50円/回 (基本料金から減算)

◆ 2 割負担の場合

区 分		料 金
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション	基本料金 (1回20分以上のサービス 1週に6回が限度。退院・退所 後から3月以内は12回まで可能)	616円/回

※1回あたり

【各種サービス加算】

- ・サービス提供体制強化加算Ⅰ 12円/回 (7年以上の勤続年数のある者が配置されていること)
- ・サービス提供体制強化加算Ⅱ 6円/回 (3年以上の勤続年数のある者が配置されていること)
- ・リハビリテーションマネジメント加算ロ 426円/月
- ・リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合 540円/月 (リハマネ加算ロに加えて毎月加算)
- ・退院時共同指導加算 1200円/回 (退院につき1回を限度)
- ・短期集中個別リハビリテーション実施加算 400円/日 (退院 (退所) 日又は認定日より3ヶ月以内)
- ・移行支援加算 34円/日 (算定可能年度のみ)
- ・特別地域訪問リハビリテーション加算 プラス15% (月額基本料金に15%上乘せ)
- ・事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合 マイナス100円/回 (基本料金から減算)

◆ 3 割負担の場合	
区 分	料 金
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション	基本料金 (1回20分以上のサービス 1週に6回が限度。退院・退所 後から3月以内は12回まで可能)
	924円/回
※1回あたり	
【各種サービス加算】	
・ サービス提供体制強化加算Ⅰ	18円/回 (7年以上の勤続年数のある者が配置されていること)
・ サービス提供体制強化加算Ⅱ	9円/回 (3年以上の勤続年数のある者が配置されていること)
・ リハビリテーションマネジメント加算ロ	639円/月
・ リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合	810円/月 (リハマネ加算ロに加えて毎月加算)
・ 退院時共同指導加算	1800円/月 (退院につき1回を限度)
・ 短期集中個別リハビリテーション実施加算	600円/日 (退院 (退所) 日又は認定日より3ヶ月以内)
・ 移行支援加算	51円/日 (算定可能年度のみ)
・ 特別地域訪問リハビリテーション加算	プラス15% (月額基本料金に15%上乘せ)
・ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	マイナス150円/回 (基本料金から減算)

※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

※ リハビリテーションマネジメント加算口については、①医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること。②リハビリテーション会議（テレビ会議等）を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録する。③3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直す。④PT、OT、STが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。⑤PT、OT、STが（指定居宅サービスの従業者と）利用者の居宅を訪問し、その家族（当該従業者）に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。⑥リハビリテーション計画について、計画作成に関与したPT、OT、STが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。⑦上記に適合することを確認し、記録すること。

⑧利用者毎の訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。（LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用）

※ リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し、同意を得た場合の加算について、リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合の加算について、リハビリテーション計画について、医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること。上記に適合することを確認し、記録すること。

※ 退院時共同指導加算について病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又はPT、OT若しくはSTが、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

※ 短期集中リハビリテーション加算は利用者に対して、集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。

退院（退所）日又は介護認定の効力発生日から起算して3月以内の期間に、1週間につき概ね2日以上、1日あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。

※ 移行支援加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定訪問リハビリテーション事業所がリハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合に、評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内に限り、1日につき所定単位数を加算するものです。

※ 特別地域加算について厚生労働大臣が定める地域に所在する指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問リハビリテーションを提供した場合に算定するものです。

特別地域…岩国市錦町、本郷町、美川町

指定訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下で実施するとともに、当該医師の診療の日から３月以内に行われた場合に算定する。また、例外として、指定訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（指定訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成し、指定訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った別の医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から３月以内に行われた場合に算定する。この場合、少なくとも３月に１回は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行う。

(2) 介護保険給付外サービス利用料

①交通費

指定訪問リハビリテーションに要した交通費を請求することがあります。

- (1) 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道5km未満 500円
- (2) 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道5km以上 800円

②複写物の交付

ご利用者様は、サービス提供について記録はいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をいただきます。

8. ご利用者様負担金のお支払い方法

- * ご利用者様が負担される費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月の26日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。
- * 1ヶ月未満の期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

- (1) 金融機関口座からの自動引落とし
 - * ご利用できる金融機関 山口銀行
ゆうちょ銀行
- (2) あさぎりの郷窓口での現金によるお支払い
- (3) 現金支払い
- (4) 指定口座への振込み 山口銀行 広瀬支店 普通預金 6042693
(名義) 社会福祉法人 錦福社会
※手数料は利用者様負担 あさぎりの郷 理事長 石井 忍

9. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話等でお近くの居宅支援事業所へご相談ください。
訪問リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。
* 居宅サービス計画の作成を依頼している方は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合
サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。
ただし、ご利用者様の病変、入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間1週間以内の通知でもこの契約を解約する事ができます。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。
・お客様の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、あるいは、お客様が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。
※上記により、契約を解除する場合、事業者は居宅介護支援事業所、または保険者である区市町村と連絡を取り、利用者の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業所の紹介その他の必要な措置を講じる。

③自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が要支援もしくは非該当と認定された場合
・ご利用者様が長期入院、長期休止等になられた場合
(概ね一月程度入院でご利用ができない場合やご利用の予定がない場合)
・ご利用者様がお亡くなりになった場合

④その他
以下の場合は、直ちに契約を解約する事ができます。
・事業者が正当な理由がなくサービスを提供しない場合
・事業者が守秘義務に反した場合
・事業者がご利用者様やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
・事業者が破産した場合
・ご利用者様のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう督促したにもかかわらず、支払いが行われない場合
・ご利用者様又はその家族が事業者に対して、契約を継続し難いほどの行為があった場合

(3) サービスの利用にあたっての留意事項

①当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような行為（身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメント等）はご遠慮願います。

10. 相談並びに苦情の受付について

- (1) 相談・助言に関すること

・生活、身上、介護に関する相談・助言

・住宅改良に関する相談・助言

・その他必要な相談・助言

＊ご利用者様及びその家族からいかなる相談についても誠意を持って可能な限り援助を行うように努めます。
- (2) 当事業所における苦情の受付

○苦情受付窓口（担当者）

<職 名>

業務統括部長

氏名

岩本直哉

理学療法士

氏名

黒川莞大

瀧本樹希

○受付時間

毎週月曜日～金曜日

午前8時15分～午後5時15分

○電話

0827-71-1111

○苦情解決責任者

副施設長

氏名

大田明美
- (3) 行政機関等相談窓口

・岩国市健康福祉部福祉政策課

TEL 0827-29-5072

・岩国市岩国第五地域包括支援センター

TEL 0827-71-0055

・岩国市高齢者支援課地域包括支援センター地域支援班（美川）

TEL 0827-76-0231

・山口県国民健康保険団体連合会

TEL 083-995-1010

11. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、お客様にサービスを提供するにあたり、次のことを遵守します。

- ①ご利用者様の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

②笑顔でやさしく心から対応します。

③ご利用者様の体調・健康状態を判断し、確認の上で介護サービスを実施するものとします。

④医師・医療機関への連絡体制を確保します。

⑤ご利用者様に対する介護サービスの実施について記録を作成し、それを2年間保管します。

ご利用者様又は代理人の請求に応じてこれを閲覧、又は複写物を交付します。

12. 緊急時の対応方法

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

ご利用者様の 主治医	氏名	
	所属医療機関	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	所在地	
	電話番号	

13. 協力医療機関

医療機関名	岩国市立 錦中央医院
所 在 地	岩国市錦町広瀬1072－1
電話番号	0827-72-2321
診 療 科	内科 整形外科 脳神経外科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 皮膚科

14. 個人情報保護に対する基本方針

社会福祉法人錦福社会は、利用者等の個人情報適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。
当法人が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイダンスを遵守し、個人情報の保護を図ります。

個人情報保護に対する基本方針について以上の内容で承諾いたします。

契約者兼利用者

住 所

氏 名 印

15. 高齢者虐待防止について

1. 当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のため次の措置を講じます。
①職員に対して虐待防止の為の定期的な研修を実施して人権意識の向上を図り、虐待の未然防止に努めます。
②利用者および家族からの苦情処理体制を整備しています。
③虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知します。
④前3項に対する担当者を設置します。 担当者：理学療法士 黒川莞大
2. 当事業所は、サービス提供中に当該事業所職員または擁護者（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には、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

16. 事故発生時の対応について

- ①事故発生（発見）直後は、救急搬送の要請など、ご利用者の生命・身体の安全を最優先に対応します。
②ご利用者の生命・身体の安全を確保したうえで、速やかにご家族に連絡をとり、その時点で明らかになっている範囲で事故の状況をご説明し当面の対応を協議致します。なお事故の内容によっては、事故現場を保存し、さらに、市町村等関係機関への連絡を行います。
③事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。
④事故に至る経緯、事故の対応、事故後の経過、事故の原因等を整理・分析します。
⑤利用者やご家族に対し、「③」の結果に基づいて、事故に至る経緯その他の事情をご説明致します。
⑥事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。

令和 年 月 日

訪問リハビリテーションでのサービスの提供開始にあたり、本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

訪問リハビリテーション事業所
説明者職名 氏 名 _____

私たちは、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人

住 所 _____

氏 名 _____

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、訪問リハビリテーションサービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住 所 _____

氏 名 _____

(契約者との関係)

介護老人保健施設 あさぎりの郷

介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明

山口県岩国市錦町広瀬705番地

社会福祉法人 錦福社会

TEL 0827-71-1111

重 要 事 項 説 明 書
(あさぎりの郷 介護予防訪問リハビリテーションサービス)

あなたに対する介護予防訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、平成１１年３月３１日厚生省令第３７号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）第８３条、第８条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

１．事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 錦福社会		
法人所在地	山口県岩国市錦町広瀬758番地		
法人種別	社会福祉法人	代表者名	理事長 石井 忍
電話番号	0827-72-3523		

介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けている事業所名称 (指定番号)	本事業所が介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けているサービスの種類
あさぎりの郷 (山口県 3550880045)	指定介護予防訪問リハビリテーション

２．ご利用施設

施設所在地	山口県岩国市錦町広瀬705番地
管理者氏名	松本駿三
電話番号	0827-71-1111 F A X : 0827-71-1112

３．事業の目的と運営方針

事業の目的	当事業所は、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り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り、生活機能の維持、向上をめざします。
運営方針	１．当事業所は、リハビリテーションを通じてご利用者様の「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るように努めます。
	２．当事業所は介護支援専門員や各指定居宅サービス事業所の担当者等がリハビリテーションカンファレンスの場に参画し、リハビリテーションの観点からご利用者主体の日常生活に着目した支援方針や目標、計画を共有できるよう努めます。

４．営業日、サービス提供時間ならびに通常の実施地域

営業日・時間	月曜日から金曜日（祝日および12/29～1/3を除く）午前8時15分より午後5時15分まで ※国民の祝日、年末年始の特定日においても営業日となる場合があります。
サービス提供時間	午前9時00分より午前10時00分まで
サービス実施地域	岩国市 錦町、美川町、本郷町 周南市 須万

５．事業所の職員体制

従業者の職種	区分				員数
	常勤		非常勤		
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者（医師）		1			1
理学療法士			3(0.375)		3

※管理者(医師)、理学療法士の勤務時間は午前8時15分～午後5時15分

6. サービスの概要

種 類	内 容
介護予防 訪問リハビリテーション	・理学療法士や作業療法士が、利用者の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、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、利用者の心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持、向上をめざします。
健康管理	・血圧・体温等の健康チェックを行い、常にご利用者様の健康状態に注意し、日常の健康の保持のために適切な措置をとり、必要に応じてその記録を保存します。 (当事業所の協力医療機関) 機関名：岩国市立錦中央医院 診療科：内科 整形外科 脳神経外科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 皮膚科 緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引継ぎます。
相 談	・当事業所では、ご利用者様及びご家族からのいかなるご相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。相談担当者に、ご相談下さい。

7. サービス利用料金

- (1) 介護保険給付サービス利用料
- 下記の料金表によってご利用者様の要介護度に応じたサービス利用料金をお支払いください。
(サービス利用料金は、ご利用者様の要介護度に応じて異なります。)
- ※65歳以上の方で、一定以上の所得のある場合は2割負担、その中でも特に所得の高い場合は3割負担となります。

◆ 1割負担の場合

区 分		料 金
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション	基本料金 (1回20分以上のサービス 1週に6回が限度。退院・退所 後から3月以内は12回まで可能)	298円/回

※1回あたり

【各種サービス加算】

・サービス提供体制強化加算Ⅰ

6円/回 (7年以上の勤続年数のある者が配置されていること)

・サービス提供体制強化加算Ⅱ

3円/回 (3年以上の勤続年数のある者が配置されていること)

・短期集中個別リハビリテーション実施加算

200円/日 (退院 (退所) 日又は認定日より3ヶ月以内)

・事業所評価加算

120円/月

・特別地域訪問リハビリテーション加算

プラス15% (月額基本料金に15%上乘せ)

・事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

マイナス50円/回 (基本料金から減算)

・利用開始月から12月を超えた期間にリハビリテーションを行った場合

マイナス30円/回 (基本料金から減算)

(3月に1回はリハビリ会議を開催し、利用者の状況を構成員と共有、状態変化に応じてリハビリ計画書の見直し、また、リハビリデータを定期的に厚生労働省(LIFE)へ提出し必要な情報を活用することで減算(30単位/回)は行わない。)

・退院時共同指導加算

600円 (退院につき1回を限度)

◆ 2割負担の場合

区 分		料 金
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション	基本料金 (1回20分以上のサービス 1週に6回が限度。退院・退所 後から3月以内は12回まで可能)	596円/回

※1回あたり

【各種サービス加算】

・サービス提供体制強化加算Ⅰ

12円/回 (7年以上の勤続年数のある者が配置されていること)

・サービス提供体制強化加算Ⅱ

6円/回 (3年以上の勤続年数のある者が配置されていること)

・短期集中個別リハビリテーション実施加算

400円/日 (退院 (退所) 日又は認定日より3ヶ月以内)

・事業所評価加算

240円/月

・特別地域訪問リハビリテーション加算

プラス15% (月額基本料金に15%上乘せ)

・事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

マイナス100円/回 (基本料金から減算)

・利用開始月から12月を超えた期間にリハビリテーションを行った場合

マイナス60円/回 (基本料金から減算)

(3月に1回はリハビリ会議を開催し、利用者の状況を構成員と共有、状態変化に応じてリハビリ計画書の見直し、また、リハビリデータを定期的に厚生労働省(LIFE)へ提出し必要な情報を活用することで減算(60単位/回)は行わない。)

・退院時共同指導加算

1200円 (退院につき1回を限度)

◆ 3割負担の場合		
区 分		料 金
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション	基本料金 (1回20分以上のサービス 1週に6回が限度。退院・退所 後から3月以内は12回まで可能)	894円/回
※1回あたり		
【各種サービス加算】		
・サービス提供体制強化加算Ⅰ		18円/回 (7年以上の勤続年数のある者が配置されていること)
・サービス提供体制強化加算Ⅱ		9円/回 (3年以上の勤続年数のある者が配置されていること)
・短期集中個別リハビリテーション実施加算		600円/日 (退院 (退所) 日又は認定日より3ヶ月以内)
・事業所評価加算		360円/月
・特別地域訪問リハビリテーション加算		プラス15% (月額基本料金に15%上乘せ)
・事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合		マイナス150円/回 (基本料金から減算)
・利用開始月から12月を超えた期間にリハビリテーションを行った場合		マイナス90円/回 (基本料金から減算)
(3月に1回はリハビリ会議を開催し、利用者の状況を構成員と共有、状態変化に応じてリハビリ計画書の見直し、また、リハビリデータを定期的に厚生労働省(LIFE)へ提出し必要な情報を活用することで減算(90単位/回)は行わない。)		
・退院時共同指導加算		1800円 (退院につき1回を限度)

※ご利用様がまだ要介護認定が決定していない場合、認定の結果が出た後にサービス利用料金を請求させていただきます。

※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

※ 短期集中リハビリテーション加算は利用者に対して、集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。
退院（退所）日又は介護認定の効力発生日から起算して3月以内の期間に、1週間に付き概ね2日以上、1日あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。

※事業所評価加算は、要支援状態の状態が維持・向上されている利用者が一定割合以上いた場合に算定されます。

※特別地域加算について厚生労働大臣が定める地域に所在する指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問リハビリテーションを提供した場合に算定するものです。
特別地域…岩国市錦町、本郷町、美川町

※退院時共同指導加算について病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又はPT、OT若しくはSTが、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

指定訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下で実施するとともに、当該医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定します。また、例外として、指定訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（指定訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成し、指定訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った別の医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定します。
この場合、少なくとも3月に1回は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行います。

(2) 介護保険給付外サービス利用料

①交通費

指定訪問リハビリテーションに要した交通費を請求することがあります。

- (1) 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道5km未満 500円
- (2) 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道5km以上 800円

②複写物の交付

ご利用様は、サービス提供について記録はいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をいただきます。

8. ご利用者様負担金のお支払い方法

*ご利用者が負担される費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月の26日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

*1ヶ月未満の期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

- (1) 金融機関口座からの自動引落とし
*ご利用できる金融機関
- | |
|--------|
| 山口銀行 |
| ゆうちょ銀行 |

(2) あさぎりの郷窓口での現金によるお支払い

(3) 現金支払い

(４) 指定口座への振込み 山口銀行 広瀬支店 普通預金 6042693
 (名義) 社会福祉法人 錦福社会

※手数料は利用者様負担

9. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話等でお近くの居宅支援事業所へご相談ください。

訪問リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

* 居宅サービス計画の作成を依頼している方は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

ただし、ご利用者様の病変、入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間1週間以内の通知でもこの契約を解約する事ができます。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

・お客様の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、あるいは、お客様が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。

※上記により、契約を解除する場合、事業者は居宅介護支援事業所、または保険者である区市町村と連絡を取り、利用者の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業所の紹介その他の必要な措置を講じる。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用様の要介護認定区分が要介護もしくは非該当と認定された場合

- ・ご利用者様が長期入院、長期休止等になられた場合

(概ね一月程度入院でご利用ができない場合やご利用の予定がない場合)

- ・ご利用者様がお亡くなりになった場合

④その他

以下の場合、直ちに契約を解約する事ができます。

- ・事業者が正当な理由がなくサービスを提供しない場合
- ・事業者が守秘義務に反した場合
- ・事業者がご利用者様やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・事業者が破産した場合
- ・ご利用者様のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう督促したにもかかわらず、支払いが行われない場合
- ・ご利用者様又はその家族が事業者に対して、契約を継続し難いほどの行為があった場合

(3) サービスの利用にあたっての留意事項

①当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような行為（身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメント等）はご遠慮願います。

10. 相談並びに苦情の受付について

- (1) 相談・助言に関すること
 - ・生活、身上、介護に関する相談・助言
 - ・住宅改良に関する相談・助言
 - ・その他必要な相談・助言

＊ご利用者様及びその家族からいかなる相談についても誠意を持って可能な限り援助を行うように努めます。
- (2) 当事業所における苦情の受付
 - 苦情受付窓口（担当者）

＜職 名＞	業務統括部長	氏名	岩本直哉
	理学療法士	氏名	黒川莞大 瀧本樹希
 - 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時15分～午後5時15分
 - 電話 0827-71-1111
 - 苦情解決責任者 副施設長 氏名 大田明美

- (3) 行政機関等相談窓口
 - ・岩国市健康福祉部福祉政策課 TEL 0827-29-5072
 - ・岩国市岩国第五地域包括支援センター TEL 0827-71-0055
 - ・岩国市高齢者支援課地域包括支援センター地域支援班（美川） TEL 0827-76-0231
 - ・山口県国民健康保険団体連合会 TEL 083-995-1010

11. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、お客様にサービスを提供するにあたり、次のことを遵守します。

- ①ご利用者様の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

②笑顔でやさしく心から対応します。

③ご利用者様の体調・健康状態を判断し、確認の上で介護サービスを実施するものとします。

④医師・医療機関への連絡体制を確保します。

⑤ご利用者様に対する介護サービスの実施について記録を作成し、それを2年間保管します。

ご利用者様又は代理人の請求に応じてこれを閲覧、又は複写物を交付します。

12. 緊急時の対応方法

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

ご利用者様の 主治医	氏名	
	所属医療機関	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	所在地	
	電話番号	

13. 協力医療機関

医療機関名	岩国市立 錦中央医院
所 在 地	岩国市錦町広瀬1072－ 1
電話番号	0827-72-2321
診 療 科	内科 整形外科 脳神経外科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 皮膚科

14. 個人情報保護に対する基本方針

社会福祉法人錦福社会は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。
当法人が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイダンスを遵守し、個人情報の保護を図ります。

個人情報保護に対する基本方針について以上の内容で承諾いたします。

契約者兼利用者

住 所

氏 名 印

15. 高齢者虐待防止について

1. 当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のため次の措置を講じます。
①職員に対して虐待防止の為の定期的な研修を実施して人権意識の向上を図り、虐待の未然防止に努めます。
②利用者および家族からの苦情処理体制を整備しています。
③虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知します。
④前3項に対する担当者を設置します。 担当者：理学療法士 黒川莞大
2. 当事業所は、サービス提供中に当該事業所職員または擁護者（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には、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

16. 事故発生時の対応について

- ①事故発生（発見）直後は、救急搬送の要請など、ご利用者の生命・身体の安全を最優先に対応します。
②ご利用者の生命・身体の安全を確保したうえで、速やかにご家族に連絡を取り、その時点で明らかになっている範囲で事故の状況をご説明し当面の対応を協議致します。なお事故の内容によっては、事故現場を保存し、さらに、市町村等関係機関への連絡を行います。
③事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。
④事故に至る経緯、事故の対応、事故後の経過、事故の原因等を整理・分析します。
⑤利用者やご家族に対し、「③」の結果に基づいて、事故に至る経緯その他の事情をご説明致します。
⑥事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。

令和 年 月 日

介護予防訪問リハビリテーションでのサービスの提供開始にあたり、本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

訪問リハビリテーション事業所
説明者職名 氏 名 _____

私たちは、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人

住 所 _____

氏 名 _____

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、介護予防訪問リハビリテーションサービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住 所 _____

氏 名 _____

(契約者との関係)