

善常会リハビリテーション病院 重要事項説明書

(訪問リハビリテーション)

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、厚生省令第37号に基づいて、当事業者が利用者様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

事業者名	医療法人財団善常会
所在地	名古屋市南区松池町1丁目11番地
代表者氏名	理事長 岡田 温
電話番号	052-811-9101
ホームページ	https://riha.zenjokai.jp/
事業所名	善常会リハビリテーション病院
所在地	名古屋市南区松池町2丁目14番地
管理者	岡田 温
連絡先	TEL：052-811-9359 ／ FAX：052-811-9618
事業所番号	23111200220

2. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	訪問リハビリテーションは、利用者の実際の生活の場にお伺いして、日常生活の自立と家庭内さらには社会参加の向上を図ることを目的としています。
運営の方針	善常会グループは、住み慣れた地域で暮らし続けられるまちづくりを目指します。 事業の提供に当たっては、要介護状態又は要支援状態等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できるよう心身機能の維持回復を支援します。 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスを提供します。

3. 営業日時

営業日	月曜日～土曜日（ただし12/29～1/3を除く）
営業時間	午前8時50分～午後5時20分

4. 職員体制

職種	職員数
医 師	1 名以上
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	7 名以上

5. サービスの概要

種類	内容
病状の観察	バイタルチェック（体温、脈拍、呼吸、血圧測定等）・病状の観察や助言・精神面の健康状態の確認と助言・介助者の健康状態の確認と助言、再発予防と予後予測
日常生活への指導・助言	ADL 指導・身体機能（筋力、柔軟性、バランス等）の維持、改善・痛みの評価と物理療法等の疼痛緩和・福祉用具または補装具、住宅改修の評価と相談・摂食嚥下機能やコミュニケーション機能の改善・QOL の向上や趣味、社会参加促進のための助言
介護相談	療養生活、家族への介護指導、精神的な支援・福祉制度利用の助言、相談

6. 通常のサービス提供地域

南区、港区、瑞穂区、天白区、緑区、熱田区

7. 利用料等及びその滞納

種類	内容
利用料	利用者には、サービスごとに介護保険法令にもとづいて決められている利用料をご負担いただきます。負担いただく金額は別紙「利用料金表」の 1 割（所得に応じて 2 割もしくは 3 割負担の場合があります）です。ただし、介護保険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。
交通費等	通常のサービス提供地域以外に訪問リハビリテーションを提供する場合、交通費の実費をご負担いただきます。この場合において、自動車を利用した場合の交通費は別紙「利用料金表」のⅢの額とさせていただきます。
利用料等の滞納	利用者が正当な理由なく支払うべき利用料及び交通費等を 1 ヶ月分以上滞納し、その支払の催告をしたにもかかわらず 14 日以内に利用料等をお支払いいただけない場合には、サービス提供を中止させていただき、支払を督促するとともに「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成した介護支援事業者と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、「居宅サービス計画（ケアプラン）」の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請させていただいたうえ、督促期間満了時にサービスの提供を終了させていただきます。

8. キャンセル及びキャンセル料

サービスの中止をする際には、営業時間内（午前 8 時 50 分～午後 5 時 20 分）に、すみやかに事業所（052-811-9359）までご連絡下さい。サービス利用の前々日まで中止のご連絡をいただいた場合はキャンセル料のご負担はありませんが、それ以降の場合はキャンセル料として次のとおりご負担いただきます。

時 間	キャンセル料
サービス利用の前々日まで	無 料
サービス利用の前日まで	利用者負担金の 5 0 %
サービス利用の当日	利用者負担金の 1 0 0 %

*ただし利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

9. 緊急時の対応

当事業所は、利用者に病状の急変等が生じた場合は、利用者の主治医へ連絡し、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

10. 事故発生時の対応

当事業所は、利用者に対して介護保険サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに賠償をすることとします。

損害賠償責任保険の保険会社	あいおいニッセイ同和損保
---------------	--------------

11. 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権擁護・虐待防止等のために、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開催し、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- ②虐待の防止のための指針を整備します。
- ③職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- ④前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を定めます。

12. ハラスメント対策

当事業所は、ハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境作りを目指します。

13. ご利用の際の留意事項

①訪問中における職員への暴言、暴力、迷惑行為、セクシャルハラスメント、無断での写真・動画撮影、録音、SNS の掲載等の行為がある場合はサービス提供を中止させていただく場合があります。

- ②訪問中は、サービス提供の安全を期すためペットはゲージに入れていただくか、リードになど等ご協力をお願いいたします。
- ③健康増進法における受動喫煙防止の観点から、訪問中の喫煙はご遠慮ください。
- ④職員へのお茶菓子、ご贈答等のお心遣いは、一切お断りしております。

13. 相談窓口及び苦情対応

○サービスに関する相談及び苦情は、次の当事業所相談窓口で対応します。

電 話 番 号	0 5 2 - 8 1 1 - 9 1 0 1
F A X 番 号	0 5 2 - 8 1 1 - 9 3 9 0
窓口担当者	熊谷 泰臣
解決責任者	岡田 温

○公的な機関においても、苦情の申し立てをすることができます。

愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険室	
電話番号	0 5 2 - 9 7 1 - 4 1 6 5
名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課	
電話番号	0 5 2 - 9 7 2 - 3 0 8 7

年 月 日

サービスの提供開始にあたり、本書面により重要事項の説明を受け、これに同意します。

事業所 名 称 医療法人財団善常会
善常会リハビリテーション病院

説明者 _____

利用者 住 所 _____

署 名 _____

(代筆者) 私は、下記の理由により、利用者に代わり上記署名を行いました。
私は、利用者本人の意思を確認しました。

代筆者 住 所 _____

署 名 _____ 続柄 _____

代筆理由

☐ 心身の状況等により自署が困難であるため
☐ その他 ()

利用料金表（訪問リハビリテーション）

I. 基本料金（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）

【1単位:10.83円】

基本報酬	単位数	自己負担 （1割）	自己負担 （2割）	自己負担 （3割）	自己負担 （全額）
訪問リハビリテーション費（20分につき）*1	308単位	332円	665円	997円	3,324円
介護予防訪問リハビリテーション費（20分につき）*1	298単位	323円	646円	968円	3,227円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6単位	6円	13円	19円	64円

*1 1月に利用された介護保険サービスの合計単位数が、介護保険被保険者証に記載された「区分支給限度基準額」を超えた場合、超過分は保険対象外（全額自己負担）となる場合があります。

*2 1訪問につき、2回（40分）または3回（60分）の実施を標準としています。

II. 主な加算

【1単位:10.83円】

加算項目	対象	単位 （単位/月）	自己負担 （1割）	自己負担 （2割）	自己負担 （3割）	自己負担 （全額）	説 明
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	介護	180 単位/月	195円	390円	585円	1,949円	リハビリ会議を実施し、リハビリ計画を見直している場合（リハ職員が説明）
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	介護	213 単位/月	230円	461円	692円	2,306円	（イ）に加え、国へデータを提出し、フィードバックを受けた場合
事業所の医師が説明し、同意を得た場合	介護	270 単位/月	293円	585円	878円	2,924円	事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合 ※（イ）または（ロ）に加えて加算
短期集中リハビリテーション実施加算	介護 予防	200 単位/日	217円	434円	650円	2,166円	退院/退所/認定日から3ヶ月以内に訪問リハビリを実施した場合
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	介護	240 単位/日 ※週2日まで	260円	520円	780円	2,599円	医師から認知症と判断された利用者に3ヶ月以内に訪問リハビリを実施した場合
口腔連携強化加算	介護 予防	50 単位/回 ※1月1回	54円	108円	162円	541円	口腔内の状態を評価し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し当該評価の結果を情報提供した場合
診療未実施減算	介護 予防	▲50 単位/回	-54円	-108円	-162円	-541円	事業所の医師がリハビリ計画の作成に係る診療を行わなかった場合
移行支援加算	介護	17 単位/日	19円	37円	56円	184円	指定通所介護等の事業所へ移行した割合が一定以上の場合
退院時共同指導加算	介護 予防	600 単位/回	650円	1,300円	1,950円	6,498円	マネジメントの取り組みや要支援状態の維持・改善が一定以上の場合

III. その他の料金（介護保険給付とならないサービス）

実施地域を越える地点からお住まいまでの距離	1回あたりの交通費
片道およそ0～3km	200円
片道およそ3～7km	300円
片道およそ7km以上	400円