

指定訪問リハビリテーションたちばな重要事項説明書 R6.6.1 改定

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている指定訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明致します。分からない事、分かりにくい事があれば、遠慮なく質問をして下さい。

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

事業者名称	医療法人 橘会
代表者氏名	理事長 森本 義彦
法人所在地 (連絡先)	大阪市東住吉区鷹合3丁目2番66号 TEL 06(6606)0010 FAX 06(6606)0055

2 指定訪問リハビリテーションサービスを提供する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	介護老人保健施設たちばな 指定訪問リハビリテーションたちばな
介護保険指定 事業者番号	大阪市指定 2750880011
事業所所在地	大阪市東住吉区住道矢田9丁目11番11号
連絡先	TEL 06(6769)0600 FAX 06(6769)0610
管理者名	施設長 谷口 和久
事業所の通常の 事業実施地域	大阪市東住吉区全域 〃 平野区の一部

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	当事業所の実施する訪問リハビリテーションは、利用者が要介護認定で要介護状態等になった場合において、心身の状況、病歴を踏まえて、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、自立した日常生活を営む事が出来るよう、理学療法・作業療法等必要なリハビリテーションを行う事により、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。
運営方針	当事業所の実施する訪問リハビリテーションは、利用者が指定した居宅介護支援事業所で、ケアマネジャーにより作成された居宅サービス計画書に基づいて実施します。 事業を提供するに当たっては、利用者の市町村、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター、居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。 また、「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」(平成11年厚生省令第37号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。

(3) 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日(祝日除く) *年末年始(12月30日～1月3日)休業
営業時間	午前9時～午後5時

☆台風などの災害時の運営について

台風による暴風警報発令時は基本的には休業させていただきます。

また、避難準備・避難勧告・避難指示の出ている地域に対しての訪問も原則休業となります。

(4) 事業所の職員体制

職 種	職 務 内 容	人員数
理学療法士、作業療法士または言語聴覚士	居宅において利用者に対し機能回復訓練や日常動作訓練を実施し、機能の維持回復を図る。	訪問担当 4名

3 指定訪問リハビリテーションの内容について

内 容	提 供 方 法
① 実施時間	原則として1回あたり20分以上実施します。
② 居宅サービス計画	居宅支援事業者の作成する居宅サービス計画書に基づき、利用者及び家族の同意を得て実施します。
③ リハビリテーション	リハビリマネジメントに基づくリハビリテーション実施計画書を作成し、利用者及び家族の同意を得て実施します。また、実施後の評価も行い見直しもします。
④提供するサービスの評価	訪問リハビリテーションサービスの利用状況及びその他の利用サービス状況を総合的評価する為、居宅支援事業者が開催するサービス担当者会議に参加し、情報の提供を行います。

4 利用料について（1回20分あたり）（地域別単価 10,88円/単位）

介護度	訪問リハビリテーション費	サービス提供体制強化加算（I）	介護保険一部自己負担額
	308単位/回	6単位/回	
要介護1～5	1割負担の方 336円	1割負担の方 7円	1割負担の方342円
	2割負担の方 671円	2割負担の方13円	2割負担の方682円
	3割負担の方1006円	3割負担の方20円	3割負担の方1023円
<p>上記利用料は要介護状態に関係なく20分実施した場合です。40分実施した場合は約2倍の負担額となります。</p> <p>医療機関または施設を退院・退所または新たに要介護認定を受けた方（支援も含む）には以下の*短期集中リハビリテーション実施加算が算定されます。</p>			
リハビリマネジメント加算（イ） 180単位/月		リハビリマネジメントについては医師がリハビリテーションの詳細な指示を実施。指示の内容を記録すること。リハビリテーション計画書の進捗等を定期的に見直し、介護支援専門員を通じて居宅サービス事業者への情報伝達等行いリハビリの質の管理をすることが含まれます。	
自己負担額	1割負担の方 196円	リハビリマネジメント加算（イ）については上記に加えリハビリ会議の開催（3ヵ月に1回以上）をし、医師が基本的には会議に参加します（テレビ電話やICTの活用可能）。	
2割負担：	392円	計画書の説明は療法士が実施し、医師へ報告します。	
3割負担：	588円	（ロ）に関しては、計画書等の情報等を厚生労働省に提出し、有効なリハビリの為に必要な情報を活用していることで算定できます。	
リハビリマネジメント加算（ロ） 213単位/月		また、いずれの加算も医師がリハビリ担当に対してリハビリテーションの目的に加えて留意事項ややむを得ず中止する際の基準、利用者様への負荷量等内、1つでも指示を行うこと。リハビリ計画書をおおむね3か月毎に更新すること。上記により算定させて頂くこととなります。	
自己負担額	1割負担の方 232円	※リハビリマネジメント加算（イ）（ロ）に加えて、リハビリ計画に関して、 <u>医師が利用者又はその家族に直接説明</u> することで1月に付き270単位が加算されます。	
2割負担：	464円		
3割負担：	696円		
※医師が利用者又はその家族に説明した場合、上記に加え270単位を算定。			
自己負担額	1割負担の方 294円		
2割負担：	588円		
3割負担：	882円		

※ 短期集中 リハビリテーション 実施加算	200単位/日 自己負担額 1割負担の方218円 2割負担の方436円 3割負担の方653円	退院・退所日または新たに要介護認定を受けた日から3月以内に算定されます。 1週につき概ね2日以上、1日当たり20分以上実施した場合に限ります。
※ 認知症短期 リハビリテーション 実施加算	240単位/日 自己負担額 1割負担の方262円 2割負担の方523円 3割負担の方784円	退院・所日又は訪問開始日から3月以内に算定されます。認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、1週に2日を限度としリハビリテーションを集中的に実施した場合に限ります。
移行支援支援加算	17単位/日 1割負担の方19円 2割負担の方37円 3割負担の方56円	利用者の生活機能の維持又は向上を図り、社会参加を支援する指定訪問リハビリテーションを行なった事業所が算定する事が可能となっています。リハビリ実施計画書等を利用者同意の下、移行先の事業所へ提出します。
※ 退院時共同 指導加算	600単位/回 自己負担額 1割負担の方653円 2割負担の方1306円 3割負担の方1959円	病院又は診療所に入院中の者が画院するに当たり、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訪問リハビリテーションを行った場合に算定されます。 当該退院につき1回に限ります。

○その他費用

通常事業実施地域外で交通費が発生する場合は片道200円請求申し上げます。

5 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料の請求	ア 利用料は、利用のあった月の合計金額により請求致します。 イ 請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月5日までに利用者宛てにお届けします。
②利用料の支払い	ア 請求月の20日までに、下記のいずれかの方法によりお支払下さい。 (ア) 現金支払い (イ) 事業者指定口座への振り込み ※ご入金を確認でき次第、領収書をお渡します。必ず保管をお願いします。再発行は、致しかねますのでご了承ください。
② 利用料の変更について	ア 施設は利用料について経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、利用者に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更致します。

※利用料の支払いについて、支払い期日から3ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払い頂く事になります。

6 サービス利用に当たっての留意事項

利用に当たってのお願い	利用に当たっては、下記の事項を遵守して頂く事を希望致します。
介護計画の尊重と実現	介護支援専門員（ケアマネジャー）の立てた居宅サービス計画書及びリハビリテーション実施計画を尊重して、介護目標の一日も早い実現に向けて努力して頂ける事を希望致します。
禁止行為事項	①事業目的外の業務の強要。 ②訪問する従事者に対する謝礼等の供与。

7 身体的拘束の原則廃止について

身体拘束廃止の原則と緊急やむを得ない場合の対処	原則として、当事業では身体的拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等やむを得ない場合は、管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行う事があります。 この場合には家族または扶養者及び身元引受人に説明を行い同意を得る事と致します。 また、管理者がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載する事とします。
-------------------------	--

8 緊急時の対応について

緊急時の連絡	利用者の病変等の緊急時には、契約書に御記入頂いた連絡先・介護支援事業者へ連絡します。
処置・対応	協力医療機関あるいはかかりつけ医との連携を速やかに行うと共に、受診や処置等の適切な措置を講じます。
事後の対応	家族又は身元引受人が付添不可能な場合には、施設職員が対応し、結果を報告致します。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
① 個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

10 高齢者虐待防止について

高齢者虐待防止措置	当施設では高齢者虐待防止法の目的に則り、虐待防止に努めます。もし虐待行為であると判明（疑いを含む）した場合には速やかに「大阪市役所健康福祉局生活福祉部地域福祉課（TEL 06-6208-8086）」へ通報し、対処します。
-----------	--

11 事故発生時の対応

事故発生時の対応と措置について	当事業所が利用者に対して行う指定訪問リハビリテーションサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村・介護支援事業者等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った指定訪問リハビリテーションサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
-----------------	---

12 非常災害対策

非常災害対策	事業所に災害対策に対する防火管理者を置き、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、職員へ周知します。
--------	--

13 指定訪問リハビリテーションに関する相談、苦情について

苦情処理の体制及び手順	苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握する為必要に応じ訪問を実施し、状況の聴き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者と共に検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。）
【事業者の窓口】 介護老人保健施設たちばな 管理部長 西野 久司	大阪市東住吉区住道矢田9丁目1番11号 電話番号 6769-0600 ファックス番号 6769-0610 受付時間 午前9時から午後5時
【市町村の窓口】 大阪市福祉局高齢者施策部 介護保険課	大阪市中央区船場中央3丁目1番7-331号 船場センタービル7号館3階 電話番号 6241-6310 受付時間 午前9時から午後5時30分
【公的団体の窓口】 大阪府 国民健康保険団体連合会	大阪市中央区常磐町1丁目3番8号 中央大通FNビル内 電話番号 06-6949-5418 受付時間 午前9時から午後5時00分
東住吉区保健福祉センター 保健福祉課	大阪市東住吉区田辺1丁目13番4号 電話番号 06-4399-9859 受付時間 午前9時から午後5時30分
平野区保健福祉センター 保健福祉課	大阪市平野区背戸口3丁目8番19号 電話番号 06-4302-9859 受付時間 午前9時から午後5時30分

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者 名称	所在地	大阪市東住吉区住道矢田 9 丁目 11 番 11 号
	法人名	医療法人橘会
	事業所名 及び管理者名	介護老人保健施設たちばな 指定訪問リハビリテーションたちばな 谷口 和久 ㊟
	説明者氏名	㊟

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

また、リハビリマネジメント加算及び短期集中リハビリ加算についても同意致します。

利用者	住所	
	氏名	㊟

代理人	住所	
	氏名	㊟