

介護老人保健施設 「仁寿苑」

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)

— 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)重要事項説明書

1. 事業者概要

事業者名	社会医療法人 仁寿会
主たる事業所の所在地	島根県邑智郡川本町大字川本 383 番地 1
法人種別	社会医療法人
代表者名	理事長 加藤節司
電話番号及びFAX番号	電話 0855-72-0640 FAX 0855-72-1608

2. 事業所

事業所の名称	介護老人保健施設 仁寿苑
指定番号	3251880013
所在地	島根県邑智郡川本町大字川本 381 番地 4
電話番号及びFAX番号	電話 0855-72-3111 FAX 0855-72-3112
通常の事業の実施地域	邑智郡、大田市、江津市(桜江町のみ)

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的、運営方針	<p>1. 訪問リハビリテーションは、要介護状態又は要支援状態と認定された利用者に対し、家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス計画に基づき、居宅において提供するリハビリテーションサービスです。事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の方の心身の特性を踏まえて、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ことができるよう、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、その他必要なりハビリテーションを行うことにより、心身機能の維持・回復を含めた生活の質の向上に努めることを目的とします。</p> <p>2. 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。</p>
------------	---

4. 事業所の職員体制

職種	員数	勤務体制	職務内容
医師	2名以上	常勤兼務	利用者の診察及びリハビリテーション計画の作成・指示を行う
理学療法士			計画に基づきリハビリテーションの提供を行う
作業療法士			
言語聴覚士			

5. 営業日および営業時間

営業日	月曜日から土曜日・祝祭日 (8月14日、8月15日と12月30日から1月3日を除く)
営業時間	午前8時から午後5時までとする。

6. 利用料金

(1) 利用料（介護保険負担割合証に記載されている負担割合となります。）

介護予防訪問リハビリテーションの場合（要支援認定を受けた方）

介護予防訪問リハビリテーション費	1回20分以上 298円/回 週6回まで (退院・退所され3月以内の方は週12回を限度)
リハビリ事業所医師の診療未実施減算	-50円/回
短期集中リハビリテーション実施加算	200円/日 認定日又は退院(退所)日から 1月以内…1日当たり40分以上実施 1月超え3月以内…1日当たり20分以上実施 1週につきおおむね2日以上
特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算	所定単位数+15%
利用開始日から12ヶ月超えた場合減算	-30円/回
口腔連携強化加算	50円/回（1月に1回限り）
退院時共同指導加算	600円/回
サービス提供体制強化加算	6円/回（区分支給限度基準額外）

訪問リハビリテーションの場合（要介護認定を受けた方）

訪問リハビリテーション費	1回20分以上 308円/回 週6回まで (退院・退所され3月以内の方は週12回を限度)
リハビリテーションマネジメント加算	同意を得た日の属する月から適応 リハビリテーションマネジメント加算イ 180円/月 リハビリテーションマネジメント加算ロ 213円/月 (厚生労働省へデータ提出)
事業所医の説明	270円/回(1回につき) 利用者又はその家族に説明し同意を得た場合
短期集中リハビリテーション実施加算	認定日又は退院(退所)日から3月以内 200円/日 1週につきおおむね2日以上、1日20分以上実施した場合
特別地域訪問リハビリテーション加算	所定単位数+15%
リハビリ事業所医師の診療未実施減算	-50円/回
サービス提供体制強化加算	6円/回（区分支給限度基準額外）

口腔連携強化加算	50 円/回
退院時共同指導加算	600 円/回

(2) 交通費

- ・邑智郡、大田市、江津市(桜江町のみ)の方は無料です。
- ・邑智郡、大田市、江津市(桜江町のみ)以外の地域の方は、その境から自宅までの往復交通費を実費でいただきます。(1kmあたり 40 円)

(3) その他

- ・証明書料 1,100 円

7. 苦情窓口

当事業所相談窓口	仁寿苑 訪問リハビリテーション 担当 竹川 由美 電話 0855-72-3111	受付時間 午前 8 時～午後 5 時 月曜日から土曜日・祝祭日 (8 月 14 日、8 月 15 日と 12 月 30 日から 1 月 3 日を除く)
川本町役場	健康福祉課 電話 0855-72-0633	受付時間 平日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
美郷町役場	健康推進課 電話 0855-75-1211	
邑南町役場	医療福祉政策課 電話 0855-95-1115	
江津市役所	高齢者障がい者福祉課高齢者福祉係 電話 0855-52-7480	
大田市役所	介護保険課 電話 0854-82-8063	
邑智郡総合事務組合	介護保険課 電話 0855-72-3535	
浜田地区広域行政組合	介護保健課 電話 0855-25-1520	
国民健康保険団体連合会	苦情相談窓口 電話 0852-21-2811	受付時間 平日 午前 9 時～午後 5 時

苦情にかかわらず、ご要望等につきましては、相談窓口にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

8. 第三者による評価

なし

9. 緊急時、事故発生時の対応

介護保険サービス提供により、事故が発生した場合は、速やかに市町村担当者、利用者様の家族等に連絡を行うと共に、事業所の施設医師に連絡を行い、医師の指示に従います。又、賠償すべき処置が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

10. お支払い方法

月末締め 1 ヶ月分の請求書を、翌月 10 日以降に発行しますので、その月の末日までにお支払い下さい。

お支払い方法は、現金、銀行振込、郵便局・銀行の口座引き落しの方法があります。

11. 虐待防止について

利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために指針を整備し責任者を設置する必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

- (1) 苦情解決体制を整備しています。
- (2) 虐待防止委員会を定期的に開催しその結果について、事業所内で周知徹底を図ります。
- (3) 虐待防止責任者 仁寿苑課長 : 竹川 由美

12. ハラスメント防止について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

(1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼしそうになる)行為
- ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

上記は当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により同事案が発生しないための再発防止策を検討します。

(3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。

また定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境

改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

(サービス利用にあたっての禁止事項について)

- ・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
- ・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
- ・サービス利用中に無断で職員の写真や動画を撮影したり、録音したり、それらを SNS 等に掲載したりすること

1.個人情報の利用目的

仁寿苑訪問リハビリテーション事業では、お預かりしている個人情報について、以下の目的で利用いたします。

(1)利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

(2)事業所内での利用目的

- ① 当事業所が利用者に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービスの利用者に係る当事業所の管理運営業務のうち
 - 一 会計・経理
 - 二 事故等の報告
 - 三 当該利用者の介護・医療サービスの向上

(3)他の事業所等への情報提供を伴う利用目的

- ① 当事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - 一 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携や照会への回答
 - 二 利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - 三 家族等への心身の状況説明
- ② 介護保険事務のうち
 - 一 保険事務の委託
 - 二 審査支払い機関へのレセプトの提出
 - 三 審査支払い機関又は保険者からの照会の回答
- ③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届け出等

2.上記以外の利用目的

(1)当事業所内での利用に係る利用目的)

- ① 当事業所の管理運営業務のうち
 - 一 医療介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - 二 当事業所において行われる学生実習への協力
 - 三 当事業所において行われる事例検討

(2)他の事業所等への情報提供に係る利用目的)

- ① 当事業所の管理運営業務のうち、外部監査機関への情報提供
- ② その他、退職後も他に情報を漏らすことはありません。

3.個人情報に関するお問い合わせ

介護老人保健施設 仁寿苑 相談窓口

〒696-0001 邑智郡川本町大字川本 381 番地 4 TEL 0855-72-311

【訪問サービス利用時リスク説明書】

利用者: _____ 様 年齢 _____ 歳 性別 _____

説明者 _____

当事業所では利用者様が快適に訪問リハビリテーションをご利用できるように、安全な環境作りに努めています。一方で、利用者様は、ご自分の身体状況や病気に伴う様々な症状等の原因により、生活において下記のような様々な危険性を有しています。

本説明書をご確認のうえ十分にご理解いただくようお願いします。

《高齢者の特徴に関する》

(ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。)

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷(頭蓋内損傷、出血)の恐れがあります。
- 高齢者の骨はもろく、通常の介護対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、裂傷や皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、本来口に出来ないものを誤飲される場合があります。
- 基礎疾患はもちろん加齢のため、脳や心臓の疾患が発症し、急変・急死される可能性は高まっています。
- 内服薬により、眠気、不穏を起こす場合があります。そのため、移動・移乗時の転落・転倒の恐れがあります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、当事業所医師・看護師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

このことは、ご自宅でも起こりうるリスクです。したがいましてご自宅でも、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、担当職員より、利用者の貴事業所利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

令和 年 月 日

本人又は御家族 _____ (続柄 _____)

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)利用同意書

介護老人保健施設 仁寿苑の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)を利用するにあたり、利用者に対して本書面に基づいて契約書、重要事項及び個人情報の利用目的について説明しました。

令和 年 月 日

【 説明者 】

事業所名: 介護老人保健施設 仁寿苑

住 所: 島根県邑智郡川本町大字川本 381 番地 4

説明者

介護老人保健施設 仁寿苑 管理者 加藤節司 殿

私は、本書面に基づいて契約書、重要事項及び個人情報利用目的について説明を受け、内容に同意します。

【 利用者 】

住 所

氏 名

【 家 族 】

住 所

氏 名

【 緊急時の連絡先 】

第1連絡者	(続柄:)
住 所	〒
電話番号	() -
第2連絡者	(続柄:)
住 所	〒
電話番号	() -

