

<別紙1> 重要事項説明書（介護予防）訪問リハビリテーション

介護老人保健施設 ことぶき

1 居宅サービス事業所の概要

|         |                  |
|---------|------------------|
| 事業所の名称  | 介護老人保健施設 ことぶき    |
| 事業所の所在地 | 旭川市東旭川町上兵村35番地の5 |
| 管理者の氏名  | 河野 賢司            |
| 電話番号    | 0166-36-1940     |

2 事業所の目的と運営方針

|        |                                                                                                                           |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所の目的 | 要支援状態又は要介護状態にあるものに対し、適正な（介護予防）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  | （1）要支援者・要介護者が居宅において、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・作業療法及び言語聴覚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る。 |
|        | （2）利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行う。                                                             |
|        | （3）事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努める。                                   |

3 訪問リハビリテーション職員体制（R6.6.1現在）

|     | 資格    | 常勤 | 非常勤 | 業務内容           |
|-----|-------|----|-----|----------------|
| 管理者 | 医師    | 1名 | 0名  | 管理業務           |
| 従事者 | 理学療法士 | 1名 | 0名  | 訪問リハビリテーションの提供 |
|     | 作業療法士 | 0名 | 0名  |                |
|     | 言語聴覚士 | 0名 | 0名  |                |

4 営業日及び営業時間

- （1）営業日：月曜日から金曜日  
但し、国民の祝日、8月15日、12月30日～1月3日までを除く。
- （2）営業時間：午前8時45分～午後5時

5 訪問リハビリテーションの内容

- （1）マッサージ  
疼痛を緩和させる時などに行います
- （2）運動療法
- 1 関節可動域訓練 固くなった関節をほぐします。
  - 2 筋力増強訓練 力をつける訓練です。
  - 3 起立・歩行訓練 立ち上がり訓練や歩く練習です。
- （3）基本動作練習（起床・離床動作など）  
寝返り、起き上がりなどの訓練を行います。
- （4）身体機能訓練（巧緻動作、運動協調訓練など）  
円滑な動作が行えるように訓練します
- （5）ADL訓練（更衣、整容、入浴動作など）  
日常生活での動作を訓練します。
- （6）その他  
住環境指導などの利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うために必要と認められるサービスの提供を行います。

6 通常の事業の実施地域

旭川市、東神楽町、東川町、当麻町

## 7 利用料金

### (1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（別紙2）となります。また、利用者の状態により加算料金（別紙2）がかかる場合があります。ただし、介護保険の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。

### (2) 交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う訪問リハビリテーションに要した交通費は、その実額を徴収する。

- ① 1Kmにつき、30円。
- ② 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者またはその家族に対して事前に文章で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）をうけることとする。

### (3) その他

- ① 記録開示について係る費用については、当医療法人の定めるところによる診療情報開示に係る料金に準じます。
- ② 利用者の居宅においてサービスを提供するために使用する、電気、ガス、水道などの費用は利用者の負担となります。

## 8 事故発生時の対応

### (1) 転倒などによる事故の場合

- ① 利用者の状態を確認（痛みの有無・出血の有無・腫脹の有無 等）
- ② 利用者の状態から医師の診察や連絡が必要と判断した時は、速やかに主治医へ連絡し、担当介護支援専門員へ報告する。  
（状態によっては、応急手当・救急車の手配など必要な処置を講じる。）
- ③ 管理者へ報告し、インシデント&アクシデントレポート及び訪問リハビリテーション実施記録に記載する。
- ④ 関係市町村に報告する。
- ⑤ 事業所の責めに帰すべき理由によって利用者が損害を被った場合、利用者に損害を賠償する。
- ⑥ 事故後の経過を詳細に記録する。

### (2) 利用者が体調不良の場合

- ① 利用者の状態を確認（利用者の主訴・バイタルチェック・顔色やその他の症状を観察）
- ② 血圧の変動など異常所見が見受けられた場合には、訪問リハビリプログラムの変更・中止の措置をとる。 ※土肥・Andersonの訓練中止基準参考
- ③ 利用者・家族に説明し、必要に応じて経過観察や関連機関への連絡を行う。
- ④ 訪問リハビリテーション実施記録に経過を詳細に記録する。

## 9 サービス内容に関する相談・苦情窓口

### (1) 当事業所お客様相談・苦情窓口：

訪問リハビリテーションに関するご相談・苦情を承ります。

介護老人保健施設 ことぶき

電話番号：(0166) 36-1940

支援相談員

### (2) 関係市町村・国民健康保険団体連合会相談窓口

1：旭川市役所

電話番号：(0166) 26-1111

2：国民健康保険団体連合会

電話番号：(011) 231-5161

<別紙2>

## (介護予防) 訪問リハビリテーション 料金表

介護老人保健施設 ことぶき 訪問リハビリテーション

|                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>介護保険法に基づき利用したサービスの合計割合が自己負担の金額となります<br/> <math>\text{自己負担金額} = (\text{基本料金} + \text{加算料金}) \times (1 \sim 3\text{割})</math></p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 基本料金                                                                         | 料金       |
|------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 訪問リハビリテーション費                                                                 | 308単位/回  |
| 介護予防訪問リハビリテーション費                                                             | 298単位/回  |
| 事業所の医師がリハビリ計画作成に係る診療を行わない場合<br>(入院中リハビリテーションを受けていた利用者の退院後1ヶ月に限り減算を適<br>応しない) | 減算50単位/回 |

※1週間に6回を限度とします。ただし、退院(所)の日から起算して3月以内の利用者は週12回まで算定可能です。

| 加算料金                                        | 加算料金          |
|---------------------------------------------|---------------|
| ①短期集中リハビリテーション実施加算<br>介護予防短期集中リハビリテーション実施加算 | 200単位/回       |
| ②中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算                     | 所定単位数の<br>5 % |
| ③サービス提供体制強化加算(Ⅱ)<br>(支給限度額管理の対象外)           | 3単位/回         |
| ④移行支援加算                                     | 17単位/日        |
| ⑤(介護予防訪問) 利用開始日の属する月から12月超                  | 減算50単位/回      |

※1回は20分

※1単位=10円

### ※加算要件

- ① 退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以内の期間に1週について概ね2回20分以上実施
- ② 旭川市・東神楽町・東川町・当麻町以外の地域に居住する利用者を実施した場合に加算
- ③ 直接サービスを提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数が三年以上の者が1名以上従事している場合に算定
- ④ 利用者の社会参加が一定以上の割合実績がある事業所に対して算定
- ⑤ 利用開始日の属する月から12月超える場合

<別紙 3 >

## 個人情報の利用目的

介護老人保健施設 ことぶき

介護老人保健施設ことぶきでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

I. 〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

1. 当施設が利用者等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施設の管理運営業務のうち
  - ①入退所等の管理
  - ②会計・経理
  - ③事故等の報告
  - ④当該利用者の介護・医療サービスの向上

II. 〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

1. 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
  - ①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（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - ②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
  - ③検体検査業務の委託その他の業務委託
  - ④家族等への心身の状況説明
2. 介護保険事務のうち
  - ①保険事務の委託
  - ②審査支払機関へのレセプトの提出
  - ③審査支払機関又は保険者からの照会への回答
3. 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

上記以外の利用目的

I. 〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

1. 当施設の管理運営業務のうち
  - ①医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
  - ②当施設において行われる学生の実習への協力
  - ③当施設において行われる事例研究
  - ④当施設において行われる行事等の発表掲示（撮影した写真等の掲示も含む）

II 〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

2. 当施設の管理運営業務のうち
  - ①外部監査機関への情報提供

# (介護予防)訪問リハビリテーション 利用同意書

介護老人保健施設ことぶきを利用するにあたり、(介護予防)訪問リハビリテーション利用約款及び別紙1、別紙2、別紙3を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和      年      月      日

〈利用者〉

住所

氏名

印

電話番号

〈利用者の身元引受人〉

住所

氏名

印

電話番号

〈連帯保証人〉

住所

氏名

印

電話番号

介護老人保健施設ことぶき

管理者 河野 賢司 殿

## 【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

|                |                            |
|----------------|----------------------------|
| 氏名             | 続柄(                      ) |
| 住所             | 〒                          |
| 電話番号<br>(携帯電話) |                            |

## 【本約款第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

|                     |                                  |
|---------------------|----------------------------------|
| 氏名                  | 続柄(                      )       |
| 住所                  | 〒                                |
| 電話番号<br>(携帯電話)      |                                  |
| 備考<br>(その他連絡<br>先等) |                                  |
|                     |                                  |
|                     |                                  |
|                     | 緊急時連絡病院 (                      ) |