訪問リハビリテーションサービス重要事項説明書

（老人保健施設ハートフルライフ西城　訪問リハビリテーション）

利用者:
事業者:医療法人　慈照会
老人保健施設　ハートフルライフ西城

この訪問リハビリテーション重要事項説明書は、ご利用者様が訪問リハビリテーションを受けられるに際し、事業者の事業運営規定の概要や訪問リハビリテーションサービス従業者などの勤務体制等、ご利用者様のサービス選択に資すると認められる重要事項を記したものです。
以下に記載された内容が本契約内容の一部となります。

1. 当事業所の概要

事業所名	医療法人　慈照会 老人保健施設　ハートフルライフ西城
所在地･連絡先	(住所)愛知県名古屋市西区秩父通2丁目 36 番地 (電話)052-524-6301 代表　(FAX)052-523-8067
都道府県知事許可番号	2350480006
管理者氏名	越後谷　雄一

2. 当事業所で併せて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人保健施設サービス	平成 12 年 4 月 1 日	2350480006	100 床
短期入所療養施設サービス	平成 12 年 4 月 1 日	2350480006	空所利用
通所リハビリテーションサービス	平成 12 年 4 月 1 日	2350480006	40 名

3. 事業の目的と運営方針

(1)事業の目的

要介護・要支援状態にあるご利用者様に対して、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、心身機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、事業所のサービス従業者(理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士)がご自宅を訪問して、必要なリハビリテーションを行うことを目的とします。

(2)運営方針

- 要介護・要支援状態となった場合においても、そのご利用者様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様、サービス従業者による必要なリハビリテーションを行い、心身機能の維持回復や生活機能の維持向上を目指します。
- 訪問リハビリテーションの対象者は、病状が安定期にあり、計画的な医学管理の下、ご自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた通院困難な要介護・要支援者です。
- 事業の実施にあたり、居宅介護支援事業者その他保健医療福祉サービスを提供する者と密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

4. 事業所のサービス従業者及び勤務体制

従業者の職種	人数(人)	区分		職務の内容	勤務体制
		常勤(人)	非常勤(人)		
医　　師	1	1	0	管理者	兼務
理学療法士	1	1	0	リハビリテーション	専任
理学療法士	1	1	0	リハビリテーション	兼務
作業療法士	0	0	0		
言語聴覚士	1	1	0	リハビリテーション	兼務

5. 営業日・営業時間

営業日	月曜日から土曜日 （祝日および 12 月 31 日～1 月 3 日を除く） ＊ただし、祝日は営業する場合があります
営業時間	9:00～17:00（移動時間を含む）

6. 事業の実施地域

名古屋市西区	全域
名古屋市北区	金城、金城町、黒川本通2・3・4・5、光音寺町、駒止町、志賀南通 1、敷島町、清水 1・3・4、城見通、田幡、中丸町、中切町、浪打町、西志賀町、野方通、荻野通、平手町、福徳町、枡形町、水草町、名城、元志賀町、八代町、柳原

7.サービスの内容

(1)訪問リハビリテーションサービスの内容

サービス内容	ご利用者様の心身機能の維持回復や生活機能の維持向上につながるリハビリテーションの内容検討、実施、生活指導、福祉用具等への助言などご家族様、関係事業所職員への情報交換・助言・生活指導等

○業務の運営上、以下につきましてご理解・ご協力よろしくお願い致します。
※ 契約期間途中で日程変更・担当者変更のご相談をさせて頂く場合があります。

8.利用料金

(1)介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の 1 割がご利用者様の負担額となります。下記にご利用者様の自己負担額を記載致します。なお、ご利用料金の詳細は別添をご参照下さい。

交通費	無料 ※ただし、通常事業の実施地域を越えて実施する場合は、 交通費を徴収致します。 実施地域から片道 5 ㎞未満　500 円 5 ㎞以上　1000 円

※ 介護保険適用の場合でも、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、一旦利用料金を全額自己負担して頂いた後で、サービス提供証明書を発行します。後日、当該市町村窓口に提出し、払戻しを受けて下さい。

(2)介護保険給付対象外サービス

介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、全額がご利用者様の自己負担となります。

(3)主治医の診療情報提供書の料金について

訪問リハビリテーションサービスを実施するために、主治医により、6 ヵ月以内に 1 回の診療情報提供書を頂く必要があります。この診療情報提供書の料金は、発行した医療機関からご利用者様に請求があります。料金は医療機関にご確認下さい。

9. 医療費控除について

訪問リハビリテーションサービスの提供を受けた場合、その介護費用については確定申告の医療費控除の対象となります。
確定申告の際には領収書が必要となりますので、大切に保管して下さい。

※ 領収書の再発行は致しておりません。
但し、入金証明書を当事業所 1 階受付にて 1 枚 2,000 円で発行致します。

10.緊急時等の対応方法

ご利用者様がサービス利用中に万一容態が急変した時などは、速やかに主治医や救急隊、ご家族様、居宅介護支援事業所等に連絡を致します。このため、緊急時の連絡先などを控えさせて頂きます。救急蘇生法（人工呼吸等）は基本的に行わないのであらかじめご了承下さい。
尚、緊急時の連絡先等が変更になった場合は、早急にご連絡下さい。

11.サービス内容に関する苦情等相談窓口

事業者による苦情の受付	窓口責任者 ： 溝口眞健（リハビリテーション科科長） ご利用時間 ： 平日の月曜日から土曜日 9:00～17:00 ご利用方法 ： 電話番号 052-524-6301（代表）
公的機関による苦情の受付	愛知県国民健康保険団体連合会 電話番号 052-971-4165 名古屋市役所介護保険課 電話番号 052-959-3087

12. 個人情報の取り扱い

当施設では、契約時に個人情報の取り扱いについての内容を説明します。
利用目的などの説明に疑義がある場合は、申し出をお受けします。申し出がなければ同意を得たものとします。
利用者様本人から利用目的についての拒否、利用停止や個人情報開示の希望がある場合は個人情報相談窓口にていつでもお受けします。尚、ご本人が意識障害や精神障害（認知症（認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上）を含む）等により意思決定が困難な場合は、開示申請対応の同意を頂いている連帯保証人を利用者様本人と同等の権利を持つものとし、開示などの希望をお受けします。

13.当事業所利用の際の留意事項

かかりつけ医の 診療情報提供書	サービス提供にあたり、6 ヵ月以内に 1 回かかりつけ医への受診が必要となります。その上でかかりつけ医より診療情報提供書を発行して頂きます。
訪問リハビリテーションの 方針	当訪問リハビリテーションは、自立支援・生活の再構築を目的としております。その為、マッサージのみの慰安的なご利用はご遠慮頂いております。
介護保険証の確認	毎月の最初の訪問時に介護保険証の確認をさせて頂きます。
感染対策	感染対策の一環として、洗面所等をお借りし、サービス従業者の手洗いを励行しています。ご協力をお願い致します。
訪問時間	訪問時間は、渋滞等の交通事情により多少前後することがあります 10 分以上の誤差が生じる場合は、お電話を入れさせて頂きます。
携帯電話	緊急時等の連絡手段の為、サービス従業者は携帯電話を持参致します。
自然災害時等	自然災害等にて移動が困難な場合やサービス従業者の急な体調不良等によるやむを得ない事情にて、サービスの変更や中止を事業者にて判断することがあります。ご協力をお願い致します。
宗教活動・政治活動等	サービス従業者に対する宗教活動、政治活動はご遠慮下さい。
円滑なサービス提供	サービス提供時間を有効に活用できるよう、トイレなどはできるだけサービス提供前に済ませて下さいます様ご協力をお願い致します。また、サービス従業者に対する飲み物等の配慮は謹んでお断り致します。
リハビリテーション中の アクシデント	リハビリ中転倒や食事訓練中の窒息など発生しないよう十分配慮していきます。

ハートフルライフ西城
訪問リハビリテーション利用料金のご案内

※介護保険一割負担の場合

	介護報酬一割負担額		利用時間（利用回数）	合計
	訪問リハビリテーション費	体制加算 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		
要支援	327 円	7 円	20 分（1 回）	334 円
要介護	339 円			346 円
要支援	656 円	13 円	40 分（2 回）	669 円
要介護	677 円			690 円
要支援	985 円	20 円	60 分（3 回）	1,005 円
要介護	1,016 円			1,036 円

※介護報酬一割負担額には、訪問リハビリテーション費・サービス提供体制加算・介護職員等処遇改善加算が含まれています。

※介護報酬一割負担額は、利用者様の収入に応じて二割もしくは三割の負担額になる場合がございます。

加算の詳細（該当する利用者様もしくは希望された利用者様に対して加算いたします。）

加　算	単位×10.83 円(地域加算)の1割負担額	加　算　内　容
退院時共同指導加算	一割 650 円/月 二割 1,300 円/月 三割 1,950 円/月	入院中の者が退院するにあたり、訪問リハビリテーションの医師又は理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し、医療機関側の医師等とともに入院患者又はその家族に対して在宅でのリハビリテーションに必要な指導を行った後、退院後訪問リハビリテーションを開始した場合。
利用開始した月から起算して 12 月を超えた期間に予防訪問 リハビリテーションを利用した場合	一割－33 円/回 二割－65 円/回 三割－98 円/回	利用開始日の属する月から起算して 12 月を超えてサービスを提供する場合。 ただし、以下の要件を満たした場合は適用されない。 ・3 月に 1 回リハビリテーション会議を開催し、利用者に関する情報を構成員と共有し、状態に応じてリハビリテーション計画書を見直していること。 ・リハビリテーション計画等の内容に関するデータを厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたって必要な情報を活用していること。
短期集中リハビリ テーション実施加算	一割 217 円/日 二割 434 円/日 三割 650 円/日	利用者に対し、退院日又は要介護及び要支援認定日から起算して 3 月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合。
認知症短期集中リハビリ テーション実施加算 (介護予防を除く)	一割 260 円/日 二割 520 円/日 三割 780 円/日	認知症であると医師が判断したもののうち、リハビリテーションにより生活機能の改善が見込まれると判断された利用者に対して、退院日又は訪問開始日から起算して 3 月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合。
口腔連携強化加算	一割 55 円/月 二割 109 円/月 三割 163 円/月	1.職員が利用者の口腔の健康状態を評価し、歯科医療機関及び介護支援専門に評価結果を情報提供すること。 2.口腔の健康状態を評価するにあたり、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が職員からの相談等に応じる体制を確保していること。

加　算		単位×10.83 円(地域加算)の1割負担額	加　算　内　容
リハビリテーション マネジメント加算 ロ (介護予防を除く)		一割 231 円/月 二割 462 円/月 三割 692 円/月	1.リハビリに関して、医師の指示を受けた理学療法士等がリハビリテーション計画書を作成すること。 2.職員が、作成した計画書の内容を利用者又はその家族に説明し、その説明内容について医師に報告すること。 3.3 月に 1 回リハビリテーション会議を開催し、利用者に関する情報を構成員と共有すること。 4.理学療法士等が介護支援専門員に対し、専門的な見地から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情報提供を行うこと。 5. リハビリテーション計画等の内容に関するデータを厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたって必要な情報を活用していること。
事業所の医師が利用者に説明し、利用者の同意を得た場合		一割 293 円/月 二割 585 円/月 三割 878 円/月	リハビリテーション計画書について、事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、リハビリテーションマネジメント加算に加えて算定。
移行支援加算 (介護予防を除く)		一割 19 円/日 二割 37 円/日 三割 56 円/日	利用者の社会参加等を支援した場合。かつ利用者が通所介護等の事業所へ移行するにあたっては、移行先にリハビリテーション計画書を提出した場合。
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	一割　7 円/回 二割 13 円/回 三割 20 円/回	訪問リハビリテーションを利用者に直接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 7 年以上のものがいる場合。
	(Ⅱ)	一割 4 円/回 二割 7 円/回 三割 11 円/回	訪問リハビリテーションを利用者に直接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 3 年以上のものがいる場合。
介護職員等処遇改善加算		所定単位数×0.015	安定したサービス提供のため、介護職員の資質向上や処遇改善の取組等を実施している場合に算定。毎月の所定単位数により変動。

※上記の料金は介護保険限度内での利用料金です。
※所定単位数合計×10.83＝総額
　総額－保険給付額＝利用者負担
　となっていますので利用回数によっては小数点以下端数処理の関係で合計金額に若干の誤差が生じます。

介護保険からの給付金に変更があった場合、変更された額に合わせて負担額が変更となります。

私は、事業所のサービス従業者(職種＿＿＿＿＿＿＿＿氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)から、本書面に基づき、上記の重要事項の説明を受けたことを承諾致します。

令和　　年　　月　　日

ご利用者様

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連帯保証人(続柄:　　)

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連帯保証人(続柄:　　)

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※連帯保証人の変更があった場合は速やかにお知らせください。

所 在 地　名古屋市西区秩父通2丁目36番地
名　　称　医療法人 慈照会　老人保健施設ハートフルライフ西城
管 理 者　越後谷 雄一　　印
電話番号　052－524－6301(代表)　／ FAX　052－523－8067