

介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明書

(2024年5月1日現在)

事業所の概要

法人名	医療法人社団 保健会
事業所名	東京湾岸リハビリテーション病院
所在地	千葉県習志野市谷津4丁目1番1号
管理者氏名	近藤 国嗣
電話番号	047-453-9000
FAX番号	047-453-9002
介護保険事業所番号	1210211409

1 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

『安全で質の高い医療と切れ目のないリハビリテーションサービスを提供し、科学的根拠に基づいた医療・科学的証拠を作り出す医療の実践』という東京湾岸リハビリテーション病院の基本目標の一環として、在宅で生活されている方へ質の高いリハビリテーションサービスの提供を目指します。また、介護保険法令の趣旨に従って、介護予防訪問リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身の機能維持、機能回復を図ることを目的とします。

(2) 運営方針

各利用者の身体状況等を正確に把握し、医師の指示及びリハビリテーション計画に基づき、東京湾岸リハビリテーション病院の理学療法士等による専門性の高い個別リハビリテーションプログラムを行います。

- 介護予防訪問リハビリテーション計画に基づいて、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い、利用者の心身の機能維持、機能回復を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努めます。
- 利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- 地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村との密接な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。

2 従業者の職種、員数、職務の内容

職 種	勤 務 形 態
管理者	常勤兼務 1名
作業療法士等	常勤兼務 1名以上

- ・管理者は、介護予防訪問リハビリテーションに携わる従業者の管理、指導を行います。
- ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、介護予防訪問リハビリテーション計画の作成・変更を行うほか、機能訓練の実施に際し指導を行います。

3 介護予防訪問リハビリのサービス内容

営業日 : 月～金 (年末年始を除く)

営業時間 : 午前8時30分～17時30分

内容 : リハビリテーション実施計画書に沿って、健康チェック、個別機能訓練、自主訓練を中心に行います。

その他必要な介護や指導等や利用者及び家族への助言援助を行います。

4 介護予防訪問リハビリの定員及び利用料その他の費用の額

		一日あたりの 利用料金	介護保険適用時 自己負担額(1割)	
基本 利用料	予防訪問リハビリ1	20分	3,176円	318円
		40分	6,353円	636円
		60分	9,530円	954円
	予防訪問リハビリ1・同一	20分	2,856円	286円
		40分	5,713円	571円
		60分	8,570円	858円
加算 料金 等	退院時共同指導加算		6,396円	640円
	予防訪問リハサービス提供体制強化加算I	20分	63円	7円
		40分	127円	13円
		60分	191円	20円
	事業所の医師がリハビリテーション計画の 作成に係る診療を行わなかった場合	20分	-523円	-54円
		40分	-1,066円	-107円
60分		-1,599円	-160円	

※地域加算含む

※介護保険適用のない場合や介護保険での給付範囲を超えたサービス費は、全額が利用者の負担となります。

※一定所得のある方は、自己負担額が2割負担または3割負担となります。

(2) 保険外にかかる費用

- ・訪問リハビリテーションの訪問時に必要な費用（駐車料金・公共交通利用料金等）
- ・訪問リハビリテーションのプログラム実施にあたり、必要な費用（療法士分含む。）
（公共交通利用料金・料理の材料費等）

(3) 利用料等のお支払い方法

- ・お支払方法 … 口座振替
- ・締 日 … 月末
- ・ご請求日 … 毎月15日（前月分の利用料の請求書を送付致します。）
- ・お支払日 … 毎月27日（土・日・祝日の場合、翌営業日となります。）
口座振替金融機関の口座残高のご確認をお願い致します。
なお、口座振替処理が完了されたことを確認次第、領収書を発行致します。

5 通常の事業の実施地域

通常のサービスを提供する地域： 習志野市
上記地域以外でも、利用希望の方は、ご相談ください。

6 緊急時等における対応方法

介護予防訪問リハビリ利用時間において、訪問利用時説明事項確認書に記載されている急変時またはご連絡事項が生じた場合の連絡先をお知らせください。

緊急連絡先（必須）

フリガナ		続柄	緊急連絡先
氏名			
フリガナ		続柄	緊急連絡先
氏名			

（自宅固定電話以外）

7 サービス利用に当たっての留意事項

- ・利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は、禁止します。
- ・故意に備品等に損害を与え、またはこれらを持ち出すことを禁止します。

8 本契約の終了

(1) 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合には、本契約は終了します。

- ①利用者の要介護認定区分が、非該当（自立・要支援）と認定された場合
- ②契約期間満了日の7日前までに更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了した場合
- ③利用者が、7日間以上の予告期間をもって、本契約を解除した場合
- ④事業者が契約を解除した場合
- ⑤利用者が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をした場合
- ⑥利用者が、死亡した場合

(2) 本契約が終了した場合において、利用者が、既に実施されたサービスに対する利用料金支払義務その他事業者に対する義務を負担している場合には、利用者は、事業者に対し、契約終了日の翌月末日までに、その義務を履行します。

9 非常災害対策

地震や台風など災害が予測される場合は、営業中止や訪問時間の変更などの対応をとらせて頂くことがあります。

10 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対し身体拘束を廃止します。但し、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、理由を診療録に記載します。

11 虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施します。

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的で開催するとともに、その結果について周知徹底を図ります。
- ・虐待防止のための指針を整備します。
- ・虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- ・上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

12 業務継続計画の策定等

- ・感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- ・感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- ・感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

1 3 衛生管理等

- ・感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- ・感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- ・感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- ・従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ・事業所の備品等について、衛生的な管理に努めます。

1 4 その他運営に関する重要事項

(1) 当介護予防訪問リハビリご利用者相談・苦情担当

担当 松永 玄

電話 047-451-1700

(2) その他、市町村、国民健康保険団体連合会等の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

- ・習志野市 介護保険課

電話 047-451-1151

- ・千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係

電話 043-254-7428

(3) サービスを提供することが困難である場合の他の事業者等の紹介等

事業所の通常の事業実施地域や介護予防訪問リハビリテーションの内容等を勘案し、利用者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適当な他の事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じるものとします。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

15 当法人の概要・運営する施設

- ・名称・法人種別 医療法人社団保健会
- ・代表者役職・氏名 理事長 宮崎 正二郎
- ・所在地 習志野市谷津4丁目6番16号

- ・名称 谷津保健病院
- ・所在地 習志野市谷津4丁目6番16号
- ・電話番号 047-451-6000

- ・名称 東京湾岸リハビリテーション病院
- ・所在地 習志野市谷津4丁目1番1号
- ・電話番号 047-453-9000

- ・名称 谷津居宅サービスセンター
- ・所在地 習志野市谷津2丁目23番11号
- ・電話番号 047-451-1700

当事業者は、介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたり、利用者に対して説明事項確認書、利用契約書および重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要な事項を説明した上、サービス契約を取り交わしました。

事業者 医療法人社団保健会
所在地 習志野市谷津4丁目1番1号
名称 東京湾岸リハビリテーション病院

説明者 氏名 _____ 印

私は、説明事項確認書、利用契約書および重要事項説明書に基づいて、事業者から介護予防訪問リハビリテーションについての重要な事項の説明を受け、サービス契約に同意しました。また、介護報酬改定や税率改定における利用料金の変更において、その都度別紙にて、事業所より通知される内容に同意しました。

年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印