重要事項説明書

(介護予防訪問リハビリテーション)

**利用者： 様**

事業者：　　　 健生西部診療所

**１　当事業所の概要**

1. 事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 法　　人　　名 | 徳島健康生活協同組合 |
| 所在地 | 徳島県徳島市下助任町4-9 |
| 連絡先 | 088-654-8363 |
| 代 表 者 氏 名 | 理事長　　　児嶋　誠一 |

1. 事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 健生西部診療所 |
| 所在地 | 徳島県三好市井川町吉岡127-2 |
| 連絡先 | 0883-78-2292 |
| 管理者名 | 石川　長英 |
| サービス種類 | 介護予防訪問リハビリテーション |
| 介護保険指定番号 | 3610610523.号 |
| サービス提供地域 | 徳島県三好市井川町 |

1. 営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 平日 | 午前8：30 ～ 午後5：30 |
| 定休日 | 土、日曜日、国民の休日、12月30日～1月3日 |

1. 職員体制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 資　格 |  |
| 管理者 | 医師 | 1 名(常勤) |
| 管理代行者 | 理学療法士 | 1名 |
| 理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士 |  | 1 名以上 |

**２　サービス内容**

理学療法士や作業療法士又は言語聴覚士が、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるよう機能回復や維持のため、身体の部分の訓練だけでなく、歩行訓練の他、更衣・トイレ動作・食事動作等の日常生活に直結した訓練等のサービスを提供します。

* 1. 病状の観察や助言
  2. 体温・脈拍、血圧測定等のバイタルチェック
  3. 身体機能(筋力、柔軟性、バランス)等の維持、改善
  4. 寝たきりの改善予防に向けた運動療法
  5. 屋内外での歩行訓練や自宅でできるホームプログラムの作成と実施方法のアドバイス
  6. 基本的動作(寝返り、起き上がり、座位、立ち上がり)や生活動作(食事、更衣、入浴、トイレ等)の練習
  7. ご家族の方への介助方法の指導
  8. 福祉用具購入、住宅改修についてのアドバイス

**３　利用料金**

1. 費用

介護保険を利用する場合は、原則として基本利用料金（料金表）にて厚生労働省の定めた介護報酬の告示上の額となります。(介護保険負担割合証の割合に応じます。)

但し、介護保険の給付範囲を超えたサービスは、全額自己負担となります。

1. 提供するサービスの利用料、利用者負担額　　　　　**※負担割合証の割合に応じての支払い額となります。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 単位 | 利用料金 | | |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| □介護予防訪問リハビリテーション費 | ２９８単位/回 | ２９８円 | ５９６円 | ８９４円 |

**※通常の事業実施地域外の中山間地域に居住する利用者の方が御利用の際は所定単位数に5％加算されます。**

**※利用開始月から起算して12か月を超えてご利用される場合は1回につき30単位減算されます。**

**但し、3ヶ月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者様の状況等に関する情報を構成員と共有し、リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ介護予防訪問リハビリテーション計画を見直しており、利用者ごとの介護予防訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は減算対象にはなりません。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算 | 単位 | 利用料金 | | |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| □短期集中リハビリテーション実施加算  〔退院(所)日または認定日から3月以内〕 | ２００単位/日 | ２００円 | ４００円 | ６００円 |
| □口腔連携強化加算 | ５０単位/月 | ５０円 | １００円 | １５０円 |
| □退院時共同指導加算 | ６００単位 | ６００円 | １２００円 | １８００円 |
| □サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | ６単位/回 | ６円 | １２円 | １８円 |

**※短期集中リハビリテーション実施加算は利用者に対して、集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。**

**退院(退所)日または要介護認定を受けた日から算定して３か月以内の期間に１週間につき概ね２日以上、１日当たり２０分以上の個別リハビリテーションを行います。**

**※口腔連携強化加算は口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行った場合に加算します**

**※退院時共同指導加算は病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が退院前にカンファレンスに参加し、退院共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院１回に限り加算します。**

**※サービス提供体制加算は当事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。**

1. その他の費用

ご利用者様の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者様の負担になります。

1. 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)その他の費用の請求及び支払方法について
   1. 利用料、利用者負担額、その他の費用の請求方法等

利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。

上記にかかわる請求は、利用者明細書を添えて利用月の翌月10日以降に利用者あてにお届けします。

* 1. 利用料、利用者負担額、その他の費用の支払い方法等
     1. 利用者指定口座からの引き落とし
     2. 現金支払い
     3. 事業所指定口座への振り込み

　　　　※お支払いの確認をしましたら、支払い方法の何れかによらず領収書をお渡しします。

**４　サービスの提供にあたって**

1. サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
2. 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は医師の診断に基づき、利用者又は家族に説明し、同意した上で、訪問リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。
3. サービス提供を行う職員に対するサービス提供の具体的な指示や指令はすべて問う事業所が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況等に十分配慮しながら行います。

**５　虐待の防止について**

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

（１）虐待防止に関する担当者を選定しています

　　　(担当者：岡本啓佑)

（２）虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

（３）虐待防止のための指針を整備しています

（４）従業者に対して、虐待を防止する定期的な研修を実施しています

（５）サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

**６　身体拘束等の禁止**

(１) 事業所は、サービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません

(２) 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その対応時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します

**７　ハラスメントについて**

　事業所は、従業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努めます。

　(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(及ぼされそうになった)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、おとしめしたりする行為

　　 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

　　 ④カスタマーハラスメント(悪質なクレームや理不尽な要求)行為

　　上記は当該法人従業者、取引先事業者の方、利用者及びその家族が対象となります。

　(２) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアル等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為の再発防止策を検討します。

　(３) 従業員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修等を実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、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、環境改善等に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じます。

**８　緊急時の対応**

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 病　院　名 |  |
| 主　治　医 | 主治医氏名 |  |
|  | 連　絡　先 |  |
| 緊急連絡先 | 氏　　　名 | （続柄：　　　　　） |
| 連　絡　先 |  |
| 居宅介護支援事業所 | 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連　絡　先 |  |

**９　事故発生時の対応について**

　利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に関わる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

　また、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

**１０　天候不順時の対応**

　台風・降雪等の天候不順や、災害等によりサービスの実施が困難な場合は、サービスの中止、又は変更を依頼する場合があります。

**１１　身分証携行義務**

　指定訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

**１２　心身の状況把握**

　　指定訪問リハビリテーションの提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況の把握に努めるものとします。

**１３　サービスの記録**

　①サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録はサービスを提供した日から5年間保存します。

　②利用者は、事業者に対して保存されるサービスの提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

**１４　衛生管理等**

　（１）サービス提供職員等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。

　（２）指定訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

　（３）事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように、次に掲げる措置を講じます。

　　　①事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底します。

　　　②事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備しています。

　　　③従業者に対し、感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

**１５　業務継続計画の策定等について**

　（１）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

　（２）従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

　（３）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

**１６　相談　苦情対応**

当事業所における苦情やご相談は、以下の窓口で受け付けます。

(1)　健生西部診療所　担当:リハビリ室　岡本　啓佑 　TEL：0883-78-2292

受　付　時　間：午前8：30～午後5：30

(2)　行政機関その他苦情受付機関

　　　　みよし広域連合　　　　　　　：電話0883－76－0030

徳島県介護保険審査会　　　　：電話088－621－2214

徳島県国民健康保険団体連合会

苦情専用ダイヤル：電話088－665－7205

指定介護予防訪問リハビリテーションのサービス提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説

明いたしました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　【事業所】 徳島県三好市井川町吉岡127-2

　　　　　　　　　　　　　健生西部診療所　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　 　　　　　説明者： 　　　　　　　　　　　　　印

私は、本書面により、事業所から指定介護予防訪問リハビリテーションについての重要事項の説明を受け同意しました。

年　　　月　　　日

【ご利用者】住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　 　　　 印

【代理人】住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　 　　　 印（続柄　　　　　）

署名代行理由：

上記の内容にて双方で確認をし、本書2通作成し、利用者・事業所が1通ずつ保有するものとします。