

# 医療法人芙蓉会 介護老人保健施設ニューライフ芙蓉

## 指定訪問リハビリテーション重要事項説明書

### 1 概 要

#### (1) 事業所の概要

|            |                                                                        |
|------------|------------------------------------------------------------------------|
| 施設名        | 介護老人保健施設 ニューライフ芙蓉                                                      |
| 所在地        | 青森市妙見3丁目11番14号                                                         |
| 代表者名 [管理者] | 施設長 小山 陽一                                                              |
| 電話番号       | 017-728-2200                                                           |
| FAX番号      | 017-728-2203                                                           |
| 介護保険事業所番号  | 青森県 第0250180072号                                                       |
| その他のサービス   | 介護老人保健施設<br>短期入所療養介護<br>通所リハビリテーション<br>介護予防短期入所療養介護<br>介護予防通所リハビリテーション |
| 通常の事業の実施地域 | 青森市内（旧浪岡町を除く）                                                          |

#### (2) 当事業所の職員体制

| 職 種・員 数 | 医 師 [管理者] | 理 学 療 法 士 | 作 業 療 法 士 |
|---------|-----------|-----------|-----------|
| 常 勤 （人） | 1         | 3         | 2         |

#### (3) サービスの提供時間帯

| 営 業 日    | 営 業 時 間                                 |
|----------|-----------------------------------------|
| 月曜日から金曜日 | 午前の部 8時30分～12時30分<br>午後の部 13時30分～17時00分 |
| 休 業 日    | 土曜日、日曜日、祝日、8月13日、12月30日～1月3日            |

### 2 運営の方針

- (1) 指定訪問リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行うものとします。
- (2) 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めます。
- (3) 事業所は、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- (4) 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

- (5) 指定訪問リハビリテーションの提供にあたっては、介護保険法第 118 条の 2 第 1 項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。
- (6) 指定訪問リハビリテーションの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医及び居宅介護支援事業者へ情報の提供を行います。

### 3 指定訪問リハビリテーションの内容

サービスの提供にあたっては、医師の指示及び居宅サービス計画に基づき、要介護者に対する心身の機能の維持回復を図るため、療養上の目標と具体的なサービスの内容を記載した訪問リハビリテーション計画を作成し、その主要な事項について利用者や家族に説明し同意を得たうえで、適切に行います。

- (1) 運動療法、物理療法、歩行訓練、基本動作訓練
- (2) 居宅生活への助言、指導、ホームエクササイズ、介護技術、住宅改修、介護用品の紹介等
- (3) 行政機関や保健、医療、福祉サービス事業者との連絡調整など

### 4 利用料金

#### (1) 利用料

サービスを利用した場合の利用料は、原則として①基本料金と②付加料金の合計に対し、介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。ただし、②付加料金については、該当となる場合のみ加算されます。

また、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は全額負担となります。

#### ①基本料金

| 訪問リハビリテーション費  | 1 日あたり               |
|---------------|----------------------|
| 20 分以内        | 3,080 円（自己負担額：308 円） |
| 20 分以上 40 分以内 | 6,160 円（自己負担額：616 円） |

#### ②付加料金

| リハビリテーションマネジメント加算   | 1 月あたり               |
|---------------------|----------------------|
| (イ) LIFE へのデータ提出 なし | 1,800 円（自己負担額：180 円） |
| (ロ) LIFE へのデータ提出 あり | 2,130 円（自己負担額：213 円） |

| サービス提供体制強化加算           | 1 回（20 分）あたり    |
|------------------------|-----------------|
| (Ⅰ) 勤続年数 7 年以上の職員がいる場合 | 60 円（自己負担額：6 円） |
| (Ⅱ) 勤続年数 3 年以上の職員がいる場合 | 30 円（自己負担額：3 円） |

|                                                                                 |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 短期集中リハビリテーション実施加算                                                               | 1日あたり              |
| 退院・退所日 または 初めて要介護認定を受けた日から3ヶ月以内の期間にリハビリテーションを集中的に実施した場合<br>(週2日以上ご利用の方が対象となります) | 2,000円(自己負担額:200円) |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算                                                            | 1日あたり              |
| 退院・退所日 または 訪問開始日から3ヶ月以内の期間にリハビリテーションを集中的に実施した場合                                 | 2,400円(自己負担額:240円) |
| 退院時共同指導加算                                                                       | 1回あたり              |
| (医療機関から退院なさる方が対象となります)                                                          | 6,000円(自己負担額:600円) |
| 口腔連携強化加算                                                                        | 1月あたり              |
| 口腔の健康状態を評価し、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情報提供した場合                                  | 500円(自己負担額:50円)    |

※上記自己負担額は、介護保険の負担割合が1割の方の料金となります。

## (2) 交通費

青森市内にお住まいの方は無料です。

それ以外の区域は、上記の通常の実施地域を越えた地点から1km→10円です。

## (3) 料金の支払方法

毎月上旬に前月分の請求書を発行しますので、請求書の発行月の末日までにお支払い下さい。当施設指定の振込口座へお振込みいただくか、口座振替でお支払いいただくか、当施設窓口にて直接お支払いいただくようお願いいたします。お支払いが確認でき次第、領収書を発行いたします。原則として、担当者の金銭授受は行いません。

# 5 サービスの利用に関して

## (1) サービスのご利用手続き

まずは、お電話等でお申し込みください。担当者をご説明いたします。

なお、居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。居宅サービス計画に基づいてサービスを提供いたします。

※ 主治医からの「診療情報提供書」が必要となりますので、利用前の提出をお願いいたします。

## (2) サービスの終了

- ① 利用者のご都合でサービスを終了する場合、サービス終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。
- ② 当施設の都合でサービスを終了する場合、人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1ヵ月前までに文書で通知します。

なお、家庭内の移動や日常生活動作が習得できた、外出の手段が確保された、通所サービスなど他のサービスへ移行できた際に、一時終了となります。終了後、ご自宅の生活で再び不安が生じましたら改めてご相談ください。

### ③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

- 他の介護保険施設に入所した場合
- 治療が必要となり入院となった場合
- 要介護区分が、非該当（自立）もしくは要支援と認定された場合
- お亡くなりになった場合

### ④ その他

- サービス料金の支払いを2ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう督促（状）したにも関わらず、督促（状）の発行日より14日以内に支払われない場合
- 利用者、家族などが当施設や当施設のサービス従事者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合には、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

## (3) サービス中止について

- 悪天候・災害・交通障害等により運転に危険が及ぶと判断された場合
- 感染対策上必要と判断された場合
- その他、当該事業所が必要と判断した場合

## 6 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、又はまん延しないように、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まん延の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ています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

## 7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより速やかに、主治医、救急隊、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

## 8 事故発生時の対応方法

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（当事業所は日本精神科病院協会の損害賠償共済制度に加入しております。）

## 9 サービス内容に関する苦情

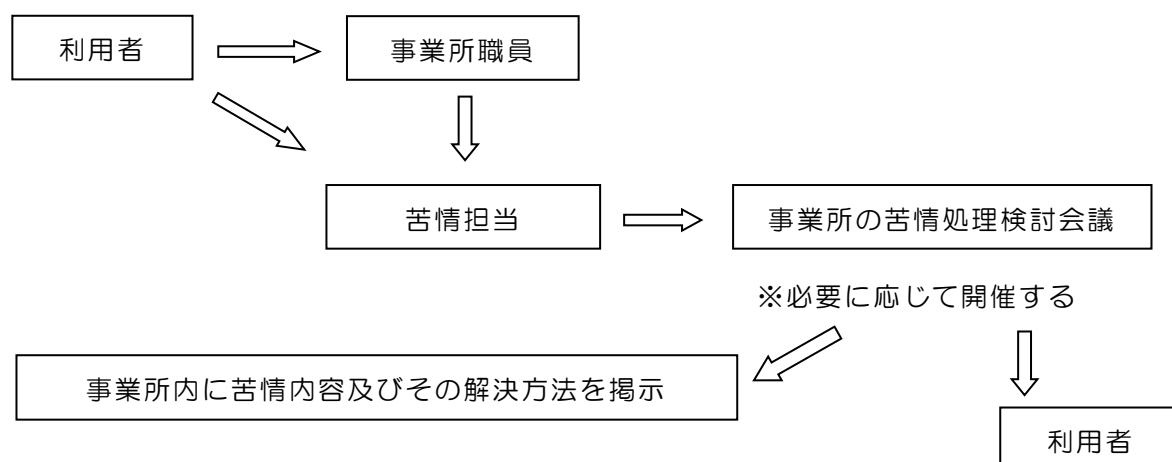
### (1) 当事業所のお客さま相談・苦情窓口

|        |                                     |
|--------|-------------------------------------|
| 担当者    | ニューライフ芙蓉 リハビリテーション科<br>工藤 優子（理学療法士） |
| 電話番号   | 017-728-2200                        |
| FAX 番号 | 017-728-2203                        |
| 受付日時   | 月～金曜日（祝祭日を除く） 8時30分～17時00分          |

### (2) 苦情相談受付時の対応方法について

- ① 利用者・家族から苦情の申し出。  
※事故、怪我を伴う場合は、速やかに対応を行う。
- ② サービス担当者等が受付けた苦情相談について、「苦情相談受付票」に記載。
- ③ 責任者へ報告（施設長・事務部長）。
- ④ 利用者又は家族から事実関係を聴取し、情報収集に努める。必要に応じ居宅介護支援事業所等へも事実関係等を確認。
- ⑤ 苦情相談に関する問題点を把握。
- ⑥ 問題点を把握後、必要に応じて苦情処理検討会議を開催し、事業所としての対応策を決定する。議事録を作成。  
※苦情処理検討会議出席者は、施設長・事務部長・サービス提供担当者・支援相談員(介護支援専門員)とし、内容により出席者を追加する。
- ⑦ 利用者、家族に対し改善策の提示及び、苦情解消の確認を行う。
- ⑧ 苦情処理検討会議での決定を受け、改善に取り組む。（事業所内に苦情内容及びその解決方法を掲示）
- ⑨ 苦情処理の経過を苦情処理簿に記録する。
- ⑩ 再発防止に取り組む。

## 苦情処理フロー



### (3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 青森市介護保険課 ０１７－７３４－５２５７（直通）

イ 青森県国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会） ０１７－７２３－１３３６

## 10 個人情報の保護について

- (1) 当該事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書（「個人情報利用同意書」）による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又は家族の個人情報を用います。

## 11 虐待の防止について

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次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 虐待を防止するための研修を定期的実施します。
- (4) 前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

〔虐待防止に関する担当者：木村 真樹（入所科 看護主任代理）〕

なお、サービス提供中に、当施設従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）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。

## 12 その他運営に関する重要事項

- (1) 事業所は、原則として月ごとに職員の日々の勤務時間、職務の内容等を明確にした勤務表を作成し、これを掲示します。

- (2) 事業所は、従業員の資質向上のため、月1回の研修の機会を設けます。
- (3) 事業所の従業員及び従業員であった者は、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持します。また、事業者は、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるため、あらかじめその事項を従業員との雇用契約に盛り込みます。
- (4) 事業所は、適切な指定訪問リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより理学療法士、作業療法士の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。
- (5) 事業者は、指定訪問リハビリテーションの提供に関し、リハビリ計画書、診療録、機能訓練その他必要な記録を整備し、その完結の日から2年間保存します。また、事業者は、請求及び受領に係る記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとします。利用者からこれらの記録の閲覧を求められた場合、事業者は、原則としてこれに応じます。ただし、家族からの請求については、本人の同意が得られない場合は、これに応じないことができます。
- (6) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、居宅サービス事業基準省令第119条において準用する同第8条に定める重要事項説明書（利用約款）に定めるほか、医療法人芙蓉会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

（附則）

|    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|
| 令和 | 6年 | 4月 | 1日 | 改訂 |
| 令和 | 6年 | 6月 | 1日 | 改訂 |
| 令和 | 7年 | 4月 | 1日 | 改訂 |

## 重要事項説明書の受け取り書

令和      年      月      日

訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 青森市妙見3丁目11-14  
名 称 介護老人保健施設 ニューライフ芙蓉

説明者氏名 (印)

私は、本書面により、事業者から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、サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所  
電話番号

氏 名 (印)

代理人 住 所  
電話番号

氏 名 (印)

利用者との続柄（ ）



# 個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1 個人情報使用の目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

### 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

### 4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和        年        月        日

介護老人保健施設 ニューライフ芙蓉  
施設長    小山   陽一   殿

（利用者）住所

氏名

⑩

（家 族）住所

氏名

⑩