

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

介護予防訪問リハビリテーションサービス重要事項説明書

(令和5年4月1日現在)

1. 要望及び苦情対応

(1)当施設には、要望及び苦情対応のための相談窓口が常設されております。サービスに対する相談苦情等は、迅速に対応いたしますので担当者までご連絡ください。

相談窓口担当者 池澤 由美江 0248(24)2525

(2)要望及び苦情に対して公正に対応するため、施設長を苦情解決責任者とする苦情対応委員会を設置しています。委員は施設長をはじめ常設窓口担当者、各部門長及び法人が選定する第三者で構成され、合議による解決方策を提供します。

2. 施設の概要

(1)名称及び定員等

施設名	医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ
開設年月日	平成17年4月1日(訪リハ平成22年6月1日)
所在地	福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地
連絡先	電話：0248(24)2525 FAX：0248(21)2525
管理者氏名(施設長)	佐藤 健(医師)
介護保険指定番号	0752880013

(2)運営理念

- ①リハビリテーションを通じた地域交流の中から、高齢者の豊かな知識・経験・技術を受け継ぎ、安らぎのある理想社会の創造を目指します。
- ②地域における介護・福祉サービスの中核施設となり、家庭復帰・在宅介護を支援するトータルヘルスケアを提供します。

(3)介護予防訪問リハビリテーションの運営目的

- ①利用者の意思及び人格を尊重し、利用者が有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業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介護予防訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、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的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行う。
- ③介護予防訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、関係区市町村などの地域の保健・医療福祉サービス機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
- ④サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者等に対して療養上必要な事項が理解しやすいように指導又は説明を行うとともに、利用者に同意を得て実施するよう努める。

(4)職員の職種、員数及び職務の内容

①管理者 1名(介護老人保健施設兼務)

管理者は、介護予防訪問リハビリテーション等の従業者の管理及び利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。

②医師 1名以上(介護老人保健施設兼務) ※1名は管理者兼務

訪問リハビリテーション計画の作成に係る診療を行う。また、医学的観点から計画の作成に必要な情報提供及びリハビリ方法についての指示指導や、利用者・家族に対する療養上必要な事項の指導、助言を行う。

③理学療法士及び作業療法士 1名以上（介護老人保健施設兼務）

利用者に交付した訪問リハビリテーション計画に基づき、適正な介護予防訪問リハビリテーションを提供する。

(5) 利用案内

①営業日 月曜日から土曜日まで（12月31日から1月3日までを除く）

②営業時間 午前9時00分から午後5時00分まで

(6) 通常の事業実施地域

介護予防訪問リハビリの通常のサービス実施地域は、旧白河市、西白河郡西郷村となります。

3. 利用料金

(1) 介護予防訪問リハビリテーションサービス利用料金（要支援1・2の方）

※利用者の負担額は、1割または一定以上の所得のある方は2割・3割の負担となります。

①介護予防訪問リハビリテーション費 《基本訪問時間は、1日40分（20分を2回）となります》

	1割負担	2割負担	3割負担
20分（1回）	307円	614円	921円
40分（20分を2回）	614円	1,228円	1,842円
60分（20分を3回）	921円	1,842円	2,763円

※以下の加算料金は、1割負担の場合の自己負担金額です。

②「特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算」 所定単位数の15%を加算

③「中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算」 所定単位数の5%を加算

④「短期集中リハビリテーション実施加算」

退院（所）日又は認定日から起算して3月以内 1日につき 200円

⑤「事業所評価加算」 1月につき 120円

⑦「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）」 1回につき 6円

「サービス提供体制強化加算（Ⅱ）」 1回につき 3円

⑧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、所定単位数から1回につき50単位が減算されます。

⑨利用を開始した日の属する月から12月を超えて利用した場合、所定単位数から1回につき20単位が減算されます。

※通常の事業の実施地域を越えて行う介護予防訪問リハビリテーション等に要した交通費は、その実額が徴収されます。なお、自動車を利用した場合の交通費は次の額が徴収されます。

◆ 通常の実施地域を越えて1kmにつき 55円

(2) 健康上の理由による中止

①風邪など病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。

②当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容変更または中止することがあります。その場合、指定された方に連絡のうえ適切に対応します。また、必要に応じて速やかに医師の診察、または主治医に連絡を取るなど必要な処置を講じます。

※サービスを中止した場合、同月内であれば定員に余裕がある日に振り替えることが出来ます。

(3) 支払い方法

毎月末に精算し、翌月15日頃迄に利用契約書にご記入いただいた請求先に手渡し、もしくは郵送いたします。

お支払いは、請求書の到着月末までに受付窓口（窓口での現金取り扱いは、月～金曜日の午前8時

30分から午後6時30分となります。土曜日・祝日は午前8時30分から午後5時30分まで、日曜日については現金の取り扱いは致していません。)、又は銀行振込にてお支払いくださいますようお願いいたします。なお、取り扱いについてご希望がありましたら、事務窓口までお申し出ください。

4. 各医療機関との連携

- (1) 協力医療機関
- ◇福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院
福島県白河市豊地上弥次郎2-1 (当施設より約5Km 車10分)
 - ◇医療法人社団恵周会 白河病院
福島県白河市字六反山10-1 (当施設より約5Km 車10分)
- (2) 協力歯科医療機関
- ◇ゆりのき歯科クリニック (当施設より約50m 徒歩1分)
福島県西白河郡西郷村字下前田東5-1 大松ビル3F

※協力医療機関ならびに協力歯科医療機関に対しては、利用者の状態が急変した場合、速やかに対応していただけるようお願いしております。

5. 緊急及び事故発生時の対応

- (1) 利用者に、容態の急変、または事故等が発生した場合、利用契約書にご記入いただいた連絡先に連絡するとともに、速やかに医師による診察、救急処置または主治の医師または歯科医師等に連絡、必要と判断した場合は、消防署及び協力医療機関への連絡、搬送または搬送連絡等必要な措置を講じます。
- (2) 利用者又は家族等に損害を与える事故の発生を確認した場合、速やか市町村に連絡し、必要な処置を講じます。また、それに伴う賠償等の請求が発生した場合、誠意を持って話し合い双方の合意をもって行うものとします。
- (3) 緊急時の連絡先は、利用契約書にご記入いただいた連絡先に連絡することとし、速やかに必要な措置を講じます。
- (4) 利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、虐待を防止するための責任者の選定や職員に対する研修の実施、その他虐待防止のために必要な措置を講じます。また、サービス提供中に、当該事業所職員又は介護者(利用者の家族等高齢者を現に介護する者)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するものとします。

※重要事項に対する説明確認について

1. 当施設をご利用いただくにあたり、利用者及び身元引受人に対して、**介護老人保健施設ニコニコリハビリ短期入所療養介護サービス重要事項説明書に基づき必要な説明を行ない同意されましたので、一部交付いたしました。**

令和 年 月 日

福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

管理者 佐藤 健

印

説明者 所属

氏名

2. 私は、介護老人保健施設ニコニコリハビリ介護予防訪問リハビリテーションサービス重要事項説明書により、当該施設についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

身元引受人 住所

氏名

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ
介護予防訪問リハビリテーションサービス利用同意書

1. 当施設をご利用いただくにあたり、利用者及び身元引受人に対して、**介護老人保健施設ニコニコリハビリ短期入所療養介護サービス重要事項説明書**に基づき必要な説明を行ない同意されましたので、一部交付いたしました。

令和 年 月 日

福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

管理者 佐藤 健 印

説明者 所 属
氏 名

2. 私は、介護老人保健施設ニコニコリハビリ利用約款及び介護予防訪問リハビリテーションサービス重要事項説明書に基づき、当該施設についての重要事項の説明を受け、これらを十分に理解したうえで利用することに同意いたします。

同意年月日 令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名

身元引受人 住 所
氏 名

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ 介護予防訪問リハビリテーションサービス利用契約書

介護保険法令における要介護認定区分が要支援及び要介護認定者（以下「利用者」という）と医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ（以下「当施設」という。）は、介護保険法令における介護予防訪問リハビリテーションサービスにおいて次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

当施設が、介護保険法令の趣旨及び介護老人保健施設ニコニコリハビリ利用約款（以下「利用約款」という。）に従ってサービスを提供すること、ならびにサービスを受けた者及び身元引受人が利用約款に基づき、利用料を支払うことについて取り交わすことを目的とします。

第2条（契約期間）

- 1 この契約期間は、契約締結日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
- 2 利用者は、利用約款の改定が行われない限り利用同意書の提出をもって、くり返し当施設を利用することができます。

第3条（介護予防訪問リハビリテーション計画）

当施設では、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて「居宅サービス計画」に沿って「介護予防訪問リハビリテーション計画」を作成します。当施設は「介護予防訪問リハビリテーション計画」の内容を利用者及び身元引受人に説明します。

第4条（本契約に定めのない事項）

この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他所法令の趣旨を尊重し、双方が誠意を持って協議し定めることとします。

以上の契約を証するため、本書を2通作成し、双方が記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日
 契約者氏名 当施設 福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地
 医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ
 管理者 佐藤 健 印

フリガナ
 利用者 住 所
 フリガナ
 氏 名 印
 フリガナ
 身元引受人 住 所
 フリガナ
 氏 名 印

※利用約款第8条の請求書送付先

フリガナ 氏名	続柄	電話番号 携帯番号
〒 住 所		

※利用約款9条の緊急時連絡先

フリガナ 氏名	続柄	電話番号 携帯番号	勤務先
①		電話 携帯	
②		電話 携帯	
③		電話 携帯	
かかりつけ医師		病院 医院	先生
		病院 医院	先生
		病院 医院	先生

個人情報使用同意書

利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族（以下「利用者、身元引受人又は親族等」という。）の個人情報については、下記に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護保険法令に基づき個人情報の提供を求められた場合。
- (2) 学会等の研究事業において、個人を特定されないよう配慮した場合。
- (3) 個別案件の相談調整の際、個人を特定しなければ決定に至らないと判断される場合。
- (4) 公的機関から情報提供を求められた場合。
- (5) 事業所の掲示物の他、広報誌やホームページ等を作成する場合（写真等の掲載）。
- (6) その他、施設が必要と認めた場合。

2 使用方針

- (1) 個人情報の使用は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。
- (2) 事業者は、使用した個人情報について記録し、法令に定められた期間保管します。

3 個人情報の内容（例示）

- (1) 氏名・住所・健康状態・病歴・家庭状況等の利用者、身元引受人又は親族等に関する情報。
- (2) 認定調査票・主治医意見書・介護認定審査会等における判定結果の意見。
- (3) その他、施設が必要と認める情報。

※「個人情報」とは、利用者、身元引受人又は親族等に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和 年 月 日

介護老人保健施設ニコニコリハビリ

管理者 佐藤 健 様

利用者 住所

氏名

身元引受人 住所

氏名

親族 住所

氏名