

様

訪問リハビリテーション契約書  
(兼 重要事項説明書)

医療法人メディフォー  
介護老人保健施設メディケア栄  
訪問リハビリテーション

令和 年 月 日

介護保険からの給付サービスを利用する場合には、基本料金の1割～3割負担となります

## 重要事項説明書

### [ 事業所概要 ]

事業所名称	介護老人保健施設メディケア栄
主たる事業所所在地	愛知県名古屋市中区栄五丁目7番25号
法人種別	医療法人
代表者名	管理者：施設長 白石 哲
電話番号	Tel 052-262-7070 Fax 052-262-7755
事業所番号	2350680019
サービス提供地域	名古屋市内（通常：中区・東区・昭和区・千種区）

### [ 事業所の職員体制 ]

従事者の職種	人数	従事者の職種	人数
管理者	1名 専従	作業療法士	0名
理学療法士	1名 兼務	言語聴覚士	0名

### [ 従事者の業務内容 ]

管理者	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の従事者の管理、指定訪問リハビリテーションのご利用申し込みに関わる調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。当事業所の従事者に、厚生労働省令で定められた指定訪問リハビリテーションの人員基準及び、運営に関する基準を遵守させるために必要な指揮、命令を行います。
理学療法士	身体に障害のある方を対象に、寝返りや起き上がり、歩くといった基本的動作能力の回復や維持及び、障害の悪化を予防する為に運動療法、日常生活動作訓練を行います。
作業療法士	心身に障害を持つ方が、日常生活や社会生活を再建できるように心身機能の回復を促し、身の回りのことを主体的に出来るように応用・日常動作訓練社会適応訓練を行います。
言語聴覚士	聴覚障害、言葉の遅れ、失語症、声・発声の障害等コミュニケーション能力に障害がある方、摂食・嚥下機能障害がある方に対して、コミュニケーション摂食・嚥下訓練を行います。

### [ 営業日及び、営業時間 ]

営業日時	月曜日～金曜日 9:30～17:00
休業日	土曜日 日曜日 年末年始(12月30日～1月3日)

### [ 訪問訓練時間 ]

一回の利用に当たっては、目安の時間は約40分です。

## [ 利用料金 ]

介護保険からの給付サービスを利用する場合には、基本料金の1割～3割負担です。

1割負担 2割負担 3割負担

	1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション	334円	667円	1,001円
40分間行った場合	668円	1,335円	2,002円
介護予防訪問リハビリテーション	323円	646円	969円
40分間行った場合	646円	1,291円	1,937円
短期集中リハビリテーション実施加算（介護予防は除く）			
退院・退所日又は認定日から3月以内	217円	434円	650円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（介護予防は除く）			
退院・退所日又は認定日から3月以内	260円	520円	780円
訪問リハマネジメント加算1（介護予防は除く）			
利用者の同意後リハビリテーションの質を管理した場合	195円	390円	585円
訪問リハマネジメント加算2（介護予防は除く）			
1に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省へ提出し、情報を計画書作成等に活用していること	231円	462円	692円
訪問リハマネジメント加算3（介護予防は除く）			
1, 2において医師が説明を行って利用者の同意を得た場合	293円	585円	878円
(予防)訪問リハ退院時共同指導加算			
医療機関退院時に医師等が医療機関従業者と情報を相互に共有し共同して必要な指導を行い、計画書に反映させた場合	650円	1,300円	1,950円
(予防)訪問リハ診療未実施減算			
事業所の医師が診療を行わない場合	-54円	-108円	-162円
予防訪問リハ12月超減算			
利用開始月から12月を超えて実施した場合(3月に1度以上、リハビリテーション会議を開催している場合を除く)	-32円	-65円	-97円
サービス提供体制強化加算			
理学療法士等の勤続年数が7年以上の者が従業している	7円	13円	20円
移行支援加算（介護予防は除く）			
基準に適合し、通所介護事業所への移行支援を実施した場合	19円	37円	56円

介護保険の給付を超えたサービスは、全額自己負担となります。

## [ 支払い方法 ]

- ・お支払方法は、原則口座振替となります。その他のお支払い方法に関してはご相談ください。
- 振替日は、利用月の翌月26日となります(土日祝日と重なる場合は、翌営業日)。
- ・振替確認後に領収書を発行させていただきます(確認時期は利用月の翌々月の上旬)。
- ・領収書は原則として再発行いたしません。医療費控除等に必要のため大切に保管してください。  
\*ただし、やむを得ない理由により再発行を希望された場合、手数料として1部につき1,100円(税込)を申し受けます。

## [ 業務継続計画 ]

感染症や非常災害の発生時において、利用者様に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該計画に従って必要な措置を講じます。

- (1)職員に対し、当該計画について周知し、必要な研修・訓練を定期的実施します。
- (2)定期的に計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

## [ 身体の拘束について ]

当施設は原則として身体拘束を廃止しております。但し、ご本人又は他の入所者の方等の生命・身体を保護するため緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、当施設の医師が様態・時間・心身の状況及び緊急やむを得なかった理由をカルテ等へ記載致します。

## [ 虐待の防止について ]

当施設は虐待の発生・再発を防止するため次の措置を講じております。

- (1)虐待の防止のための対策を検討する委員会を年1回定期的開催し、その結果について従業者者に周知徹底を図る。
- (2)虐待の防止のための指針を整備する。
- (3)職員に対し、虐待の防止のための研修を年2回定期的実施する。
- (4)上記(1)から(3)までを適切に実施するための担当者を置く。

## [ 相談・要望・苦情等に関する窓口について ]

訪問リハビリテーションサービスに関する相談・要望・苦情等は各担当者及び、当事業所にお申し出下さい。

相談窓口：介護老人保健施設メディケア栄 訪問リハビリテーション

TEL 052-262-7070

受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:30

※担当者が不在の場合は、お名前とご連絡先を伝言願います。職員よりご連絡致します。

当事業所以外で相談や苦情を申し立てる機関

名古屋市健康福祉局高齢福祉部 介護保険課 指導係(居宅班)	TEL: 052-959-3087 FAX: 052-959-4155
----------------------------------	--

愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情調査係	TEL: 052-971-4165 FAX: 052-971-8870
-------------------------------	--

名古屋市弁護士会 高齢者・障害者総合支援センター	TEL: 052-203-2677 受付: (火)・(木) 10:15～13:15
-----------------------------	--

## [ 緊急時の対応方法 ]

かかりつけ医	医療機関名称	
	医師名	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	電話番号	
	昼間の連絡先	

※訪問中に急変された場合は、かかりつけ医に連絡させていただきます。

## [ その他 ]

- ・当事業所の職員は、感染予防に努めます。
- ・利用予定日の体調不良等でのキャンセルは、午前9時までにご連絡下さい。9時を過ぎた場合、キャンセル料金がかかります。(1回の利用料自己負担分)
- ・介護保険からの給付サービスを利用する場合には、基本料金の1割～3割負担です。
- ・入院等緊急な事項は、担当ケアマネージャーに御連絡頂ければ結構です。
- ・サービス提供記録の開示に対応させていただきますので、御遠慮なく申し出下さい。



## 個人情報同意書(訪問リハビリテーション)

私(利用者及びその家族)の個人情報について、次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. 使用する目的

- (1) 居宅サービス(訪問リハビリテーション)を円滑に提供する為に実施するサービス担当者会議等において必要な場合
- (2) 介護支援専門員に対しての定期の情報提供
- (3) かかりつけ医への報告 等

#### 2. 使用する職員の範囲

- (1) 利用者に対してサービス提供又は相談援助等を担当する職員

#### 3. 条件

リハビリテーション課

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払うこと
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと

令和            年            月            日

介護老人保健施設 訪問リハビリテーション 殿

(利用者様)    住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(利用者の家族様、又は身元引受人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_