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名以上	作業療法士	1名以上
理学療法士	1名以上	言語聴覚士	0名

[従事者の業務内容]

F MC 1. H -> NC1001 1.H -]	
	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の従事者の管理、また指定訪問リハビリ
	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
管理者	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。
	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
理学療法士	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。
	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
作業療法士	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。
	聴覚障害、言葉の遅れ、失語症、声・発声の障害などのコミュニケーション能
言語聴覚士	力に障害がある方又は摂食・嚥下機能障害を有する方に対して、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 9:00~17:00
	土曜日 日曜日
休業日	盆休み(8月13日~15日) ※ 暦により期間は前後する場合があります。
	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。

	項目名			負担割合	
訪問リハビリテーション		算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
20分間行った場	場合	同	334円	667円	1,001円
訓練時間40分	の場合:20分を2回	回	(668円)	(1,335円)	(2,002円)
介護予防訪問リハビリテーション		算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
20分間行った場	易合		323円	649円	969円
訓練時間40分	の場合:20分を2回	回	(646円)	(1,291円)	(1,937円)
計画診療未実施減算		算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
医師が診察を行	うっていない場合	回	55円	109円	163円
12月超減算(介護予防のみ)		算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
利用開始月から	512か月を超えて実施した場合				
	上、リハビリテーション会議を開催し、専				
	の情報の共有、会議内容の記録、リハビ				
	画の見直しを実施している場合かつリハ	□	33円	65円	98円
	計画書等の情報を厚生労働省へ提出し、		0011	0011	0013
	コンの提供に当たって適切かつ有効な				
	X要な情報を活用している場合を除く)			割負担 2割負担 334円 667円 (668円) (1,335円) 1割負担 2割負担 2割負担 55円 109円 1割負担 2割負担 333円 65円 33円 462円 1割負担 2割負担 217円 434円 1割負担 2割負担 21月担 21月日 21月	
			1割負扣	9割各扣	3割負担
	実施している場合	并 足平位	101915	201915	0 p 1 p 1 p
. , ,	天旭し くいる場合 療法士等へのリハビリテーションの目的・留意				
	東伝工寺、000パピッケーションの日刊・留息 を基準・負荷等の指示及びその内容の記録				
	コン会議開催(3か月に1回以上)と構成員間で				
	会議内容の記録及びリハビリテーション計画の				
見直し	式成門(付♥ク゚nLッx/火 U'ワク * L ワ /				
	ョン計画作成に関与した理学療法士等による				
	説明とそれに対する同意取得及び説明内容		195円	390円	585円
の医師への報					
	ロ から介護支援専門員への専門的見地に基づ				
く情報提供	20月晚又饭中门真: W7中门的无地に至了	月			
	による居宅訪問と、専門的見地に基づく家族				
, = , ,,,,,, ,	ビス事業所従業者への指導・助言				
	への適合の確認と記録				
	利用者毎のリハビリテーション計画				
(, (, , , , , , , , , , , , , , , , ,	を厚生労働省へ提出し、リハビリテ				
	是供に当たって、適切かつ有効な実		231円	462円	692円
	必要な情報を活用している場合				
		\dashv			
	いて医師が説明を行って利用者の		293円	585円	878円
同期焦中リッドリティスの実体が		佐 少 以 上	1生(47	0生(人+口	0字1左47
短期集中リハビリテーション実施加	27 17 18 27 1 17 17	算定単位			3割負担
- - - - - - - - - -	は開始日から3か月以内	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □			650円
認知症短期集中リハビリテーション		算定単位	l刮須担	2刮貝担	3割負担
	医師が診断し、リハビリテーションに				
	善が見込まれると判断された利用	目	260円	520円	780円
者に対し短期集					
	は開始日から3か月以内・週2日まで)	Let 1			
口腔連携強化加算	6 - Triber Labella College Co.	算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
	島の評価を実施し、利用者の同意を				
得て評価結果を	歯科医療機関及び介護支援専門	月	55円	109円	163円
員へ情報提供を					

	項目名			負担割合	
退院時共同指導力	加算	算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
	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、共同して利用者及び家族へ必要な 指導を行った内容をリハビリテーション計画に反映さ せ、初回のリハビリテーションを実施した場合 (当該退院につき1回)	□	650円	1,350円	1,950円
移行支援加算(介護予防は除く)	算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
	基準に適合し、通所介護事業所等への移行支援を 実施した場合	回	19円	37円	56円
サービス提供体制	引強化加算	算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
(1) 理学療法士等のうち勤続年数7年以上の者が従業している場合 (2) 理学療法士等のうち勤続年数3年以上の者が従業している場合			7円	13円	20円
		- 回	4円	7円	10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。

「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・訓練を定期的に実施します。
- (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2回定期的に開催し、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1回定期的に実施する。
- (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	TEL: 052-959-3087
介護保険課	FAX: 052-959-4155

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

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

「緊急時の対応方法]

[\\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\	医療機関名称	
かかりつけ医	医師名	
	電話番号	
	氏名	
緊急連絡先	電話番号	
紧心 理稍尤	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

[※]訪問中に急変された場合は、かかりつけ医に連絡させて頂きます。

「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頂きますので、御遠慮なく申し出下さい。

本書面に基づいて、重要事項、及び契約条項の説明を受けたことを証明します。 双方の合意の基に訪問リハビリテーションサービスの提供に関する契約を締結します。 上記契約を証明するために、本契約書を2通作成し、利用者様、及び事業所の双方が 押印の上、それぞれ1部ずつを保管します。

令和	年	月		日	
(事業所)	所在地	名古屋市中	中区的	栄五丁目7番25号	<u>1.</u>
		医療法人>	ヾディ	フォー	
	事業者名	介護老人的	呆健加	施設メディケア栄	訪問リハビリテーション
	代表者名	施設長 白	一石	哲	印
(説明者)	氏名				印
(利用者様)	ご住所				
	お名前				印
(代理人)	ご住所				

印

お名前

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	\blacksquare	1	ろ	Ħ	的
- •	\sim	1.4		9	\vdash	~~

- (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

令和

- (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

年 月 日

- (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

介護老人保健施設	訪問リハビリテーション	殿

	(利用者碌)	任所		
		氏名	印	
(利用者の家族様、又は身元引受人)				
		住所		
		氏名	印	