

医療法人社団ナラティブホーム ものがたり診療所
訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション
重要事項説明書

1 サービスの相談窓口

相談窓口	医療法人社団ナラティブホーム ものがたり診療所
連絡先	電話：0763-55-6100(直通)

2 当該事業を提供する事業者について

事業者名称	医療法人社団ナラティブホーム
代表者氏名	理事長 佐藤伸彦
事業者所在地	〒939-1315 富山県砺波市太田1382番地

3 利用者に対して当該事業を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	ものがたり診療所
事業の種類	訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション
介護保険事業所番号	富山県指定 第1610810937
事業所開設年月日	2010年3月19日
事業所所在地	〒939-1315 富山県砺波市太田1382番地
事業所連絡先	電話：0763-55-6100 FAX：0763-34-0101
事業所管理者	佐藤 伸彦
通常の事業実施地域	高岡市・砺波市・小矢部市・南砺市 ※事業所から利用者宅の距離が概ね1.6kmの範囲

(2) 事業の目的及び運営方針

事業目的	要介護又は要支援状態にある利用者に対し、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう訪問リハビリテーションサービスの提供。
運営方針	事業所の言語聴覚士又は理学療法士等は、利用者の心身の特性及び置かれている環境等を踏まえて可能な限り居宅において、その有する能力に応じ、日常生活の自立と質の向上が図れるよう指導等の支援を行います。また、当該サービスの実施にあたっては、地域の保健医療福祉サービス事業所と密接な連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

(3) 事業所の職員体制

従業者の種類	人数	通常の勤務体制
医師	4名	8:30～17:30
看護師	3名以上	8:30～17:30
言語聴覚士	1名以上	8:30～17:30

理学療法士	1名以上	8:30～17:30
相談員	1名以上	8:30～17:30
事務職員	5名以上	8:30～17:30

(4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 8:30～17:30
営業しない日	土曜日・日曜日・祝日及び年末年始の休日(12月30日～1月3日)

(5) 身分証携行義務

職員は常に身分証を携行し、訪問時及び利用者又は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。

4 サービスの内容

(1) 主治医の指示に基づき、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえ、訪問リハビリテーション計画書を作成し、これに従って以下のサービスを提供します。

- ・日常生活動作の維持・回復のための評価と練習を行います。
- ・飲み込みや言葉の評価と練習を行います。
- ・住宅改修や福祉用具の助言等を行います。

(2) 作成した訪問リハビリテーション計画書は、利用者又は家族に説明を行い、同意を頂きます。

(3) 利用者の要介護又は要支援状態の軽減、若しくは悪化防止となるよう当該サービスを提供し定期的な評価と計画の見直しも行います。

(4) サービス提供は懇切丁寧に行い、内容を理解しやすいように説明をします。

5 利用料【別紙1】参照

当該サービスの利用料金は、介護保険法及び医療保険法に定められたとおりです。

(1) 交通費

通常の事業実施地域の利用者への訪問等の交通費は無料です。

通常の事業実施地域以外への訪問等の交通費は実費負担(1km当たり37円)がかかります。

(2) キャンセル料

利用者の病状急変や入院等、やむを得ない事由により当該サービスをキャンセルした場合には、キャンセル料はかかりません。

(3) 解約料

利用者はいつでも契約を解約することができます。解約料金は一切かかりません。

6 利用料の支払い方法

利用された月の支払いについては、翌月15日頃に請求書をご指定の場所に郵送します。

7 緊急時の対応について

利用者に対する当該サービスの提供により事故が発生した場合、又は利用者に病状急変が生じた場合には、速やかに家族及び関係市町村や主治医等関係者に連絡する等、必要な措置を講じます。

8 虐待の防止

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、従業員に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

虐待防止に関する責任者	事務長 近久 知子
-------------	-----------

9 身体拘束等の禁止

事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わない。

2 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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その他必要な事項を記録する。

3 事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講ずる。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
- (3) 従業員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

10 ハラスメント対策

- (1) 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者が事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメント等の行為を禁止します。

1.1 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずる。

2 事業所は、従業員に対し、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実施する。

3 事業所は、定期的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う。

1.2 サービス内容に関する相談、苦情の連絡先

- (1) 当該サービスの提供に係る利用者及び家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。受付方法は、来所、電話、FAX、書面等どのような方法でも対応します。
- (2) 相談及び苦情に対し、次の窓口で対応します。

当事業所の相談窓口	医療法人社団ナラティブホーム ものがたり診療所 所在地：富山県砺波市太田1382番地 電話：0763-55-6100 FAX：0763-34-0101 担当者：近久 知子(事務長)
砺波市の相談窓口 【受付時間】 月曜日～金曜日 8:30～17:00	砺波市 福祉市民部 高齢介護課 所在地：富山県砺波市栄町7番3号 電話：0763-33-1328(直通) FAX：0763-33-7622
介護保険組合 【受付時間】 月曜日～金曜日 8:30～17:00	砺波地方介護保険組合 所在地：富山県砺波市栄町7番3号 電話：0763-34-8333 FAX：0763-34-8334
国民健康保険団体連合会 【受付時間】 月曜日～金曜日 8:30～17:00	富山県国民健康保険団体連合会 所在地：富山県富山市下野字豆田995-3 電話：076-431-9833(直通) FAX：076-431-9834
富山県福祉サービス運営適 正化委員会 【受付時間】 月曜日～金曜日 8:30～16:00	富山県福祉サービス運営適正化委員会 所在地：富山県富山市安住町5番21号 電話：076-432-3280 FAX：076-432-6532

1.3 守秘義務

- (1) 事業所の職員は、当該サービスを提供するうえで知り得た利用者及び家族に関する事項を正当な理由もなく第三者に漏らしません。この守秘義務はこの契約終了後も継続します。
- (2) 前項にかかわらず、利用者のサービス担当者会議など正当な理由がある場合には同意を文書で得たうえで利用者及び家族等の個人情報を用います。

1.4 情報開示

利用者及びご家族の要望があれば、事業計画の情報開示をいたします。また、インターネットで随時当事業所や当法人の方針を発信しています。

<http://www.narrative-home.jp>

(西暦)20 年 月 日

以上、契約書及びこの書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

<事業者>

所在地 〒939-1315 富山県砺波市太田1382番地
法人名 医療法人社団ナラティブホーム
代表者名 理事長 佐藤伸彦 印
事業所名 ものがたり診療所
説明者 印

契約書及びこの書面により重要事項の説明を受けました。

<利用者>

氏名 _____ 印

利用者の意思を確認したうえで上記の代理署名をしました。

<代理人>

氏名 _____ 印 (続柄: _____)

【別紙1】

料金表

1 医療保険の場合

介護保険の未申請の方及び、病状の急性増悪時の場合等が医療保険の対象となります。

	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 同一建物居住者以外の場合	3,000円	300円	600円	900円
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 同一建物居住者の場合	2,550円	255円	510円	765円

※上記金額は 1回20分単位 のリハビリに対しての金額となります。

※費用負担に関しては、医療保険証の負担割合に基づきます。

2 介護保険の場合（7頁に一覧あり）

	単位数	10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費 (病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院)	308	3,080円	308円	616円	924円
介護予防訪問リハビリテーション費	298	2,980円	298円	596円	894円

※上記金額は 1回20分 のリハビリに対しての金額となります。

※介護保険適用の場合は、上記利用料の「介護保険負担割合証」の負担割合に基づいての支払いになります。

○減算

- ・介護予防訪問リハビリテーション費は、利用開始から12月経過後、1回につき 30単位減算
- ・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、
1回につき 50単位を減算
- ・同一建物居住者へサービス提供をする場合

事業所と同一建物利用者 20人以上にサービスを行う場合	所定単位数の90%で算定
事業所と同一建物利用者 50人以上にサービスを行う場合	所定単位数の85%で算定

○加算

サービス提供体制加算(I)	○訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数7年以上の者が1人以上	<u>1回につき</u> 6単位
サービス提供体制加算(II)	○訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数3年以上の者が1人以上	1回につき 3単位

○加算（つづき）

退院時共同指導加算	○退院前カンファレンス・退院時共同指導を行った後、初回の訪問リハビリテーションを行った場合	<u>初回 1 回に限り</u> 600 単位
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	○認知症と医師が判断し、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された場合、退院日または開始日から <u>3 ヶ月以内</u> に実施	<u>1 日につき</u> 240 単位 1 週 2 日まで
短期集中リハビリテーション実施加算	○退院・退所日又は認定日から 3 ヶ月以内に 20 分以上のリハビリテーションを週 2 日以上集中的に実施	<u>1 日につき</u> 200 単位
口腔機能強化加算	○口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関および介護支援専門員に情報提供した場合	<u>1 月に 1 回に限り</u> 50 単位

○リハビリテーションマネジメント加算

算定要件

- ① リハビリテーション計画を利用者または家族に説明し、同意を得ていること※
- ② 事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などが共同でリハビリテーションの質を管理していること
- ③ 理学療法士等が介護支援専門員に対してリハビリテーションの観点から情報提供を行うこと
- ④ 医師または指示を受けた専門職が指示内容を記録し、3 ヶ月に 1 回以上リハビリテーション会議を開催して計画を見直すこと

リハビリテーションマネジメント加算イ	○利用者および家族を基本としつつ医師をはじめとした担当者が参加したリハビリテーション会議を 3 月に 1 回以上開催	<u>1 月につき</u> 180 単位
リハビリテーションマネジメント加算ロ	○リハビリテーション会議の実施に加え、厚生労働省に情報を提出している（科学的介護情報システム LIFE）	1 月につき 213 単位

※医師が利用者またはその家族に説明した場合、上記に加えて 270 単位（訪問リハマネジメント加算 3）

訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション料金一覧【介護保険】

①基本料金

サービス内容略称		単位数	自己負担額		
			1割	2割	3割
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 1	20分(1回)につき	308	308円	616円	924円
<input type="checkbox"/> 予防訪問リハ 1	20分(1回)につき	298	298円	596円	894円

②加算

加算項目略称		単位数	自己負担額		
			1割	2割	3割
<input type="checkbox"/> 訪問リハ サービス提供体制加算 I	20分(1回)につき	6	6円	12円	18円
<input type="checkbox"/> 訪問リハ退院時共同指導加算	初回 1回につき	600	600円	1200円	1800円
<input type="checkbox"/> 訪問リハ 認知症短期集中リハ加算	1日につき	240	240円	480円	720円
<input type="checkbox"/> 訪問リハ短期集中リハ加算	1日につき	200	200円	400円	600円
<input type="checkbox"/> 訪問リハマネジメント加算 1	1月につき	180	180円	360円	540円
<input type="checkbox"/> 訪問リハマネジメント加算 2	1月につき	213	213円	426円	639円
<input type="checkbox"/> 訪問リハマネジメント加算 3	1月につき	270	270円	540円	810円
<input type="checkbox"/> 訪問リハ口腔連携強化加算	1月につき	50	50円	100円	150円

③減算

減算項目略称		単位数	自己負担額		
			1割	2割	3割
<input type="checkbox"/> 予防訪問リハ 12月超減算	20分(1回) につき	-30	-30円	-60円	-90円
<input type="checkbox"/> 訪問リハ 高齢者虐待防止未実施減算 1	20分(1回) につき	-3	-3円	-6円	-9円
<input type="checkbox"/> 訪問リハ計画診療未実施減算	20分(1回) につき	-50	-50円	-100円	-150円