

介護老人保健施設 オラージュ須磨

重要事項説明書

(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)

本書は、あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている(介護予防)訪問リハビリテーションについて、介護保険法の規定に基づき、事業者が利用者に説明すべき事項を記載しています。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1. (介護予防)訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業者の名称	医療法人社団 創生会
代表者氏名	理事長 田口 真子
事業者の所在地	神戸市灘区深江本町3丁目8番22号
法人設立年月日	1999年11月26日

2. サービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地など

事業所名称	介護老人保健施設 オラージュ須磨
事業所の所在地	神戸市須磨区若草町3丁目622-11
開設年月	2010年10月1日
介護保険事業所番号	2850780061
管理者の氏名	高峰 義和
サービス提供実施地域	神戸市須磨区、兵庫区、長田区、垂水区、西区、北区
電話番号	078-747-1136
FAX番号	078-747-1138

(2) 事業の目的、運営方針

事業の目的	要介護・要支援状態と認定された利用者に対して、(介護予防)訪問リハビリテーションのサービスを提供し、居宅において利用者が有する能力に応じた、可能な限り自立した生活を確保することができるように支援することを目的とします。
運営の方針	利用者の心身の状態に応じた適切なサービスを提供します。事業の実施に当たっては、人員の確保、教育指導に努め、利用者個々の主体性を尊重し、地域の保健医療、福祉との連携のもと総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 従事者の体制（令和6年6月1日現在）

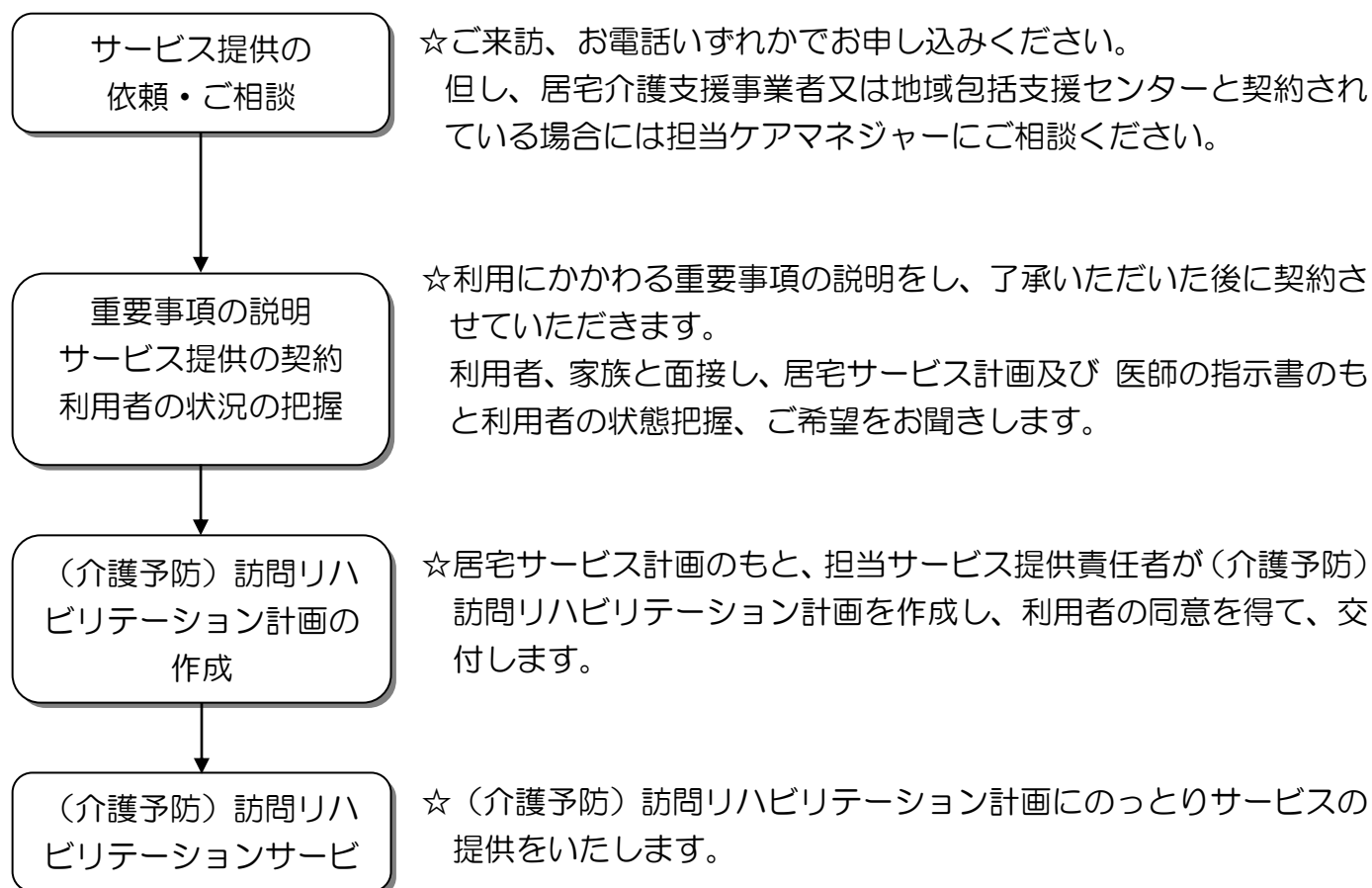
職 種	従事する業務内容	人 員		
		常勤	非常勤	計
管 理 者	職員管理業務等	1 名		1 名
理 学 療 法 士	サービス利用の受付 サービスの提供 （介護予防）訪問リハビリテーション計画の作成	各職種適当数		
作 業 療 法 士				
言 語 聴 覚 士				

(4) サービス提供日時

サービス提供日時	月曜日から土曜日 午前9時から午後5時まで
休業日	日曜日、（年末年始については休業日を連絡します）

3. サービスの利用方法

(1) サービスの開始までの流れ



(2) サービスの終了

利用者は、事業所に対して、文書で通知することにより、7日以上予告期間を持って届出することにより、予告期間満了日をもって契約は解除されます。

但し、利用者の急変、急な入院などやむを得ない事由がある場合は、契約終了希望日の1週間以内の通知でもこの契約を解除することが出来ます

4. サービスの利用料金

(1) 利用料金

事業所は、法定代理受領サービスに該当する介護保険サービスを提供した際には、利用者から利用料の一部として、当該介護保険サービスについて介護保険法に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（告示上の額）から当該事業所に支払われる介護保険サービス費の額を差し引いた額（自己負担額）の支払いを受けます。また事業所は、法定代理受領サービスに該当しない介護保険サービスを提供した際に利用者から支払いを受ける利用料の額と、前段の額との間に、不合理な差額が生じないようにします。下記の料金表の該当する要介護度における自己負担額をお支払い下さい。但し、介護保険の給付範囲を超えたサービスの利用については、全額自己負担となります。

<（介護予防）訪問リハビリテーション費>

要介護度	サービス費項目	負担割合		
		1割	2割	3割
要介護 1～5	訪問リハビリテーション費(1回20分以上)	329円/回	657円/回	985円/回
	短期集中リハビリテーション費 (概ね週2日以上訪問) 退院(所)又は新たに要介護認定の効力が生じた日から3月以内(1日20分以上)	214円/日	427円/日	640円/日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (週2回まで) 認知症であると医師が判断した方へ実施、退院(所) 又は訪問開始日から3月以内	256円/日	512円/日	768円/日
	リハビリテーションマネジメント加算(イ)	192円/月	384円/月	576円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	227円/月	454円/月	681円/月
	リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合、加算(イ)・(ロ)に加え	288円/月	576円/月	864円/月
	介護予防訪問リハビリテーション費(1回20分以上)	318円/回	636円/回	953円/回
要支援 1・2	短期集中リハビリテーション費 (概ね週2日以上訪問) 退院(所)又は新たに要支援認定の効力が生じた日から3月以内(1日20分以上)	214円/日	427円/日	640円/日

<事業所体制の加算>

加算の名称	備考	1 割	2 割	3 割
サービス提供体制強化加算 (イ)	7 年以上勤続年数のある者が配属されている場合	7 円/回	13 円/回	19 円/回
サービス提供体制強化加算 (ロ)	3 年以上勤続年数のある者が配属されている場合	4 円/回	7 円/回	10 円/回
移行支援加算 (要介護 1～5)	社会参加を維持できる他のサービス等に移行ができた割合がある一定の値を超えた場合	19 円/日	37 円/日	55 円/日
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て、歯科医療機関およびケアマネジャーに対し、当該評価の結果を情報提供した場合	54 円/回	107 円/回	160 円/回
退院時共同指導加算	退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った後、初回の通所リハビリを実施	640 円	1,280 円	1,919 円

- i) 地域区分別の単価（4級地 10.66 円）で計算しています。
- ii) 負担割合証を確認のうえ、利用者負担が割合証に記載の負担率となります。
- iii) 利用者がまだ要介護認定を受けておられない場合、「(暫定)居宅サービス計画」が作成されていない場合は、サービス利用料金の 10 割を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けられた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。認定結果が「自立」の場合は、「暫定居宅サービス計画」の作成有無にかかわらず、全額自己負担となります。
- iv) 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

<その他>

- i) 通常のサービス提供地域（又は送迎地域）以外の地域についてのみ、所定の交通費（1 回 500 円）と、有料駐車場を利用した場合には、その駐車料金（実費）が必要となります。
- ii) 3ヶ月毎に主治医より診療情報提供書が必要となります。診療情報提供料はご利用者負担となります。

(2) 利用料のお支払方法

- ①事業所は、原則として利用料の支払いを口座引落としとします。利用者及び連帯保証人が指定する送付先に対し、利用料金の請求書兼明細書を、翌月末までに送付します。
利用者は、事業所に対し当該合計額を翌々月の 5 日に支払うものとします。
- ②事業所は、利用者又は連帯保証人から利用料金の支払いを受けた時には、利用者及び連帯保証

人が指定する送付先に対して、領収書を送付します。

③利用料を振り込まれる場合の振込手数料、および事業所の責に帰さない事由による利用料の返金手数料は、利用者又は連帯保証人が負担するものとします。

※利用料、利用者負担額、及びその他費用の支払いについて、正当な理由なく、支払い期日までに支払いが無い場合は、年14.6%の割合で計算した遅延損害金をお支払いいただきます。

(3) 利用の中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、利用者の都合により、(介護予防)訪問リハビリテーションの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出してください。

② サービス利用の変更・追加の申し出に対して、従業員の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

連絡先(電話): 078-747-1136

5. 相談・苦情窓口

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

苦 情 解 決 責 任 者	施設統括部長
苦 情 受 付 窓 口	リハビリ主任
受 付 時 間	毎週 月曜日～金曜日 9:00～17:00
電 話 番 号	078-747-1136
F A X 番 号	078-747-1138

(2) 行政機関その他の相談窓口

神戸市福祉局監査指導部	所 在 地: 神戸市中央区加納町 6-5-1 電話番号: 078-322-6326 受付時間: 8:45～12:00、13:00～17:30 (平日)
養介護施設従事者等による 高齢者虐待通報専用電話	所 在 地: 同上 電話番号: 078-322-6774 受付時間: 8:45～17:30 (平日)
神戸市消費生活センター	所 在 地: 神戸市中央区橘通 3-4-1 電話番号: 078-371-1221 受付時間: 9:00～17:00 (平日)
兵庫県国民健康保険団体 連合会 介護サービス苦情相談窓口	所 在 地: 神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1801 号 電話番号: 078-332-5617 受付時間: 8:45～17:15 (平日)

6.（介護予防）訪問リハビリテーションの利用に関する留意事項

（１）（介護予防）訪問リハビリテーションの提供を行う従業者

契約時に、担当の従業者を決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の従業者が交替してサービスを提供することもあります。

（２）従業者の交替

① 利用者からの交替の申し出

選任された従業者の交替を希望する場合には、従業者が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して従業者の交替を申し出ることができます。但し、利用者から特定の従業者の指名はできません。

② 事業者からの従業者の交替

事業者の都合により、従業者を交替することがあります。

従業者を交替する場合は利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

（３）サービス実施時の留意事項

① 定められた業務以外の禁止

利用者は（介護予防）訪問リハビリテーション計画に定められたサービス以外の業務を事業業者に依頼することはできません。

② サービスの実施に関する指示・命令 サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者はサービスの実施にあたり利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③ 備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。従業者が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

④ 引受け不能の対応

利用者又はご家族より以下のようなご要望は、対応しかねますのでご了承ください。

- i 利用者本人にとって不適切又は介助時に本人に苦痛を伴うこと
- ii 事業所の業務運営上、不可能な方法
- iii 利用者の生命に危険がおよぶようなこと

（４）（介護予防）訪問リハビリテーション内容の変更

サービス利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(5) 従業員の禁止行為

従業員は、利用者に対するサービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ①利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品の授受
- ②利用者の家族等に対しての（介護予防）訪問リハビリテーションの提供
- ③飲酒及び喫煙
- ④利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑤その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

7. 秘密の保持及び個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業所の従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ この秘密保持に関する義務は、サービス提供が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業員に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。
個人情報保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得たうえで、適正な範囲において利用者及びその家族の個人情報を利用します。 ② 事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する情報を提供できるものとします。 ③ 事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む）については善良な管理者の注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ④ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、直ちに調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正などを行うものとします。 開示等の求めに際し、当事業所所定の申請書、本人確認のための書類を提出して下さい。ただし、手数料として1件 1,000円（税込）とさせていただきます。

8. 虐待の防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待防止等のため次の措置を講じるものとします。

- (1) 成年後見制度の利用を支援します。
- (2) 苦情解決体制を整備しています。
- (3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

9. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者及びご家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また、事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性…身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

10. 緊急時の対応

サービスの提供中に利用者の容態の変化等があった場合は、利用者の主治医、救急隊への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先に連絡いたします。

11. 事故発生時の対応方法について

- (1) 事業所は事故の発生又はその再発を防止する為、次の各項に定める措置を講じます。
 - ①事故が発生した場合の対応、次項に規定する報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備します。
 - ②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策に従業者にも周知徹底する体制を整備します。
 - ③事故発生防止の為に委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。
- (2) 事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、利用者の家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。
- (3) 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して対応した処置を記録します。
- (4) 当事業所は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行います。

1 2. 損害賠償について

- (1) 事業所において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償致します。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者のおかれた心身の状況を斟酌し相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- (2) 以下の各号に該当する場合は、事業者は賠償責任を免れます。
 - ① 利用者又はその家族が、契約締結に際し、利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ② 利用者又はその家族が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ③ 利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ④ 利用者が、事業者もしくは従事者の指示等に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合
- (3) 利用者及び連帯保証人は、利用者の責に帰すべき事由により事業者、従事者又は第三者に生じた損害について、連帯してその損害を賠償しなければならないものとします。

1 3. サービス提供の記録について

- (1) 事業所は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備します。
- (2) 事業所は、利用者に対する（介護予防）訪問リハビリテーションの提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
- (3) 利用者は、当該利用者に関する「サービス提供の記録」の複写物の受け取りを希望する場合、当事業所所定の申請書、本人確認のための書類を提出のうえ、所定の料金を支払うことにより、受け取ることができます。

1 4. 衛生管理等について

- (1) 当事業所は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士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) 当事業所は、設備及び備品等について衛生的な管理に努めます。

15. 重要事項説明の年月日について

上記内容について利用者に説明いたしました。

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
説明者氏名	

利用者

私は、以上の重要事項説明書の内容について説明を受け、その内容を理解し、これが契約の一部となることを確認したうえ同意し、文書の交付を受けました。

住 所	
氏 名	

代筆者氏名 _____ 続柄 ()

代理人・立会人（いずれかに○）

住 所	
氏 名	

家族の場合は、家族代表であることを確認いたしました。

〈注〉本書を2通作成し、事業者、利用者双方が1部ずつ保管する。