

介護老人保健施設ケアポート益城 訪問リハビリテーション重要事項説明書

<令和 7年 3月 1日現在>

訪問リハビリテーション事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 慈光会
代表者名	理事長 永田啓朗
所在地・連絡先	(住所) 熊本県上益城郡益城町安永 1080 (電話) 096-286-4192 (FAX) 096-286-6946

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	介護老人保健施設ケアポート益城
所在地・連絡先	(住所) 熊本県上益城郡益城町安永 1014 (電話) 096-289-0777 (FAX) 096-289-1010
事業所番号	4 3 5 2 8 8 0 0 6 8
管理者の氏名	中村 紳二

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数(人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1		事業所の管理全般
医師	1	1		病状等把握・診療
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1以上	1以上		心身機能維持回復

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤
医師	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤
理学療法士等	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤

(4) 事業の実施地域

益城町、熊本市、菊陽町、御船町、大津町、西原村

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営業日	営業時間
月曜日より土曜日	8:30~17:30
営業しない日	日曜日及び12月31日~1月3日

(6) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある利用者に対し、適正な訪問リハビリテーションを提供することを目的とする。
運営の方針	利用者が、居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活

	<p>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ります。また、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います。</p>
--	--

3 サービスの内容

社会福祉法人慈光会 介護老人保健施設ケアポート益城 訪問リハビリテーションは、介護保険法令の趣旨に従って、利用者の日常生活がより活動的なものとなるように、理学療法士等が利用者の自宅を訪問し、リハビリテーションを行います。身体面では関節拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善、精神面では知的能力の維持改善を医師の指示に基づき行います。

4 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

利用種別	金額
訪問リハビリテーション費	308円/回
介護予防訪問リハビリテーション費	298円/回
リハビリテーションマネジメント加算	イ 180円/月 ロ 213円/月 医師が説明を行った場合 270円/月
短期集中リハビリテーション実施加算	200円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240円/日
口腔連携強化加算	50円/回
退院時共同指導加算	600円/回
サービス提供体制強化加算	I 6円/回 II 3円/回
移行支援加算	17円/日

※介護保険の適用がある場合は、原則として上記の料金表の利用料金に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額が利用者の負担額となります。

※当事業所の医師による診察を行わずに利用者に対して指定訪問リハビリテーションを行った場合、1回につき、利用料が50円減額となります。(別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていること等、厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限る。)

※上記指定(介護予防)訪問リハビリテーション加算自己負担額については、サービス提供の内容により費用が発生する可能性があるものを含みます。よって、契約者の状況またはサービス提供の状況によってその有無が変わることがあるため、必ずしも全ての項目で自己負担が発生するものではありません。

※介護予防(要支援者)のみ、利用を開始した月から起算して12月を超えた場合、基本単位から1回につき30円減額となる場合があります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

○ 事業の実施地域外の交通費

通常の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は下記の交通費が必要となります。

事業所から往復 10km未満	200円
事業所から往復 10km以上	500円

○ キャンセル料

利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料をいただく場合があります。ただし、病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の2日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日に連絡があった場合	利用料全額の50%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料全額の100%

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、次のいずれかの手法をご選択の上お支払いください。入金確認後、領収証を発行します。なお、持参払い以外の場合、支払いに要する手数料は払込人様をご負担下さい。

- 一 施設窓口における持参払い(請求月の末日までにご持参ください)
- 二 銀行振込払い(請求月の末日までにお振込ください)
 - 肥後銀行木山支店 普通預金口座 (口座番号1269370)
 - 口座名義 社会福祉法人慈光会 介護老人保健施設ケアポート益城
 - 理事長 永田 啓朗
- 三 事前申込による口座引落

5 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者又はご家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- (2) 事業所では、原則として利用者宅の鍵のお預かりはいたしません。鍵の取り扱いについては、利用者又はご家族にご相談させていただきます。
- (3) 従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、一切お受けしません。

6 非常災害・感染症対策

管理者は、非常災害時及び感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できるよう業務継続に向けた計画等の作成、研修、シュミレーションを実施します。

7 事故発生時、緊急時の対応

- (1) 当事業所が行うサービス(介護予防を含む)の提供により事故が発生した場合には、担当職員が速やかに当該市町村、利用者のご家族等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます
- (2) 利用者へのサービス提供時において、病状の急変が生じた場合やその他必要な場合には速やかに主治の医師、利用者のご家族に連絡を行う等の措置を講じます。

8 秘密保持と個人情報保護

- (1) 事業所の従事者は、正当な理由がなく、その業務上知り得たご利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- (2) 事業所は、従事者であったものが、正当な理由なくその業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。
- (3) 事業所は、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合には当該家族の同意をあらかじめ文書により得ます。

9 虐待防止

利用者の人権擁護・虐待防止等のために次に掲げる必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、従事者の人権意識の向上や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画に基づき適切な支援の実施に努めます。

- (3) 従事者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従事者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4) 虐待の発生又はその再発を防止するため指針を整備し、管理者により定期的に委員会を開催します。
- (5) 本事業所はサービス提供中に当該事業所従事者または養護者（ご家族様等高齢者を現に養護する者）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、速やかにこれを関係市町村に通報するものとします。

10 損害賠償

当事業所において、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します。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、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、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して、相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業所名 介護老人保健施設ケアポート益城
(事業所番号) 4352880068
事業者名 社会福祉法人 慈光会
理事長 永田啓朗 印

説明者 職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受け、内容を納得のうえ重要事項説明書の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
(代筆者： 続柄：)

身元引受人 住 所 _____
氏 名 _____ 印
(生年月日 年 月 日)

身元引受人 住 所 _____
氏 名 _____ 印
(生年月日 年 月 日)