

介護老人保健施設ハート（介護予防）訪問リハビリテーション重要項目説明書
（令和6年6月1日現在）

（１）

（施設の概要）

施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設ハート
- ・開設年月日 平成7年11月30日
- ・所在地 三重県桑名市大字西方字斧峠1306-10
- ・電話番号 0594-22-6111
- ・FAX番号 0594-22-6110
- ・管理者名 衣斐 達
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（2450180027号）

（２）

（施設の目的）

施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるように、支援します。

（３）

（施設の運営方針）

当施設では、利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における日常生活の継続を目指す。

（４）

（施設の職員体制）

	常 勤	非常勤
・医 師	1 人	
・支援相談員	1 人	
・理学療法士 ・作業療法士	3 人	
・事務職員	1 人	

（５）

（営業日及び営業時間）

（介護予防）訪問リハビリテーションの営業日及び営業時間は以下のとおりとします。

- ① 祝祭日、年始を除く、毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日とします。
- ② 営業日の午前9時から午後6時までを営業時間とします。
- ③ 営業日の午前10時から午後4時までをサービス提供時間とします。

（６）

（通常の送迎の実施地域）

通常の送迎の実施地域を以下のとおりとします。

桑名市 東員町

(7)

(サービス内容)

- ① (介護予防) 訪問リハビリテーション計画の立案
- ② リハビリテーション
- ③ 相談援助サービス
- ④ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

2 サービス提供には下記のご協力をお願いします。

- ① 職員に対する心づけはご遠慮いたします。
- ② ペット等はゲージに入れる等、サービス提供に影響がない様ご協力ください。
- ③ サービス提供中の飲酒、喫煙はご遠慮ください。
- ④ 写真、動画、音声等の撮影等は事前に職員に同意を得て下さい。

(8)

(身元引受人)

利用者は、次の各号の要件を満たす身元引受人を立てます。但し、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

- ① 行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。）であること。
- ② 弁済をする資力を有すること。

2 身元引受人は、利用者が本約款上当施設に対して負担する一切の債務を極度額150万円の範囲内で、利用者と連帯して支払う責任を負います。

3 身元引受人は、利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続が円滑に進行するように協力すること。

4 身元引受人が第1項各号の要件を満たさない場合、又は当施設、当施設の職員若しくは他の入所者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為を行った場合、当施設は、利用者及び身元引受人に対し、相当期間内にその身元引受人に代わる新たな身元引受人を立てることを求めることができます。但し、第1項但し書きの場合はこの限りではありません。

5 身元引受人の請求があったときは、当施設は身元引受人に対し、当施設に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

(9)

(利用者からの解除)

1. 利用者は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、約款に基づく訪問リハビリテーション利用を解除することができます。
2. 身元引受人も前項と同様に訪問リハビリテーション利用を解除することができます。但し、利用者の利益に反する場合は、この限りではありません。

(10)

(当施設からの解除)

当施設は、利用者及び身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく（介護予防）訪問リハビリテーションサービスの利用を解除することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者及び身元引受人が、約款に定める利用料金を期日までに支払わず、その支払いを督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合（特別な事情があり、

申請を行った場合は除く)

- ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な（介護予防）訪問リハビリテーションサービスの提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者及び身元引受人が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合や、身元引受人が施設運営に協力いただけない場合
- ⑤ 当施設が新たな身元引受人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな身元引受人を立てない場合。但し、利用者が新たな身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除く。
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合
- ⑦ 利用者が死亡された場合

(11)

(利用料)

当施設は、利用者及び身元引受人が指定する者に対し(別紙1) 介護保健施設サービスの対価として、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日までに発行しますので利用者及び身元引受人は、連帯して当施設に対し、当該合計額をその月の末日までにお支払いをお願いします。

(12)

(秘密の保持及び個人情報の保護)

当施設とその職員は、当法人の個人情報保護規定に基づき、業務上知り得た利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報の利用目的を定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。

(13)

(緊急時の対応)

当施設では、利用者の状態が急変した場合や、緊急の場合には「同意書」等にご記入いただいた連絡先に連絡します。

1. 緊急時の対応

- ① 利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

2. 事故発生時の対応

- ① サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。
- ② 当施設は利用者の身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(14)

(賠償責任)

- 1. 介護保健施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。
- 2. 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設又は他の利用者が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

<別紙 1>

(介護予防)訪問リハビリテーションについて
(令和6年6月1日現在)

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. (介護予防)訪問リハビリテーションについての概要

(介護予防)訪問リハビリテーションについては、要介護者及び要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、(介護予防)訪問リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・身元引受人（ご家族）の希望を充分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

(1) 介護保険一部負担分

(以下は特別な記載がない場合、1回あたりの単位です。 単価＝10,33円/単位)

1. 基本単位(1回/20分)

- | | |
|------------|-------|
| ・ 要介護1～5の方 | 308単位 |
| ・ 要支援1～2の方 | 298単位 |

2. 各種加算

①下記の加算が加わります。

- | | |
|-------------------|-------|
| ・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 6単位 |
| (Ⅱ) | 3単位 |
| | のいずれか |

②要支援1～2の利用者には状況に応じて下記の加算が加わります。

- | | |
|----------------------|-------|
| ・ 利用開始した月から12月を超えた場合 | －30単位 |
|----------------------|-------|

3. 上記、基本単位に各種加算を加えた1ヶ月の総単位数に単価を掛けた金額が介護費用となり、利用者負担分は介護費用のうち、自己負担割合に応じた額となります。

(2) その他の料金

① 交通費

基本的には、保険給付の自己負担の範囲となりますが、通常の事業実施地域以外の地域で実施した場合にお支払いいただきます。ご相談ください。

(3) 支払い方法

- ・ 毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。
- ・ お支払い方法は、現金、銀行振込、銀行引落の3方法があります。入所契約時にお選びください。
- ・ お支払い確認後、領収書を発行いたします。

重要事項説明書同意書

令和 年 月 日

住 所 〒 5 1 1 - 0 8 6 4
 桑名市大字西方字斧峠 1 3 0 6 - 1 0
施設名 介護老人保健施設 ハート
T E L 0 5 9 4 - 2 2 - 6 1 1 1
F A X 0 5 9 4 - 2 2 - 6 1 1 0
代表者 医療法人 社団 青藍会
 理事長 三浦 尚文 ㊞

介護老人保健施設のサービス（（介護予防）訪問リハビリテーション）を利用するにあたり、施設の重要事項の内容に関して、担当者による説明を受け、これら主旨を十分に理解し納得した上で同意します。

<利用者>

住 所	〒
氏 名	㊞

<代筆者>

氏 名	続柄 ()
-----	--------------------------------

<身元引受人>

住 所	〒
氏 名	㊞