

# 介護老人保健施設 たちばな苑

## 指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーション 重要事項説明書

あなたに対する指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーション（以下「指定訪問リハビリテーション等」という）サービス提供開始にあたり、介護保険法第39号第4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

### 1 事業者

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 恩賜財団済生会 支部岡山県済生会 |
| 法人の所在地 | 岡山市北区国体町2番25号           |
| 法人の種別  | 社会福祉法人                  |

### 2 ご利用施設及び対象者

|         |                            |
|---------|----------------------------|
| 施設の名称   | 介護老人保健施設 たちばな苑 訪問リハビリテーション |
| 事業者指定番号 | 岡山市3350180182号             |
| 施設の所在地  | 岡山市北区国体町3番12号              |
| 管理者の名称  | 前田 幸夫                      |
| 電話番号    | 086-252-2222               |
| FAX番号   | 086-252-2281               |

### 3 事業の目的と内容

|       |                                                                                                                                  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目的と内容 | 介護保険法の規定に基づき、要介護または要支援状態にある利用者で、医師が訪問リハビリテーション等の必要を認めたかたに対し、適正な訪問リハビリテーション等を提供することを目的とし、居宅を訪問してリハビリテーションを行うことにより心身の機能の維持回復を図ります。 |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4 職員体制（主たる職員）

| 従業員の職種              | 常 勤 | 非 常 勤 |
|---------------------|-----|-------|
| 管理者（医師）             | 1 人 |       |
| 医 師                 |     | 1 人   |
| 理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士 |     | 1 人以上 |

#### 5 営業日・時間

|         |                                        |
|---------|----------------------------------------|
| 営 業 日   | 月曜～金曜日<br>※但し営業日が祝日の場合は、その週の土曜日は営業します。 |
| 休 業 日   | 土・日・祝日・12月29日～1月3日                     |
| 営 業 時 間 | 10時00分～17時00分                          |

#### 6 利用料金（別紙利用料一覧表参照）・支払方法

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用料支払方法 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月10日頃迄に、前月分の請求書を発行しますので、その月の20日迄にお支払い下さい。</li> <li>・お支払いは、窓口現金払い（時間内）、銀行振込、口座振替（取扱銀行：中国銀行）にてお願いします。<br/>現金ご持参の場合は、平日の8時30分から17時30分で行います。</li> <li>・振込銀行名：中国銀行 奉還町支店 普通<br/>口座番号：1997741<br/>口座名義：介護老人保健施設「たちばな苑」<br/>岡山県済生会常務理事 森本尚俊</li> </ul> |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 7 苦情申立先（苦情解決体制の概要は別紙参照）

|         |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 相 談 窓 口 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・担 当 者：原田一生</li> <li>・ご利用時間：平日 10時～ 17時</li> <li>・ご利用方法：面接及び電話<br/>ご意見箱（1階玄関ホールに設置）</li> <li>・苦情解決責任者：管理者 前田 幸夫</li> </ul> <p>岡山県国民健康保険団体連合会 電話 223-8811<br/>岡山市事業者指導課 電話 212-1012<br/>岡山市介護保険課 電話 803-1240</p> |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |       |
|--|-------|
|  | 第三者委員 |
|--|-------|

## 8 協力医療機関

|                                                        |           |                         |
|--------------------------------------------------------|-----------|-------------------------|
| ご利用者の主治医又は施設の協力医療機関への連絡を行い、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。 |           |                         |
| ご利用者の主治医                                               | 医療機関の名称   |                         |
|                                                        | 氏 名       |                         |
|                                                        | 所 在 地     |                         |
|                                                        | 電 話 番 号   | — —                     |
| 協 力 医 療 機 関                                            | 医 療 機 関 名 | 岡山済生会総合病院               |
|                                                        | 所 在 地     | 岡山市北区国体町 2 番 2 5 号      |
|                                                        | 電 話 番 号   | 0 8 6 - 2 5 2 - 2 2 1 1 |
|                                                        | 診 療 科     | 内科・整形外科他 1 5 科          |
|                                                        | 入 院 設 備   | 4 7 3 床（一般 4 0 9 床他）    |
|                                                        | 救急指定の有無   | 有（第 2 次救急）              |
|                                                        | 契 約 の 概 要 | 緊急時の受診及び入院              |

## 9 事故発生時の対応

|              |                                                                                                                                     |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故発生時の<br>対応 | サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者に必要な処置を行い、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。<br>事業者の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。 |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 10 虐待防止のための措置

|       |                                                                                                                                                                                     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 人権の擁護 | <p>利用者の人権の擁護及び虐待等の防止のため次の措置を講じます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待の防止に関する責任者の選定 管理者 前田 幸夫</li> <li>・職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施</li> <li>・その他虐待防止のために必要な措置</li> </ul> |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|     |                                                                                         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 通 報 | 訪問リハビリテーション等の提供に当たり、養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）等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、速やかにこれを市町村へ通報します。 |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|

## 11 成年後見制度の活用支援

|      |                                                                        |
|------|------------------------------------------------------------------------|
| 活用支援 | 利用者と適正な契約手続き等を行うため、必要に応じ、成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行います。 |
|------|------------------------------------------------------------------------|

## 12 個人情報の保護

|         |                                                                                                                                        |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 個人情報の保護 | 利用者及びご家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適正な取扱いに努めます。また、利用者及びご家族の個人情報の利用に際しましては、利用者及びご家族からそれぞれ同意を得ます。 |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 13 ハラスメント行為の禁止

|             |                                                                                                                                                                          |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ハラスメント行為の禁止 | 施設の職員、事業に関わるスタッフ等に対し、尊厳を傷つける行為、暴言・暴力、セクシャルハラスメント、不当かつ過剰な要求等、職員の就業環境が害され適切なサービス提供を妨げるカスタマーハラスメントを行わないでください。著しい迷惑行為が収まらない場合、又は悪質と判断した場合は以降のサービス提供をお断り、法的措置も含めて対処する場合があります。 |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

たちばな苑 訪問リハビリテーション「利用料一覧表」

令和8年10月

| 介護 訪問リハビリテーション 利用料                 |                                      |                                            |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|
| 介護報酬告示上の額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 | サービス費・内容                             | サービス単位数等                                   |
|                                    | 訪問リハビリテーション費                         | 308単位（1回）<br>（週6回を限度）<br>（退院・退所3月内週12回を限度） |
|                                    | 短期集中リハビリテーション実施加算【退院（所）日又は認定日から3月以内】 | 200単位（1日）                                  |
|                                    | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）                      | 6単位（1回）                                    |
|                                    | 退院時共同指導加算（当該退院1回に限り）                 | 600単位（当該退院1回に限り）                           |
|                                    | 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  | -50単位（1回）【減算】                              |

| 介護予防 訪問リハビリテーション 利用料               |                                      |                       |
|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| 介護報酬告示上の額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 | サービス費・内容                             | サービス単位数等              |
|                                    | 予防訪問リハビリテーション費                       | 298単位（1回）<br>（週6回を限度） |
|                                    | 短期集中リハビリテーション実施加算【退院（所）日又は認定日から3月以内】 | 200単位（1日）             |
|                                    | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）                      | 6単位（1回）               |
|                                    | 退院時共同指導加算（当該退院1回に限り）                 | 600単位（当該退院1回に限り）      |
|                                    | 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  | -50単位（1回）【減算】         |
|                                    | 利用開始日の属する月から12月超（要件を満たさなかった場合）       | -30単位（1回）【減算】         |

令和      年      月      日

説明担当者 \_\_\_\_\_

介護老人保健施設 たちばな苑  
管理者    様

上記の説明を受け了解しました

利用者 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

利用者様の身元引受人 \_\_\_\_\_ 印 続柄(            )