

# (予防)訪問リハビリテーション 重要事項説明書

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている指定訪問リハビリテーションサービス及び介護予防訪問リハビリテーション(以下「事業」といいます)について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。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 みなし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

病院名(事業所名)	医療法人 社団 明徳会 介護老人保健施設 エーデルワイス
所在地	浜松市浜名区平口2405
電話番号	〈053〉585-1500
FAX番号	〈053〉585-1501
介護保険事業所番号	2   2   5   8   3   8   0   0   1   9
代表者名	臼井 岳
サービスを提供する地域	浜松市浜名区、天竜区

## 2 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容
医師	医師	1名以上	1名以上	2名以上	院内及び事業の業務に当たる
理学療法士	理学療法士	6名以上	0名以上	6名以上	
作業療法士	作業療法士	7名以上	0名以上	7名以上	
言語聴覚士	言語聴覚士	1名以上	0名以上	1名以上	

### (1) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	ご利用者様の要介護状態又は要支援状態の軽減もしくは悪化の防止と、介護者の介助量の軽減を目的とします。
運営の方針	常にご利用者様の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に事業を行います。また、自らその提供する事業の質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

(2) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	平日
休業日	土曜日、日曜日、祝日、年末・年始
営業時間	午前9時00分～午後16時30分

(3) サービス提供可能な時間

サービス提供時間	20分単位で最大120分/週
----------	----------------

(4) 事業所の職員体制

管理者	鈴木 孝佑
-----	-------

職	職務内容	人員数
理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士	1 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。	理学療法士 6名以上
	2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員・介護職員その他の職種の者が多職種共同により、指定訪問リハビリテーションの解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成にあたっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。	作業療法士 7名以上
	3 訪問リハビリテーション計画に基づき、指定訪問リハビリテーションを提供します。	言語聴覚士 1名以上
	4 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。	
	5 それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。	

(4) 災害時の対応

大雨・暴風警報が発令された場合は、訪問リハビリをお休みにさせていただきます。また、休みの場合は御連絡させていただきます。

### 3 提供するサービス内容及び費用について

#### (1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
指定訪問リハビリテーション 及び介護予防通所リハビリテーション	要介護状態又は要支援状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、そ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、利用者の居宅において、理学療法、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。

#### (2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)について

区分		利用料	利用者負担額 (1割負担の場合)
理学療法士等による 訪問リハビリテーション	基本報酬 (1回20分以上のサービス、1週に6回 が限度)	1回(20分) 【要介護】 308単位 【要支援】 298単位	1回(20分) 【要介護】 313円 【要支援】 303円

※介護予防:利用を開始した日の属する月から起算して12月を超え、要件を満たさない場合

30単位/回 減算

基本報酬	訪問リハビリテーション(1回):308単位 (利用者負担額:1割負担の場合313円) 介護予防訪問リハビリテーション:298単位 (利用者負担額:1割負担の場合303円)
リハビリテーション マネジメント加算(イ)	1月につき180単位を追加 (利用者負担額:1割負担の場合183円)
リハビリテーション マネジメント加算(ロ)	1月につき213単位を追加 (利用者負担額:1割負担の場合217円)
短期集中リハビリテーション 実施加算 ※対象者のみ	退院日もしくは介護保険認定日から3か月以内に限り 1日につき200単位を追加(利用者負担額:1割負担の場合203 円)
認知症短期集中リハビリテ ーション実施加算 ※対象者のみ	退院日もしくは介護保険認定日から3か月以内に限り 1日につき240単位を追加(利用者負担額:1割負担の場合244 円)
サービス提供体制強化加 算(Ⅰ)	1日につき6単位を追加(利用者1割負担:6円)
サービス提供体制強化加 算(Ⅱ)	1日につき3単位を追加(利用者1割負担:3円)
移行支援加算	1月につき17単位を追加(利用者1割負担:17円)
中山間地域等に居住する 者へのサービス提供加算	所定単位数×10/100(利用者1割負担:左記の1割)
退院時共同指導加算	1回につき600単位を追加(利用者1割負担:610円)
口腔連携強化加算	1回につき50単位を追加(利用者1割負担:51円)

※ マネジメント加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の物が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定します。

※ 短期集中リハビリテーション加算は利用者に対して、集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。退院 or 認定日から起算して3か月以内の期間で、概ね2回以上/週、40分以上/日の個別リハビリテーションを行います。最大12単位/週まで算定可能。

※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、利用者に対し事業を行った場合算定します。

※ 移行支援加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所がリハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合に算定します。

- ※ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に関わる診療を行わなかった場合 1 回につき 50 単位の減算になります。
- ※ 主治医(介護老人保健施設の医師を除く)から、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から 14 日間に限って、介護保険による訪問リハビリテーション費は算定せず、別途医療保険による提供となります。
- ※ 利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

#### 4 その他の費用について

① 交通費	浜松市浜名区、天竜区以外の地域の方で、一回あたり 200 円の交通費をいただきます。
-------	--

#### 5 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等	<p>ア 利用料利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書兼利用明細書を口座引き落とし確認後、現金支払い後、振り込み確認後にお届け致します。</p>
② 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等	<p>ア 利用翌月 16 日に指定口座から引き落としされます。サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合下さい。口座引き落としが行えなかった場合、現金集金または病院受付支払いにてお支払い下さい。</p> <p>イ お支払いの確認をしたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)</p>

- ※ 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 6 担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当する職員の変更をご希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	相談担当者氏名:鈴木孝佑 連絡先電話番号: (053)585-1500 同ファックス番号: (053)585-1501 受付日及び受付時間: 平日 9:00~17:00
---	---

※ 担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

## 7 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。
- (4) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業所が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行いません。

## 8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	リハビリテーション科 作業療法士 鈴木孝佑
-------------	-----------------------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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、これを市町村に通報します。

## 9 (身体拘束に関わる事項)

事業者は、原則として利用者に対しての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、必要最低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) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性・・・身体拘束以外に、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を防止することが出来ない場合に限りします。
- (3) 一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 10 サービス終了にあたって

- (1) 利用者様の御都合でサービスを終了する場合、サービス終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。
- (2) 当事業所の都合で人員不足ややむを得ない事象によりサービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は終了1カ月前までに文章で通知致します。
- (3) 以下の場合、双方の通知がなくとも自動的にサービスを終了致します。
  - ・ご利用者様が施設(介護保険施設等)に入所された場合
  - ・介護保険給付で要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合
  - ・ご利用者様がお亡くなりになられた場合

## 11 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>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」及び当訪問リハビリにおけるプライバシーマニュアル」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者(以下「従業者」という。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者及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。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、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ませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>② 事業者は、利用者及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もって管理し、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。</p> <p>③ 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、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>

## 12 事故発生時の対応方法について

サービスの提供中に事故が発生した場合は、事前の打ち合わせにより市町村、主治医、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医師		診療科	
	所属医療機関の名称			
	所在地			
	電話番号			
緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			

### 13 身分証携行義務

事業を行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

### 14 心身の状況の把握

事業の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

### 15 居宅介護支援事業者等との連携

訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

### 16 サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は、提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

### 17 衛生管理等

- ① サービス提供職員等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 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

### 18 サービス提供に関する相談、苦情について

#### (1) 苦情処理の体制及び手順

・提供した事業に係る利用者及びその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。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

#### (2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	地域連携室相談員(木下・平・倉田) リハビリテーション科(鈴木) <053>585-1500
【市町村(保険者)の窓口】 (利用者の居宅がある市町村(広域連 合)の介護保険担当部署の名称)	浜松市役所介護保険係 053-587-3111
【公的団体の窓口】 国民健康保険団体連合会	介護保険課 054-253-5580

19 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、当院訪問リハビリテーション提供開始にあたり、利用者に対し、本書面に基づいて重要事項及び料金の説明を致しました。

事業者	所在地	静岡県浜松市浜名区平口 2405
	法人名	医療法人 明徳会 介護老人保健施設エーデルワイス
	代表者名	臼井 岳
	事業所名	医療法人 明徳会 介護老人保健施設エーデルワイス リハビリテーション科
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	