

重要事項説明書

(さくら病院指定訪問リハビリテーション・指定介護予防訪問リハビリテーション)

1. 指定訪問(指定介護予防)リハビリテーションサービスを提供する事業所について

事業所の名称	医療法人成信会 さくら病院
代表者氏名	庭本 直達
所在地	豊田市豊栄町 11 丁目 131 番地
法人設立年月日	

2. 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1)事業所の所在地等

事業所名称	さくら病院
介護保険指定事業所番号	2 3 1 3 0 0 3 6 9 7
事業所所在地	豊田市豊栄町 11 丁目 131 番地
連絡先	(電話番号) 0 5 6 5 - 2 8 - 3 6 9 1 (FAX 番号) 0 5 6 5 - 2 9 - 2 7 7 6
相談担当者名	リハビリテーション科 和田 貴志 矢澤 裕
事業の実施地域	豊田市内全域 (それ以外の地域は要相談)

(2)事業の目的及び運営の方針

・事業の目的

さくら病院が行う指定訪問(指定介護予防訪問)リハビリテーション事業の適正かつ円滑な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護者に対し、適正な指定訪問(指定介護予防訪問)リハビリテーションを提供することを目的とします。

・運営の方針

要介護者の特性を踏まえて、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
リハビリテーションを行い、心身の機能を維持又は回復させることにより、療養生活の質の向上
を図ります。

利用者又はその家族からの介護に関する相談に対して、懇切丁寧に療養上の必要な指導又は助
言を行うとともに、関係市町村及び地域の保健、医療並びに福祉サービスを提供する者との綿密
な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3)事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日	ただし、国民の休日及び 12/30～1/3 を除く
営業時間	9 時～17 時	

(4)サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供可能な日	月曜日～土曜日	ただし、国民の休日及び 12/30～1/3 を除く
サービス提供時間	9 時～17 時	

(5)事業所の職員体制

管理者	1 名(院長)
-----	---------

業務の実施状況を把握し、事業を統括するとともに、職員を指揮・監督します。

医師	3 名
----	-----

訪問リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画の作成に係る診
療を行います。

理学療法士	2 名(常勤) 3 名(非常勤)
-------	------------------

作業療法士	0 名
-------	-----

言語聴覚士	1 名(常勤)
-------	---------

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。
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、リハビリテーションに関する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。計画作成に当たっては、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。
3. 訪問リハビリテーション計画に基づき、指定訪問(指定介護予防訪問)サービスを提供します。
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。
6. リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、適切なサービスを提供します。
7. 職員の員数は、変動することがあります。

3. 提供するサービスの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

要介護状態に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生活機能の維持または向上を目指し、利用者の居宅において、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。

具体例

- ・運動療法、歩行訓練、基本動作訓練、日常生活動作訓練
- ・居宅生活への助言、指導(ホームエクササイズ、介護技術、住宅改装、介護用品の紹介等)
- ・訪問リハビリテーション計画書の作成

・行政機関や保健、医療、福祉サービス事業者との連絡調整 など

(2)訪問リハビリテーションの禁止行為

訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ①利用者又は家族の金銭、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身体拘束その他の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について

区分		利用料
理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士による訪問リハビリ テーション	基本報酬	1 回
	(1 回 20 分以上のサービス、1 週に 6 回が限度)	308 単位
	介護予防訪問リハビリテーションの場合	298 単位

退院・退所直後のリハビリテーションについて、退院・退所の日から起算して 3 月以内の利用者に対しては、医師の指示に基づき、週 12 回まで算定を可能とする。

加算	利用料	算定回数等
----	-----	-------

短期集中リハビリテーション実施加算 (退院(所)日又は新たに要介護認定を受けた日から 3 月以内)	200 単位	1 日あたり
リハビリテーションマネジメント加算 イ	180 単位	1 月あたり
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	213 単位	
※医師が利用者又はその家族に説明した場合、上記に加えて加算	270 単位	
サービス提供体制強化加算 I	6 単位	1 回あたり
サービス提供体制強化加算 II	3 単位	
移行支援加算	17 単位	1 日あたり
退院時共同指導加算	600 単位	当該退院につき 1 回限り
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位	1 日あたり
口腔連携強化加算	50 単位	1 月あたり

※ 指定訪問(指定予防介護訪問)リハビリテーション事業所の医師による診療を行わずに利用者に対して指定訪問

(指定予防介護訪問)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 単位減額となります。

※ 利用者に対して、介護予防訪問リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えて介

護予防訪問リハビリテーションを行い、所定の要件を満たさない場合は、1 回につき 30 単位を所定単位数から減算します。

※ 短期集中リハビリテーション加算は利用者に対して、退院・退所又は認定日から 3 月以内の期間に集中的(週 2

回以上、1 回あたり 20 分以上)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。

※ 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指定訪問(指定

予防介護訪問)リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定訪問(指定予防介護訪問)リハビリテーションを行った場合に算定します。

※ 移行支援加算は前年の1月から12月の期間に訪問リハビリテーションの提供を終了した者に対し終了した日から14日後44日以内に指定通所介護等の実施状況を確認しその記録を残していること、及び社会参加に資する取組を実施した者の割合が100分の5を超えていること。加えて利用者の平均利用月数が48月以下である事業所が、利用者の社会参加等を支援した場合に加算します。

※ 主治の医師から、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。

※ 退院時共同指導加算は、医療機関からの退院後に訪問リハビリテーションを行う際、リハビリ事業所の理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合に算定します。

※ 上記の単位数に地域単価(3級地)10.83を乗じた単位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様負担額となります。

※ 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、全額を一旦お支払い頂きます。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、利用者負担額を除いた居宅介護サービス費の支給申請を行ってください。

4. 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

①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ご請求致します。

②上記に係る請求書は、利用月の翌月10日以降に利用者にお渡しします。サービスが中止、終了した場合、郵送にてお渡しすることもあります。

(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

①請求書の内容をご確認のうえ、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

(ア) 利用者指定口座からの自動振替

(イ) 事業者指定口座への振り込み

(ウ) 病院窓口にて現金支払い

②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。)

5. 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

利用者の事情により、担当する職員の変更を希望される場合は、下記の相談担当者までご相談ください。

相談担当者氏名	和田 貴志 矢澤 裕
電話番号	0 5 6 5 - 2 8 - 3 6 9 0
FAX 番号	0 5 6 5 - 2 9 - 2 7 7 6
受付曜日及び受付時間	月曜日から土曜日 9時から17時

※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、ご希望に沿えない場合もあります事を予めご了承ください。

6. 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。
- (2)サービスの提供に先立って、健康保険被保険者証の他、福祉給付金受給者証や特定医療費受給者証をお持ちの場合、記載された内容を確認させていただきます。
- (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、訪問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、すべて当事業者が行いますが、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す。

7. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、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 理学療法士 和田 貴志

(2)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

(3)虐待防止のための指針の整備をしています。

(4)従業者に対して、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、当該事業所従業者又は養護者(現に擁護している家族・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。

8. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1)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」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「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事業者及び事業者の使用する者(以下「従業者」とする)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。

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。

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。

(2)個人情報の保護について

- 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ん。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ん。
- 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てします。
- 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てします。(開示に際しては複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)

9. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

10. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定訪問(指定介護予防訪問)リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所、介護予防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。

また、利用者に対する指定訪問(指定介護予防訪問)リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

11. 身分証携行義務

指定訪問(指定介護予防訪問)リハビリテーションを行う者は、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。

1 2. 心身の状況の把握

指定訪問(指定介護予防訪問)リハビリテーションの提供にあたっては、居宅介護支援事業者や介護予防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。

1 3. 居宅介護支援事業者等との連携

- (1)指定訪問(指定介護予防訪問)リハビリテーションの提供にあたり、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2)サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「訪問リハビリテーション計画書」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者に速やかに送付します。
- (3)サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者に送付します。

1 4. 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。またその記録はサービスを提供した日から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。

1 5. 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)指定訪問(指定介護予防訪問)リハビリテーション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。
- (3)事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底をします。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 6. 業務継続計画の策定等について

- (1)感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問(指定介護予防訪問)リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2)従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3)定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 7. 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

提供した指定訪問(指定介護予防訪問)リハビリテーション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。

(2)苦情申立の窓口

【事業所の窓口】医療法人成信会 さくら病院 豊田市豊栄町 1 1 丁目 1 3 1

窓口担当者 リハビリテーション科 和田 貴志 矢澤 裕

電話番号 0 5 6 5 - 2 8 - 3 6 9 0

FAX 番号 0 5 6 5 - 2 9 - 2 7 7 6

受付日及び受付時間 月曜日から土曜日 9 時から 1 7 時

【市町村（保険者）の窓口】豊田市役所 市民福祉部 介護保険課

住所：豊田市西町 3 丁目 6 0 番地

電話：（0565）34－6634

【公的団体の窓口】愛知県国保連合会介護福祉課内 苦情相談室

住所：名古屋市東区泉一丁目6番5号 国保会館南館7階

電話番号：（052）971－4165

上記内容について、利用者及び利用者の家族に説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 <事業所> 医療法人成信会 さくら病院

<住所> 豊田市豊栄町1-1-131

<代表者名> 庭本 直達 印

説明者 <職名> 理学療法士

<氏名> 和田 貴志 印

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、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

代理人

<住所>

<氏名>

印