

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

重要事項説明書

契約の締結に際し、事前に知っておいていただきたい事項を説明いたします。

1 サービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人せいふう会
代表者氏名	理事長 植松 正保
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	〒666-0236 兵庫県川辺郡猪名川町北田原字屏風岳 3 番地 TEL : 072-766-0030(代) FAX : 072-766-3700
法人設立年月日	昭和 26 年 1 月 29 日

2 サービスを提供する事業所について

(1) 所在地・実施地域等

事業所名称	医療法人せいふう会 宇治脳卒中リハビリテーション病院 (介護予防) 訪問リハビリテーション
介護保険指定 事業所番号	2611204013
事業所所在地	〒611-0033 京都府宇治市大久保町井ノ尻 43 番 1
連絡先 相談担当者名	TEL : 0774-48-2110 (代) FAX : 0774-48-2130 担当者 : 中田 優花
事業所の通常の 事業の実施地域	宇治市、城陽市、久御山町

(2) 事業目的及び運営方針

事業目的	利用者が要介護状態又は要支援状態となった場合においても、理学療法、作業療法、言語聴覚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、その利用者が可能な限りその居宅において、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、支援することを目的とする。
運営方針	(1) サービスの提供にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう目標を設定し、計画的に行うものとする。 (2) サービスの提供にあたっては、事業所は自ら質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。 (3) サービスの提供にあたっては、リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう適切に行う。 (4) サービスの提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要とされる事項等について理解しやすいよう説明を行う。 (5) サービスの実施にあたっては、市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとする。土曜日、日曜日及び年末年始（12月31日～1月3日の間）を除く。
営業時間	8時30分から17時15分までとする。

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から金曜日までとする。 土曜日、日曜日及び年末年始（12月31日～1月3日）を除く。
サービス提供時間	9時00分から17時00分までとする。

(5) 事業所の職員体制

管理者	病院長 羽瀧 義純
-----	-----------

従業者の職種	人数	職務の内容等
管理者	1名	管理・調整
医師	常勤1名以上	管理・診療
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1名以上	理学療法・作業療法・言語聴覚療法

3 サービスの内容及び費用について

(1) サービスの内容

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 指定介護予防訪問リハビリテーション	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、作業療法、言語聴覚療法その他必要なり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) 禁止行為

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する宗教活動、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
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、週に6回が限度。 ただし、退院(所)の日から起算して3月以内は週12回まで可能。	1回(20分) 3,181円	1回(20分) 319円(1割) 637円(2割) 955円(3割)
介護予防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、週に6回が限度。 ただし、退院(所)の日から起算して3月以内は週12回まで可能。	1回(20分) 3,078円	1回(20分) 308円(1割) 616円(2割) 924円(3割)

加 算		利用料	利用者負担額	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効力発生日から3月以内	2,066円	207円(1割) 414円(2割) 620円(3割)	1日当たり
認知症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効力発生日から3月以内	2,479円	248円(1割) 496円(2割) 744円(3割)	1日当たり
リハビリテーションマネジメント加算	ロ	2,200円	220円(1割) 440円(2割) 660円(3割)	1月当たり
	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	2,789円	279円(1割) 558円(2割) 837円(3割)	
サービス提供体制強化加算	I	61円	7円(1割) 13円(2割) 19円(3割)	1回当たり
移行支援加算		175円	18円(1割) 35円(2割) 53円(3割)	1日当たり
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		3,336円	334円(1割) 668円(2割) 1,001円(3割)	1回当たり
退院時共同指導加算		6,198円	620円(1割) 1,240円(2割) 1,860円(3割)	1回当たり 初回のみ

(4)加算・減算について

①短期集中リハビリテーション加算

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算定します。

退院（退所）日又は介護認定の効力発生日から起算して3月以内の期間に、1週間につき概ね2日以上、1日あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。

②認知症短期集中リハビリテーション実施加算

認知症であると医師が判断(MMSE/HDS-Rで5~25点に相当)した利用者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された場合、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（退所）日又は訪問開始日から3ヶ月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行います。

③リハビリテーションマネジメント加算

リハビリテーション会議を開催し、多職種による協働と継続的なリハビリテーションの管理に加え、3月に1回以上利用者の状態の変化に応じてリハビリテーション計画書を見直します。計画作成に関与した理学療法士等が介護の工夫に関する指導と日常生活上の留意点に関する助言を行います。これに加え科学的介護情報システム(LIFE)を用いて厚生労働省に情報を提出し、フィードバック情報を活用し、サービスの質向上を図ります。訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合は加算を算定します。

④サービス提供体制強化加算

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訪問リハビリテーション等事業所が、利用者に対し訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

⑤移行支援加算

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訪問リハビリテーション事業所がリハビリテーションを行ない、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合に算定します。

⑥中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

通常の事業の実施地域」を越えて「中山間地域等」に居住する利用者に対してサービスを提供する際に算定します。

⑦退院時共同指導加算

病院等に入院中、退院するに当たり、事業所の医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、他院時共同指導を行った後に、初回の訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

⑧集合住宅減算

- ・料金が90/100となる場合

当事業所と同一建物若しくは同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用

者又は当事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額の90/100となります。

同一の敷地内若しくは隣接する建物：事業所と構造上、又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なもの（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅に限る）。

同一の建物に20人以上居住する建物：前記に該当するもの以外で当事業所の利用者が20人以上居住する建物

・料金が85/100となる場合

同一敷地内建物等における当該訪問リハビリテーション事業所の利用者が50人以上居住する建物の利用者全員に対して、上記金額の85/100となります。

⑨特別の指示を受けた場合

計画的な医学的管理を受けている医療機関（以下、「主治の医師」とする。ただし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医療保険による提供となります。

⑩事業者が法定代理受領を行わない場合

事業者が法定代理受領を行わない場合、上記に係るサービスの利用料は、全額を一旦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	通常の実業実施地域の方は無料 実施地域外では、実施地域を越えた時点から 1日につき ●片道5km未満200円、以降5km毎に200円 ●有料道路等を利用した場合実費を徴収する場合があります。	
(2) キャンセル料	病状の急変や急な入院等の場合	キャンセル料は不要です。
	上記以外で、当日午前8時30分までに連絡なくキャンセルとなった場合	基本料金の100%を請求いたします。
(3) 診療情報提供料 ※かかりつけ医にて費用が発生いたします。	訪問リハビリテーション継続にあたり、主治の医師より診療情報提供書を頂きます。診療情報提供書の交付により、主治の医師による診療情報提供料が発生いたします。費用及び支払い方法につきましては、主治の医師にお問い合わせ下さい。	

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	<ol style="list-style-type: none"> 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請求いたします。 2 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月10日頃に利用者あてに郵送いたします。
--	---

(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 請求月の翌月 27 日 (休業日の場合は翌営業日) に指定口座から自動振替をいたします。 2 振替の確認後、領収書を郵送いたしますので、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なとなることがあります。)
---	---

※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。	ア 相談担当者氏名：深田 光穂 (ふかた みつほ) イ 連絡先 TEL：0774-48-2110 (代) FAX：0774-48-2130 ウ 受付日及び受付時間 月曜日から金曜日 8：30～17：15
--	---

- (1) 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、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事業者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、利用者又はその家族に説明し、同意を得た上で、リハビリテーション計画書を作成します。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せん。

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 苦情等相談窓口について

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課	ア 受付時間：平日 8 時 30 分から 12 時 00 分 13 時 00 分から 17 時 15 分 イ 電話番号：075-354-9090
宇治市役所健康長寿部 介護保険課	ア 受付時間：月曜日から金曜日（祝日、年末年始除く） 8 時 30 分から 17 時 15 分 イ 電話番号：0774-22-3141
城陽市役所福祉保健部 高齢介護課介護認定係	ア 受付時間：平日 8 時 30 分から 17 時 15 分 イ 電話番号：0774-56-4037
久御山町役場民生部 福祉課高齢介護障がい係	ア 受付時間：月曜日から金曜日（祝日、年末年始除く） 8 時 30 分から 17 時 15 分 イ 電話番号：075-631-9902、0774-45-3902
当事業所相談窓口	ア 窓口責任者：深田 光穂 (ふかた みつほ) イ 受付時間：月曜日から金曜日（祝日、年末年始除く） 8 時 30 分から 17 時 15 分 ウ 電話番号：0774-48-2110 (代)

(2) 苦情処理の体制について

- ①事業所は、サービス提供に係る利用者からの苦情に対して苦情・相談マニュアルに沿って迅速に対応します。
- ②事業所は、提供したサービスに関して介護保険法第 23 条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとします。
- ③事業所は、提供した事業に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとします。

9 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、当法人の虐待防止委員会に属し、委員会を定期的開催し、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	深田 光穂
-------------	-------

(2) 虐待の防止のための指針を整備します。

(3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を 1 年に 1 回以上実施しています。

(4) 成年後見制度の利用を支援します。

- (5) 事業所は、サービス提供中に、職員又は養護者（利用者の家族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、速やかにこれを市町村に通報します。

10 身体の拘束等の適正化について

身体的拘束等の更なる適正化を図る観点から、職員は利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。

- (1) 身体的拘束等を行う場合には、その態様および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- (2) 身体抑制最小化のための職員教育として、研修を1年に1回以上実施します。

11 業務継続計画の策定

業務継続に向けた取り組みの強化として、事業所は感染症や災害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出来る体制を構築するために、業務継続計画（BCP）を策定し、また、研修および訓練は共に1年に1回以上実施し、発生時の対応がスムーズに行えるように勤めます。

12 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>① 事業所は、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」及び厚生労働省が策定した「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。</p> <p>② 職員は、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 事業所は、職員に、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、その秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。</p>
個人情報の保護について	<p>① 事業所は、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 事業所は、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 事業所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>

13 記録の保管

- (1) 事業者所はサービス提供記録を5年間保管します。
- (2) 代理人より記録について閲覧及び謄写の希望があった場合に、事業者所はその求めに対

し閲覧及び謄写を必要とする事情を確認し当施設事業所が必要と認める場合に限り必要な実費を徴収のうえでこれに応じます。但し、利用者が代理人に対する閲覧及び謄写に反対する意思を表示した場合や利用者の利益に反するおそれがあると事業者所が認めた場合は、閲覧及び謄写に応じないこともあります。

- (3) 前項は、事業者所が代理人に対して連帯保証債務の履行を請求するため必要な場合は適用されません。
- (4) 利用者もしくは代理人以外の親族が記録の閲覧及び謄写を求めたときは、利用者及び代理人の承諾がある場合に限り、必要な実費を徴収のうえでこれに応じます。但し、利用者の利益に反するおそれがあると事業者所が認めた場合は、閲覧及び謄写に応じないこともあります。

14 事故発生時の対応方法について

サービス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者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
また、サービス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。なお、事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン株式会社
保険名	病院賠償責任保険
補償の概要	対人・対物保障

15 緊急時等の対応方法について

サービスの提供中に利用者の病状が急変するなど緊急事態が生じたとき、異常事態・事故対応マニュアルに則り迅速に対応を行います。
また、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

16 身分証携行義務

サービスを提供する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身分証を提示します。

17 心身の状況の把握

サービス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。

18 居宅介護支援事業者等との連携

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。

19 重要事項の変更

- (1) 本重要事項説明書に記載した内容に変更が生じる場合は、利用者に対して変更箇所を示

した書面を提示し、従事者より説明を行い、同意を得ることとします。

20 その他

- (1) 職員に対し、常に必要な知識の習得及び能力の向上を図るための研修（外部における研修受講を含む。）を実施し、また、業務体制を整備します。
- (2) 感染対策強化として、事業所は、当法人の感染対策委員会に属し、おおむね1月に1回以上の委員会が催された結果について周知し、感染症の予防およびまん延防止の為に指針を設備し、研修および、訓練を定期的実施します。
- (3) 男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策として、職員の職業環境が害されることを防止することを目的とした方針を明確化します。利用者や家族等による職員への身体的暴力や精神的暴力、セクシャルハラスメントなど下記のような行為があり、ハラスメントに該当すると判断し、改善がない場合はやむを得ず契約の解除をさせていただく場合があります。（認知症等の病気や障害のある方による行為も含む。）
 - ①身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為（職員が回避したため危害を免れたケース含む）

（例）コップを投げつける等
 - ②精神的暴力：個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為

（例）大声を発する等
 - ③セクシャルハラスメント：意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等性的ないやがらせ行為

（例）必要もなく手や腕を触る等

上記内容について、利用者に対して本書面を交付し、重要な事項の説明を行いました。

事業者	住 所	京都府宇治市大久保町井ノ尻 43 番 1
	法人名	医療法人せいふう会
	代表者名	理事長 植松 正保 ㊞
	事業所名	宇治脳卒中リハビリテーション病院
	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。

年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	㊞
代理人	住 所	
	氏 名	㊞