

重要事項説明書

(訪問リハビリテーション用)

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。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成24年大阪府条例第115号)」第10条の規定に基づき、指定訪問リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定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

事業者名称	医療法人三和会 わたなべ医院
代表者氏名	理事長 渡邊 一三
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府豊中市服部本町1丁目7番18号 06-6867-1113 FAX 06-6867-1123
法人設立年月日	2001年12月6日

2 利用者に対する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	医療法人三和会 わたなべ医院
介護保険指定 事業所番号	2714010291
事業所所在地	大阪府豊中市服部本町1丁目7番18号
連絡先 相談担当者名	06-6867-0055 FAX 06-6867-0155 デイケアセンター
事業所の通常の 事業の実施地域	豊中市

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	理学療法士や作業療法士などが居宅においてその技術を提供することにより、利用者が再びその人らしい自己実現のある生活を取り戻し、それを維持・向上させること。
運営の方針	心身に何らかの障害を持った要支援者のうち、外出が困難な者や居宅生活上何らかの問題がある者に対して、理学療法士や作業療法士などが居宅を訪問し、日常生活の自立や主体性のあるその人らしい生活の再建及び質の向上を目指す。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ただし、祝日・夏期（6日間）・年末年始（6日間）は休業日とする。
営業時間	月曜日～金曜日：午前8時00分～午後5時00分

(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～金曜日 ただし、祝日・夏期（6日間）・年末年始（6日間）は休業日とする。
サービス提供時間	月曜日～金曜日：午前9時00分～午後4時00分

(5) 事業所の職員体制

管理者	医師 渡邊 一三
-----	----------

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。 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協同により、リハビリテーションに関する解決すべき課題を把握します。計画作成に当たっては、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を踏まえ、具体的な目標や具体的なサービスを記載します。訪問リハビリテーション計画を作成するに当たっては、居宅サービス計画にそって作成し、利用者、家族に説明したあとで、利用者の同意を得ます。また作成した計画は、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、指定訪問リハビリテーションの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、指定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。	作業療法士 常勤 1名以上 非常勤 1名以上

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

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	要介護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、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。

(2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定訪問リハビリテーション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
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20分以上のサービス、1週に6回が限度)	1回 3,283円	1割負担	329円
			2割負担	657円
			3割負担	985円

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	2,132円	1割負担	214円	1日当たり
			2割負担	427円	1日当たり
			3割負担	640円	1日当たり
リハビリテーションマネジメント加算(イ)		1,918円	1割負担	192円	1月当たり
			2割負担	384円	1月当たり
			3割負担	576円	1月当たり
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)		2,270円	1割負担	227円	1月当たり
			2割負担	454円	1月当たり
			3割負担	681円	1月当たり
事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合		2,878円	1割負担	288円	1月当たり
			2割負担	576円	1月当たり
			3割負担	864円	1月当たり
サービス提供体制強化加算(I)		63円	1割負担	6円	1回当たり
			2割負担	13円	1回当たり
			3割負担	19円	1回当たり
退院時共同指導加算		6,396円	1割負担	640円	1回に限る
			2割負担	1,280円	1回に限る
			3割負担	1,919円	1回に限る
移行支援加算		181円	1割負担	19円	1日当たり
			2割負担	37円	1日当たり
			3割負担	55円	1日当たり

* 地下単価（地区分ごとの1単位の単価）

豊中市	4級地	1単位あたり10.66円で計算
-----	-----	-----------------

- ※ 当該事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して理学療法士等が訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき50単位（利用料：533円、1割負担：54円、2割負担：107円、3割負担：160円）を減算します。
- ※ （短期集中リハビリテーション加算は利用者に対して、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（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40分以上の個別リハビリテーションを行います。

- ※ リハビリテーションマネジメント加算は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同で計画の作成からサービス提供とその評価を行うことなどにより、継続的に訪問リハビリテーションの質を管理した場合に、算定します。
口を算定している場合は、当事業所における訪問リハビリテーション計画等の内容に関するデータを厚生労働省に提出します。
- ※ 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リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。
- ※ 退院時共同指導加算は、病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、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、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、算定します。
- ※ 移行支援加算は、リハビリテーションを行い通所介護等に移行させた者が一定の割合を占めた場合、算定します。
- ※ 主治の医師(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 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 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月10日までに利用者あてにお届けます。</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 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のうえ、請求月の20日(銀行休日の場合はその翌営業日)までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア)りそな銀行口座への振り込み (イ)ゆうちょ銀行口座からの自動振替 (ウ)事業所で現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、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なことがあります。)</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3月以上遅延し、さらに支払いの督促から1ヶ月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。

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	渡邊 一三
	イ 連絡先電話番号	06-6867-1113
	同ファックス番号	06-6867-1123
	ウ 受付日及び受付時間	平日 9時～12時30分 16時～19時30分

※ 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。

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、介護予防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へ交付します。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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 渡邊 一三
-------------	-----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援しています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止の対策及び啓発・普及するために、委員会を通じて定期的に研修を実施しています。
- (5) 虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

8 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して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、必要最小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でき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ことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

9 ハラスメント対策について

- (1) 事業所は職場におけるハラスメントの防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、意に沿わない性的誘いかけ・好意的な態度の要求・性的な嫌がらせ行為等のセクシャルハラスメント、社会通念上不相当な要求や攻撃などの行為を固く禁止します。状況の改善や理解が得られない場合は、サービスの中断や契約を解除する場合があります。
- (3) 利用者が職員や他の利用者の写真撮影や動画等を無断で撮る行為を固く禁止します。また、それを SNS 等に掲載をした場合は、契約を解除します。

10 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>	<ol style="list-style-type: none">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。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。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	<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。</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>
---------------	---

10 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、速やかに当事業所の医師の診察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緊急連絡先にも連絡します。

また、インフルエンザウイルス感染症やコロナウイルス感染症等、伝播性の感染症が検査により診断された場合、その時点から自宅療養期間内の利用はできません。

医療機関名	
主治医	
所在地	
電話番号	
①家族等緊急連絡先 氏名（続柄）・電話番号	
②家族等緊急連絡先 氏名（続柄）・電話番号	
③家族等緊急連絡先 氏名（続柄）・電話番号	

11 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者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。

事故発生時の連絡市町村	豊中市
担当部署・課名	福祉部 長寿社会政策課
電話番号	06-6858-2234
居宅支援事業所名	
所在地	
担当介護支援専門員氏名	
電話番号	

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	: あいおいニッセイ同和損保
保険名	: 介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	: 訪問中の事故における損害補償等

12 身分証携行義務

指定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。

13 心身の状況の把握

指定訪問リハビリテーション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。

14 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。

15 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、完結の日から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。

16 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) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を年に2回以上開催し、それを従業員に周知します。
- (4) 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ています。
- (5) 事業所において、従業員に対し感染症の予防及びまん延防止のための研修や訓練を定期的に行います。

17 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、訪問リハビリテーションサービスの提供を継続的に実施し、早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、それに従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、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に行います。
- (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。

18 指定訪問リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅を訪問し、あなたの心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて、あなたの療養生活の質の向上を図るために作成したものです。

- (1) 提供予定の指定訪問リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	訪問時間帯	サービス区分・種類	サービス内容	介護保険適用の有無	利用料	利用者負担額
		作業療法士による訪問リハビリテーション			円	円
					円	円
1週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額					円	円

- (3) 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	円
----------	---

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

19 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

- ア 提供した指定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。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
- ① 指定訪問リハビリテーション事業所の提供に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じるものとします。
 - ② 指定訪問リハビリテーション事業所は、提供した指定通所リハビリテーションに関し市町村が行う文書等の提出や提示、照会に応じ調査に協力します。また、市町村の指導や助言に従って必要な改善を行います。
 - ③ 指定訪問リハビリテーション事業所は、利用者の苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力し、指導や助言に従って必要な改善を行います。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 医療法人三和会わたなべ医院	所在地：大阪府豊中市服部本町1-7-18 電話番号：06-6867-0055 FAX 番号：06-6867-01555 受付時間：午前9時から午後5時（平日）
【豊中市の窓口】 福祉部長寿政策課 事業所指定係	所在地：大阪府豊中市中桜塚3-1-1 電話番号：06-6858-2234 受付時間：午前9時から午後5時（平日）
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地：大阪府大阪市中央区常盤町1-3-8 電話番号：06-6949-5309 受付時間：午前9時から午後5時（平日）

20 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、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 115 号）」第 10 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府豊中市服部本町 1 丁目 7 番 1 8 号
	法人名	医療法人三和会 わたなべ医院
	代表者名	渡邊 一三 (印)
	事業所名	医療法人三和会 わたなべ医院
	説明者氏名	(印)

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	

家族代表 (続柄)	住所	
	氏名	()

※成年後見制度を利用されている方のみ記載

代理人	住所	
	氏名	

※利用者本人が自署できなかつた場合のみ記載

代行者氏名 (続柄)	()
------------	-----