

重要事項説明書 (訪問リハビリテーション用)

この「重要事項説明書」は、「愛媛県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 25 年愛媛県条例第 2453 号）」第 11 号の規定に基づき、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	社会医療法人 同心会 西条中央病院
代表者氏名	伊藤 正明
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	愛媛県西条市朔日市 804 番地 (リハビリテーション科) (0897-56-0300)
法人設立年月日	(昭和 59 年 10 月)

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	西条中央病院
介護保険指定 事業所番号	3810628135
事業所所在地	愛媛県西条市朔日市 804 番地
連絡先 相談担当者名	0897-56-0300 (リハビリテーション科・新居田 健児)
事業所の通常の 事業の実施地域	(旧西条市内)

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	社会医療法人同心会が設置する西条中央病院（以下「事業所」という）が行う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「訪問リハビリテーション等」という）は、要介護又は要支援状態となった場合においても、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生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法、言語聴覚療法を行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復、生活機能の維持又は向上を図ることを目的とする。
運営の方針	利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。 事業の実施にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

(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。 但し、国民の祝日、年末年始（12月30日から1月3日）、盆（8月16日）、地方祭（10月16日）を除く。
営業時間	8時30分から17時15分までとする。（第2・4水曜日は13時まで）

(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。（第2・4水曜日を除く） 但し、自然災害等により安全な訪問リハビリテーション等の提供が困難な場合を除く。
サービス提供時間	9時から16時までとする。（第2・4水曜日を除く）

(5) 事業所の職員体制

管理者	風谷 幸男
-----	-------

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、訪問リハビリテーション等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、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。	理学療法士 4名 （非常勤） 作業療法士 1名 （非常勤） 言語聴覚士 1名 （非常勤）

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指定介護予防訪問リハビリテーション	要支援または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、言語聴覚療法を行うことにより、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等の禁止行為

訪問リハビリテーション等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

算定項目	単位	利用者負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション費 （1回20分以上、1週に6回まで、1回につき）	308単位	308円	616円	924円
介護予防訪問リハビリテーション費 （1回20分以上、1週に6回まで、1回につき）	298単位	298円	596円	894円
サービス提供体制強化加算（I） （1回につき）	6単位	6円	12円	18円
短期集中リハビリテーション実施加算 （1日につき）	200単位	200円	400円	600円
退院時共同指導加算 （退院時に1回）	600単位	600円	1200円	1800円
介護予防訪問リハビリテーションのみ （利用開始月から12月を超えて1回につき）	-30単位	-30円	-60円	-90円

※ サービス提供体制強化加算（I）については、訪問リハビリテーション等を利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士または言語聴覚士のうち、勤続年数7年以上の者がいる場合に算定します。

※ 短期集中リハビリテーション実施加算について、退院（所）日または認定日から起算して3月以内の期間に、1週につき概ね2日以上、1日当たり20分以上実施した場合に算定します。

※ 退院時共同指導加算について、退院時に当事業所の医師又は理学療法士、作業療法士、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場合に、当該退院につき1回限り算定します。

※ 介護予防訪問リハビリテーションのみ、利用開始月から 12 月を超えた場合に 1 回につき 30 単位減算となります。

※ 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一月当たりの利用者が 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とは、当該事業所と構造上、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を言います。

同一の建物に 20 人以上居住する建物とは、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を言います。

(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)

4 その他の費用について

① 交通費	通常の事業の実施地域を越えて、片道概ね 5km 以内 1 回につき 500 円を徴収します。
-------	--

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	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。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 20 日までに利用者へお届け（郵送）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	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 27 日までに、下記の方法にてご準備下さい。 (ア)利用者預（貯）金口座からの引き落とし イ お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡します。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。）

※ 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 4 ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から 7 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 (氏名) 新居田 健児
	イ 連絡先電話番号 0897-56-0300 Fax 番号 0897-56-0301
	ウ 受付日及び受付時間 (月～金 8:30～17:15) 但し、第2・4水曜日 13時以降は除く

※ 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ないますが、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ないます。

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	(リハビリテーション科・新居田 健児)
-------------	---------------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

9 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 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>

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する訪問リハビリテーション等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、利用者に対する訪問リハビリテーション等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、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：東京海上日動火災保険株式会社
 保険名：事業活動包括保険
 補償の概要：賠償責任に関する補償

11 身分証携行義務

訪問リハビリテーション等を行う者は、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。

12 心身の状況の把握

訪問リハビリテーション等の提供にあたっては、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。

13 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。

14 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。

15 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) 訪問リハビリテーション等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。

16 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

提供した訪問リハビリテーション等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)	所在地 愛媛県西条市朔日市 804 番地 電話番号 0897-56-0300 Fax 番号 0897-56-0301 受付時間 月曜日から金曜日までとする。 (第2・4水曜日は13時まで)
【西条市(保険者)の窓口】 (高齢介護課)	〒793-8601 愛媛県西条市明屋敷 164 番地 電話番号 0897-56-5151 (代表) Fax 番号 0897-52-1200
【公的団体の窓口】 愛媛県国民健康保険団体連合会	〒791-8550 愛媛県松山市高岡町 101-1 電話番号 089-968-8800 (代表) Fax 番号:089-965-3800

17 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、「愛媛県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 25 年愛媛県条例第 2453 号）」第 11 号の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	愛媛県西条市朔日市 804 番地
	法人名	社会医療法人 同心会 西条中央病院
	代表者名	伊藤 正明
	事業所名	西条中央病院
	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	印

代理人	住所	
	氏名	印