

訪問リハビリテーション 重要事項説明書

(介護訪問リハビリ・介護予防訪問リハビリ)

医療法人社団 まほし会

真星病院

〒 651-1242

神戸市北区山田町上谷上字古々谷 12-3

電話番号 078-582-0111 (FAX:078-583-8908)

【直通】 078-569-0090 (FAX:078-569-0091)

1.事業者・事業所の概要

事業者名	医療法人社団まほし会 真星病院		
代表者	理事長・院長 大石麻利子		
所在地	神戸市北区山田町上谷上字古々谷 12-3		
事業者開設日	昭和 55 年 1 月		
電話番号	078-582-0111	FAX番号	078-583-8908
ホームページ	https://www.mahoshi.com		
指定事業所番号	2815002965		
事業所開設年月	平成 12 年 4 月		
事業所責任者	総合支援部長 杉原麻理子		
サービス提供	訪問リハビリテーション		
事業実施地域	藤原台・有野台・有馬町・唐櫃・大池・花山・谷上・筑紫が丘・ 箕谷・山の街・桂木・緑町・日の峰・大原・泉台・五葉・鈴蘭台		
その他業務	入院診療、外来診療、訪問診療、訪問看護、通所リハビリテーション、通所介護、介護医療院 居宅介護支援、地域包括支援		

2.事業の目的・運営方針

事業者は利用者に対し、介護保険法等関連法のもとに、利用者の居宅での、自立した日常生活の継続・介護者の負担軽減を目的に、適正な訪問リハビリテーションを提供します。

3.従業員

従業員の職種	勤務の形態・人数	従業員の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤非専従 11 名	言語聴覚士	常勤非専従 2 名
理学療法士	常勤専従 2 名 常勤非専従 6 名		

4.営業日・営業時間 月～金曜日 9:00～17:00（祝祭日除く）

訪問対応時間 月～金曜日 9:00～16:30（祝祭日除く）

5.訪問リハビリテーションの内容

理学療法士等が、通院困難な利用者の自宅を訪問して、その方の能力に応じて自立した生活を営めるように生活機能の維持または向上を目指し、リハビリテーションを行うことで、心身機能の維持回復を図るサービスです。

6.サービス提供の手順

- ① 医師がリハビリの必要性を認め、許可を出します。
- ② 利用者、介護支援専門職員と担当理学療法士等が訪問日時を決定します。
- ③ 重要事項説明書の説明・同意、契約書を締結します。
- ④ 心身の状況を把握します。
- ⑤ 訪問リハビリを開始します。

7. サービス提供の計画

- 1) 事業者は、医師の指示書に基づき、担当理学療法士等が利用者の評価を行い、運動機能・生活環境・希望に合わせた訪問リハビリテーション計画を立案します。
- 2) 事業者は居宅サービス計画書を元に、訪問リハビリテーション計画を作成し、利用者又はその家族に対して説明と同意を得ます。
- 3) 訪問リハビリ計画書に沿ってサービスを提供しますが、その計画書等が作成される前であってもサービスの提供を開始場合があります。
- 4) 医療機関のリハビリテーション計画書の受け取り義務化により、利用者が入院しリハビリテーションを受け、退院後に訪問リハビリを開始する場合、当該医療機関からリハビリテーション実施計画書入手し、内容を把握します。

8. 担当者の変更・訪問日時の変更

以下の場合、担当者、訪問日時等を変更する場合があります。

- ① 異動・退職等により人員配置に変更があった場合
- ② 他利用者の新規利用開始や中断、中止、終了等に伴い訪問スケジュールの変更が必要な場合
- ③ その他、事業所の都合により担当変更や訪問日時の変更が必要な場合

9. 秘密の保持

- 1) 事業者及びその従業員は、介護保険法等の規定に基づき、訪問リハビリテーションを提供する上で知り得た利用者又はその家族の秘密を守ることを義務とします。
- 2) 事業者及びその従業員は、退職後も在職中に知り得た利用者又はその家族の秘密を守ることを義務とします。
- 3) 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を提供する場合は事前に説明・同意を得ます。同意を得た場合には同意書の提出を求めます。
- 4) 同意しなかった場合、サービス調整ができず一体的な介護サービス提供ができない等の不都合が生じることがあります。
- 5) 同意書の有効期限については、契約期間と同じとします。なお、個人情報の範囲については、介護サービスの円滑な提供に必用な最小限度のものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。
- 6) 第1項の規定に関わらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年法律124号)に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

10. 家族等への連絡

契約者や代理人より希望があった場合には、利用者への連絡と同様の訪問リハビリテーションに関する通知を家族等へも行います。

11. 記録の保管

訪問リハビリテーションの記録は、5年間保管します。記録の閲覧及び実費を支払っての写しの交付は、カルテ開示(ホームページにも記載)の手続きにより可能です。

12. 損害賠償・損害保険への加入

- 1) 事業者は、訪問リハビリテーションの提供に伴い、利用者又は家族の生命・身体・財産に損害を及

ばした場合は利用者に対し、速やかに損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

- 2) 前項の義務履行を確保する為、事業者は医師会を窓口とする損保ジャパン「医師賠償責任保険」へ加入しております。

13. サービスの予約取り消し

訪問リハビリテーションの利用予約取り消しにおいては、取り消しが決まった時点で担当者へご連絡下さい。原則、取消料は発生しませんが、未連絡などの場合においては実際の利用料がかかる場合があります。

14. 留意事項

- 1) 担当者によるサービス提供契約の実施以外の営利行為・宗教勧誘を禁止しています。
- 2) 理学療法士等を目指す実習生が、同行訪問させて頂く場合があります。
- 3) 要介護・要支援認定前にサービス提供を行う場合、自立(非該当)と判定された場合には利用料は全額利用者の負担となります。また認定された要介護・要支援度に応じて利用料の一部が利用者の負担となる場合があります。
- 4) 交通事情・前訪問先での諸事情等により、予定時刻に訪問できない場合があります。15分以上前後することが見込まれた時点で電話連絡をさせていただきます。
- 5) 土、日、祝日、年末年始、その他の休み(病欠・忌引き・出張)、当院で定められた有給休暇を使用する時、担当者の家族が特定の感染症等に罹患した場合で交代者がいない場合は休みとします(可能であれば曜日変更または他の理学療法士等が代行します)。
- 6) 担当者は身分証明書を携行しており、初回訪問時及び利用者またはその家族から求められたときは身分証明書提示します。
- 7) 訪問リハビリの指示は3ヵ月毎の更新が必要となります。また、主治医が他院の医師の場合等には、診療情報提供書を当院より依頼します。その際、診療情報提供書の発行に係る費用が発生しますので発行元の病院へお支払い下さい。(費用、その他詳細については発行元の病院にお問い合わせ下さい。)

15. 利用料金

サービスを利用した場合の料金は以下の通りです。

介護保険給付の限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。なお、利用料は厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本料金も自動的に改定されます。その場合は事前に新しい利用料について紙面でお知らせします。

- 1) 訪問リハビリテーションの利用料

【基本部分】

サービスの内容	単位	利用者負担金(自己負担額1割の場合)
訪問リハビリ I (1回 20分)	308 単位	328 円
計画診療未実施減算(当該事業所の医師の診療がない場合)*	-50 単位	-53 円
*入院中リハビリを受けていた利用者は退院後1ヶ月に限り上記減算を適用しない		

【加算部分】

加算の種類	加算の要件	単位	利用者負担金(自己負担額 1 割の場合)
短期集中リハビリテーション加算	退院日・退所日・認定日より3月以内、週2日以上の利用で算定(1日につき)	200 単位	213 円
リハビリテーションマネジメント加算*	厚生労働大臣が定める基準に該当すると県に届出した事業所が医師、理学療法士等と協働して、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合(1月につき)	イ 180 単位	191 円
ロ 213 単位		227 円	
* 医師が利用者またはその家族に説明した場合にイ、ロに 270 単位加算される。			
移行支援加算	厚生労働大臣が定める基準に該当すると県に届出し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(1日につき)	17 単位	18 円
サービス提供体制加算 I	直接訪問リハビリテーションを提供する理学療法士等のうち勤続年数が7年以上の者がいる場合(1回につき)	6 単位	6 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症と医師が判断した者であって、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者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、その退院(所)日又は訪問開始日から3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合。(1日あたり)	240 単位	255 円
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態を評価実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関および介護支援専門員に対して、当該結果を情報	50 単位	53 円

	提供した場合に加算する。 (1月あたり1回)		
退院時共同指導加算	病院また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等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、当該者に対する訪問リハビリテーションを行った場合、所定単位数を加算する。 (当該退院につき1回)	600 単位	639 円

2) 介護予防訪問リハビリテーションの利用料

【基本部分】

サービスの内容	単位	利用者負担金(自己負担額1割の場合)
介護予防訪問リハビリ I (1回 20分)	298 単位	317 円
計画診療未実施減算(当該事業所の医師の診療がない場合)	-50 単位	-53 円
*入院中リハビリを受けていた利用者は退院後1ヶ月に限り上記減算を適用しない。		
利用開始日の属する月から12月超	-30 単位	-31 円
*3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催及び、内容を記録すると共にリハビリテーション計画を見直している。また、計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって必要な情報を活用している場合上記減算は適用しない。		

【加算部分】

加算の種類	加算の要件	単位	利用者負担金(自己負担額1割の場合)
短期集中リハビリテーション加算	退院日・退所日・認定日より3月以内、週2日以上の利用で算定(1日につき)	200 単位	213 円
サービス提供体制加算	直接訪問リハビリテーションを提供する理学療法士等のうち勤続年数が3年以上の者がいる場合(1回につき)	6 単位	6 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症と医師が判断した者であって、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者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士	240 単位	255 円

	等が、その退院(所)日又は訪問開始日から3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合。(1日あたり)		
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態を評価実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関および介護支援専門員に対して、当該結果を情報提供した場合に加算する。(1月あたり1回)	50 単位	53 円
退院時共同指導加算	病院また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等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、当該者に対する訪問リハビリテーションを行った場合、所定単位数を加算する。(当該退院につき1回)	600 単位	639 円

- 3) 訪問リハビリテーションの利用予約取り消しにおいて原則取り消し料は発生しませんが、未連絡などの場合においては実際の利用料がかかる場合があります。
- 4) 交通費はサービス利用料金に含まれます。ただし、事業実施地域以外の場合、別途、交通費を請求事があります。また、周囲に駐車スペースがなく有料駐車場(コインパーキング)の利用が必要な場合は、事前にお知らせし駐車料金を請求することがあります。
- 5) 利用料は翌々月払いとなり、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、口座振替又は病院窓口でお支払い下さい。利用料の受領に関わる請求書等については、郵送または窓口にてお渡しします。郵送は毎月5日に送付し、口座振替は12日となります。(祝祭日で前後する場合があります。)

16.相談窓口 ご意見・ご相談・担当者の変更希望などがある場合は、下記までご連絡下さい。

受付時間 平日 9:00～17:00 窓口共通

	担当窓口(電話番号)
サービス日時変更に関して	リハビリテーション科 担当者 (078-569-0090)
サービスの利用料に関して	総合サービス 植田敏生 (078-582-0111)
サービスの不満・担当変更・その他ご相談に関して	事業所責任者 杉原麻理子 (078-582-0111)

介護サービスの苦情や相談に関しては他に、下記の相談窓口があります。

神戸市保健福祉局 介護指導課 連絡先 078-322-6326 平日 8:45 ～ 12:00、13:00 ～ 17:00
(介護サービス苦情相談窓口)兵庫県国民健康保険団体連合会 連絡先 078-332-5617 平日 8:45 ～ 17:15
(介護保険サービスの質や契約上のトラブルについて)神戸市生活情報センター 連絡先 078-371-1221 平日 8:45 ～ 17:30

17.緊急時の対応

訪問リハビリテーション実施中に容態の変化等があった場合は、主治医、家族等へ連絡します。

医療機関	主治医	連絡先

家族氏名	利用者との関係	連絡先

18.重要事項の変更

重要事項の変更がある場合は紙面と口頭にて変更箇所についてご説明し、利用者の同意を得ます。

19.業務継続計画の策定

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの提供を継続し、非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務計画に従い必要な措置を実施します。また、従業員には業務継続計画を周知し、定期的に必要な研修や訓練を行います。更に、業務継続計画を定期的に見直し、必要に応じて変更を行います。

20.感染症の予防及びまん延防止のための措置

事業者は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の号に掲げる措置を実施します。

- 1) 事業者における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(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を概ね6ヶ月に1回以上開催します。その結果を従業員に周知徹底します。
- 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ています。
- 3) 事業所における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。

21.虐待の防止

事業者は、虐待の発生又はその発生を防止するため、次の号に掲げる措置を実施します。

- 1)事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を定期的開催するとともに、その結果を従業員に周知徹底します。
- 2)事業者における虐待防止のための指針を整備しています。
- 3)従業員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- 4)虐待防止の措置を講じるための担当者を配置しています。

22.ハラスメント対策

事業者は職場において利用者等や従業員から行われる性的な言動や優越的な関係を背景とした言動であつて、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業員の環境が害されることを防止するために方針の明確化等の必要な措置を実施します。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者

所在地 神戸市北区山田町上谷上字古々谷 12-3

法人名 まほし会 真星病院

代表者氏名: 理事長・院長 大石麻利子 印

説明者氏名: _____ 印

説明・交付の場所: 利用者自宅 ・ (_____)

私は事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利用者: _____ 印

代理人: _____ (続柄: _____) 印