

## 沼隈病院 訪問リハビリテーション重要事項説明書

(訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション)

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。

### 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 社団 沼南会                       |
| 代表者氏名                 | 理事長 檜谷 鞠子                           |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 広島県福山市沼隈町大字常石1083番地<br>084—987—0045 |
| 法人設立年月日               | 昭和54年7月25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              | 沼隈病院   |
| 介護保険指定<br>事業所番号    | 3414310239   |
| 事業所所在地             | 広島県福山市沼隈町中山南469番地3                                     |
| 連絡先<br>相談担当者名      | 電話番号 (084)988—1888<br>ファックス (084)988—1119<br>管理者 川真田 修 |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 福山市沼隈町、福山市熊野町、福山市藤江町                                   |

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |   |
|-------|---|
| 事業の目的 | 事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、利用者が可能な限りその居宅において、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その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指す訪問リハビリを提供する。利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。 |
| 運営の方針 | 事業所の訪問リハビリテーションは、高齢者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに生活の質の確保を重視した在宅療養が出来るように支援する。また、各関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り総合的なサービスの提供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 から 土曜日       |
| 営業時間 | 午前9時 から 午後5時30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 から 土曜日(年間休日表により会が定めた日は休みます) |
| サービス提供時間 | 午前9時 から 午後5時30分                |

(5) 事業所の職員体制

|     |       |
|-----|-------|
| 管理者 | 川眞田 修 |
|-----|-------|

| 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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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、報告書を作成するとともに、医師に報告します。 | 理学療法士 2名<br>作業療法士 3名<br>言語聴覚士 1名 |

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 | (1) 病状・障害の観察<br>(2) リハビリテーション<br>(3) 療養生活や介護方法の指導 |

(2) 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(1割) |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------|------------|
| 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<br>(1回20分以上のサービス、1週に6回が限度) | 1回<br>3,080円 | 1回<br>308円 |
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による介護予防訪問リハビリテーション | 基本報酬<br>(1回20分以上のサービス、1週に6回が限度) | 1回<br>2,980円 | 1回<br>298円 |

| 加 算                    |                             | 利用料             | 利用者負担額<br>(1割) | 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 | 2,000 円         | 200 円          | 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)日または訪問開始日から3月以内        | 2,400 円         | 240 円          | 1 日当たり<br>(1 週に 2 日を限度) |
| 退院時共同指導加算              | 退院後、初回訪問リハビリテーション時に算定       | 6,000 円         | 600 円          | 退院後 1 回に限り              |
| リハビリテーションマネジメント加算      | (イ)                         | 1,800 円         | 180 円          | 1 月当たり                  |
|                        | (ロ)                         | 2,130 円         | 213 円          | 1 月当たり                  |
| サービス提供体制強化加算           |                             | 60 円            | 6 円            | 1 回当たり                  |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 |                             | 所定単位数の<br>5/100 | 左記の1割          | 1 回当たり                  |

- ※ 短期集中リハビリテーション実施加算は退院(所)日または認定日から3ヶ月以内において週2日以上、1回20分以上のサービスを行った時に算定を行います。
- ※ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算は認知症の診断を受け、生活機能の改善が見込まれる利用者に対して、その退院(所)日または訪問開始日から3ヶ月以内の期間に、1週2日を限度としてサービスを行ったときに算定を行います。
- ※ 訪問リハビリテーションマネジメント加算(イ)(ロ)に関してはリハビリテーション会議の実施状況に応じて算定することがあります。
- ※ 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。
- ※ 利用日の属する月から 12 月越えの場合、要件を満たした場合は減算なし、要件を満たさない場合は 30 単位減算となります。

<減算を適用しない要件>

- ①3月に1回以上、リハビリ会議を開催し、リハビリ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し、会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリ計画を見直す事。
- ②利用者ごとのリハビリ計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリの提供に当たり当該情報その他リハビリの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する事。
- ※ 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)

- ※ (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  | 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。<br>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、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。<br>(ア) 事業者指定口座への振り込み<br>金融機関: ゆうちょ銀行<br>口座番号 01320-5-81209<br>口座名義 (医) 沼南会<br><br>福山市農業協同組合 千年支店<br>普通口座 0184005<br>口座名義 社会医療法人 社団<br>沼南会 檜谷 鞠子<br>(イ) 利用者指定口座からの自動振替<br>(ウ) 現金支払い<br>イ 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。) |

※ 利用者様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者様のご負担になります。

※ お振込みの場合の振込手数料は自己負担となります。

※ 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 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) 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若しくは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、報告書を作成するとともに、医師に報告します。
- (3) 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充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 | 赤松 利成 |
|-------------|-------|

- (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っています。
- (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（現に養護している家族・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 身体拘束の適正化について

- (1) 身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急ややむを得ない理由その他必要な事項を記録します。
- (2) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 身体拘束等の適正化のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施しています。

## 9 秘密の保持と個人情報の保護について

|                          |   |
|--------------------------|---|
| ① 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>                               |
| 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、速やかに主治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。

|            |                                |
|------------|--------------------------------|
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏 名<br>住 所<br>電 話 番 号<br>勤 務 先 |
| 【主治医】      | 医療機関名<br>氏 名<br>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。

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害保険 株式会社 |
| 保険名   | 介護保険・社会福祉事業者総合保険    |

#### 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) 事業者は、訪問リハビリの実施ごとに、サービス提供記録を電子媒体等へ記録し保管するものとします。
- (2) 事業者は、サービス提供記録を作成することとし、この契約の終了後2年間保管します。
- (3) 利用者は、事業者の営業時間内に事業所にて、当該利用者に関する第2項のサービス実施記録を閲覧できます。
- (4) 利用者は、当該利用者に関する第2項のサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。

## 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。

## 17 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。

## 18 サービス提供に関する相談、苦情について

|  |   |
|--|---|
| <b>【事業者の窓口】</b><br>沼隈病院<br>訪問リハビリテーション               | 所在地: 福山市沼隈町大字中山南 469 番地 3<br>電話番号: 084-988-1761<br>ファックス番号: 084-988-1765<br>受付時間: 午前9時から午後5時30分         |
| <b>【市町村(保険者)の窓口】</b><br>福山市役所 保険福祉局<br>長寿社会応援部 介護保険課 | 所在地: 福山市東桜町3-5<br>電話番号: 084-928-1166<br>ファックス番号: 084-928-1732<br>受付時間 午前8時30分から午後5時15分(土日祝は休み)          |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>広島県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 介護第二係    | 所在地: 広島市中区東白島町19番地49号<br>電話番号: 082-554-0783<br>ファックス番号: 082-551-9126<br>受付時間: 午前8時30分から午後5時15分 (土日祝は休み) |

19 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、「福山市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」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   | 広島県福山市沼隈町中山南469番地3 |
|     | 法人名   | 社会医療法人社団 沼南会       |
|     | 代表者名  | 理事長 檜谷 鞠子 印        |
|     | 事業所名  | 沼隈病院 訪問リハビリテーション   |
|     | 説明者氏名 |                    |

事業者から上記内容の説明を受け、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。

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |