

## 訪問リハビリテーション 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています

当事業所はご利用者に対して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（以下、訪問リハビリテーション）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次の通り説明いたします。

なお、当事業所へのご利用は、要介護認定の結果『要支援』『要介護』と認定された方が対象となります。

### ◇ ◆ 目 次 ◆ ◇

1. 事業所経営法人	2
2. ご利用事業所	2
3. 事業所の概要	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 身体拘束の禁止について	4
7. 虐待の防止について	4
8. サービスを終了する場合	5
9. 苦情の受付について	6
10. 個人情報の対応について	6
11. 業務継続に向けた取組の強化について	6
12. 事故発生時の対応について	7
13. 利用者へのお願い	7
14. 同意書	8
15. 個人情報使用同意書	9

## 1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 医療法人 仁雄会  
 (2) 法人所在地 長野県安曇野市穂高 4634 番地  
 (3) 電話番号 0 2 6 3 - 8 2 - 2 4 7 4  
 (4) FAX 番号 0 2 6 3 - 8 2 - 7 5 1 4  
 (5) 代表者氏名 理事長 古川 厚  
 (6) 設立年月日 昭和 64 年 1 月 1 日

## 2. ご利用事業所

- (1) 事業所の種類 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  
 (2) 事業所の目的 要支援者・要介護者に対し、適正な訪問リハビリテーションを提供することを目的とします。  
 (3) 事業所の名称 医療法人 仁雄会 穂高病院  
 (4) 事業所の所在地 長野県安曇野市穂高 4634 番地  
 (5) 電話番号 0 2 6 3 - 8 2 - 2 4 7 4  
 (6) 管理者氏名 穂高病院 院長 古屋 直行  
 (7) 当事業所の運営方針  
 要支援者・要介護者が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・作業療法を行うことにより心身の機能の維持・回復を図ることを目指します。  
 (8) 開設年月日 平成 19 年 3 月 16 日  
 (9) 介護保険指定番号 2014017152

## 3. 事業所の概要

提供できるサービスの種類と地域

サービスの種類	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（理学療法）
営業地域	安曇野市（ただし、左記地域以外の方でも相談の上実施します）
営業日	月曜日～土曜日（ただし、国民の祝日、振替休日、穂高病院の休診日を除く）
営業時間	月・火・水・金曜日は午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 木・土曜日は午前 8 時 30 分～午後 12 時 30 分

## 4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定訪問リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

職 種	資 格	配置状況
1. 管理者	医 師	1 名（兼任）
2. 理学療法	理学療法士	2 名（兼任）

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常 9 割）が介護保険から給付されます。

#### 〈訪問リハビリテーションの目的〉

リハビリテーションは、心身に障害のある人々の全人間的復権を理念として、単なる機能回復訓練ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものであり、自立した生活への支援を通じて、利用者の生活機能の改善、悪化の防止や尊厳ある自己実現に寄与することを目的とします。

#### ①理学療法 身体機能や移動動作能力、日常生活活動能力の障害の維持・回復

- ・寝返り、起き上がり練習、坐る練習、立ち上がり練習、歩行練習と

それらの介助方法の指導

- ・呼吸練習、関節可動域運動、筋力増強運動

- ・排泄動作、更衣動作、整容動作、入浴動作、移動動作の練習と

それらの介助方法の指導

- ・家事動作の練習

- ・住宅改修や福祉用具のご相談

#### 〈利用料その他の費用〉

利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）となります。

項目	介護保険の自己負担分（1割）	介護保険報酬金額
訪問リハビリテーション費	308 円（20分以上40分未満）	3080 円／回
介護予防訪問リハビリテーション費	298 円（20分以上40分未満）※1	2980 円／回
サービス提供体制強化加算(i)	6 円（20分以上40分未満）	60 円／回
短期集中リハビリテーション 実施加算 ※2	200 円／回	2000 円／回
退院時共同指導加算※3	600 円（利用開始初回のみ）	6000 円／回

※1 要支援 1.2 の利用者は開始より 12 ヶ月（又は要支援の認定後 12 ヶ月）経過すると、自己負担額は 268 円となります。（負担割合が 1 割負担の場合）

※2 退院・退所日又は新たに要介護認定を受けた日から 3 月以内

※3 入院時の退院カンファレンスに事業所職員が参加した場合

### (2) 介護保険からの給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額が利用者のご負担となります。

#### 〈サービスの概要と利用料金〉

#### ① 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活動作の向上にかかわる物品が必要となった場合は、その都度利用者またはご家族に説明し、同意を得たものに限り業者をご紹介します。

## ② 交通費

安曇野市にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

## ③ その他

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者の負担になります。

## (3) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月10日前後にご請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数にもとづいて計算した金額とします。)

ア. 窓口での現金支払い

イ. 下記指定口座への振込み

八十二銀行 穂高支店 当座 2008652

医療法人仁雄会 穂高病院

☆ 振込みの場合は、必ず利用者の氏名にてお願いします。

## 6. 身体拘束の禁止について

- (1) サービスの提供にあたっては、利用者または他の利用者の生命及び身体を保護するために緊急その他やむを得ない場合を除き、身体拘束、利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束」という）を行いません。
- (2) やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身状況並びに緊急その他やむを得ない理由など必要な事項を記録します。
- (3) 身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じています。
  - ① 身体拘束等の適正化のための指針の整備
  - ② 従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修の実施
  - ③ 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催及び結果の周知。

## 7. 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、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。  
虐待防止責任者：運営管理室 課長 田中和代
- (2) 成年後見制度利用の支援。
- (3) 苦情解決体制の整備。
- (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。
- (5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立。
- (6) 虐待の防止のための指針を作成。

## 8. 訪問リハビリテーションを終了する場合

### (1) 利用者からの終了の申し出

契約の有効期間であっても、利用者から当事業所のサービス終了を申し出ることができます

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所もしくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める訪問リハビリテーションを実施しない場合
- ③ 事業所もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合
- ④ 事業所もしくはサービス従業者が故意または過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続し難い重大な事情が認められる場合
- ⑤ 最終的に両者の同意により終了とする

### (2) 事業者からの申し出によりサービスを終了していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当事業所のサービスを終了していただくことがあります。その場合は終了1ヵ月前までに、文書で通知いたします。

- ① 利用者がサービス申し込み時に、その心身の状況及び病歴等の重要事項についてこれを告げず、その結果訪問リハビリテーションを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② 利用者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ 利用者が、故意又は重大な過失により事業所又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、訪問リハビリテーションを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ やむを得ない事情を生じさせた場合

### (3) 自動終了

以下の事項に該当する場合には、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了致します。

- 利用者が病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設に入所した場合
- 要介護度認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- 利用者がお亡くなりになられた場合

### (4) 最終的に終了の場合は両者の合意により終了とします。

## 9. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）長崎 忠文

医事課相談窓口（1階）

○苦情受付窓口の連絡先 電話 0263-82-2474

FAX 0263-82-7514

○受付時間 毎週 月・火・水・金曜日 9:00～17:00

毎週 木・土曜日 9:00～12:30

### (2) 当事業所以外の苦情受付機関

\* 各市町村 介護保険担当課

（安曇野市本庁 0263-71-2472）

\* 各都道府県 国民健康保険団体連合会

（長野県 026-238-1555）

\* 各市町村 社会福祉協議会

（安曇野市社会福祉協議会 0263-72-1781）

## 10. 個人情報の提供について

利用者の指定訪問リハビリテーションサービスを円滑に進めるために、サービス担当者会議等の会議または指定居宅介護支援事業者、指定居宅介護サービス事業者、医療施設等に対し利用者あるいはそのご家族の個人情報を必要に応じて提供する場合があります。

（別に定めた個人情報使用同意書を提出いただきます。）

### 11. 業務継続に向けた取組の強化について

感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護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。

(1) 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。

(2) 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。

## 12. 事故発生時の対応について

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病 院 名 及 び 所 在 地	
	氏 名	
	電話番号	

緊急時連絡 先（家族等）	氏名（続柄）	( )
	住 所	
	電話番号	

## 13. 利用者へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用表を提示してください。

社会情勢の急激な変化、地震、風水害など著しい社会秩序の混乱などにより、訪問業務が困難な場合は、日程、時間の調整をさせて頂く場合があります。また訪問業務が遅延、もしくは、不能になった場合、それによる損害賠償責任を負いません。

平成 19 年 06 月 23 日 作成  
 平成 19 年 08 月 01 日 修正  
 平成 20 年 03 月 01 日 修正  
 平成 20 年 08 月 18 日 修正  
 平成 21 年 04 月 01 日 修正  
 平成 23 年 02 月 04 日 修正  
 平成 23 年 07 月 01 日 修正  
 平成 27 年 04 月 01 日 修正  
 平成 27 年 06 月 09 日 修正  
 平成 30 年 04 月 01 日 修正  
 令和 01 年 09 月 27 日 修正  
 令和 02 年 11 月 25 日 修正  
 令和 03 年 03 月 25 日 修正  
 令和 06 年 03 月 01 日 修正

同 意 書

医療法人仁雄会 穂高病院

管理者 古屋 直行 殿

年 月 日

この度、本書面に基づいて、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に関する重要事項の説明を受けたことを確認します。

説明者 \_\_\_\_\_

利用者  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族・代理人  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_

## 個人情報使用同意書

医療法人仁雄会 穂高病院

管理者 古屋 直行 殿

年 月 日

利用者の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サービスを円滑にすすめるために、サービス担当者等の会議または指定居宅支援事業者、指定居宅介護サービス事業者、病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設等に対し、必要に応じて私及び家族の個人情報を提供することに同意します。

説明者 \_\_\_\_\_

利用者  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族・代理人  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_