

訪問リハビリテーション 重要事項説明書

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。

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	医療法人光誠会
代表者氏名	藤田 淳一
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	〒543-0053 大阪府大阪市天王寺区北河堀町7番21号 電話 06-6775-0007 FAX 06-6775-0888
法人設立年月日	平成4年 12月 15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	医療法人光誠会 ゆうメディカルクリニック ゆう訪問リハビリテーション
介護保険指定 事業所番号	2713007637
事業所所在地	〒533-0014 大阪府大阪市東淀川区豊新1丁目21番29号 ゆうメディカルクリニック3階
連絡先 相談担当者名	電話 06-6327-2220 FAX 06-6327-2221 訪問リハビリテーション 相談担当者 押谷 健太
事業所の通常の 事業の実施地域	東淀川区、吹田市（南部）、摂津市（南部）

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	医療法人光誠会が設置するゆうメディカルクリニック（以下「事業所」という。）において実施する指定訪問リハビリテーション事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）にある利用者に対し、指定訪問リハビリテーションの円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定訪問リハビリテーションの提供を確保することを目的とする。
運営の方針	1 事業所が実施する事業は、要介護状態の利用者に、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、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る。 2 事業の実施に当たっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に行い、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。 3 事業の実施に当たっては、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、他の居宅サ-

	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～金曜日
営 業 時 間	午前 9 時～午後 6 時

(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（土曜日、日曜日、祝日はお休み）
サービス提供時間	9：00～18：00

(5) 事業所の職員体制

管理者	院長 後藤田 浩三
-----	-----------

職	職 務 内 容	人 員 数	
医 師	1 利用者に対する医学的な管理指導等を行います。	常 1	勤 名
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、介護予防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。介護予防訪問リハビリテーション計画を作成するに当たっては、介護予防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 介護予防訪問リハビリテーション計画に基づき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、介護予防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。	常 1 非 0	勤 名以上 常 勤 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	<p>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。</p> <p>計画的な医学的管理を行っている主治医の指示に基づき、心身の機能回復を図るため、リハビリテーションの目標と具体的なサービス内容を記載した訪問リハビリテーション計画書を作成するとともに、訪問リハビリテーション計画の療養上必要な事項について利用者又はその家族に対し、指導又は説明を行うとともに、適切なリハビリテーションを提供する。理学療法士又は作業療法士は、訪問日、提供したリハビリテーション内容等を診療録に記載する。</p>

(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） （単位数：307）	1回 3,340円	1回 334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）（単位数：200）	2,176円	218円	1日当たり
リハビリテーションマネジメント加算	(A)イ（単位数：180）	1,958円	196円	1月当たり
	(A)ロ（単位数：213）	2,317円	232円	1月当たり
	(B)イ（単位数：450）	4,896円	490円	1月当たり

	(B) 口（単位数：483）	5,255 円	526 円	1 月当たり
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)（単位数：6）	65 円	7 円	1 回当たり
	(Ⅱ)（単位数：3）	32 円	4 円	1 回当たり

◎ 1 単位＝10.88 円で計算しています。

- ※ （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 20 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については、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直し介護支援専門員に対し情報提供し、リハビリの質の管理をする場合に 1 月に 1 回算定します。
利用者ごとのリハビリテーション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、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用します。
- ※ 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大阪市に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。
- ※ 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。
- ※ 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区町村（保険者）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 その他の費用について

① 交通費	指定介護予防訪問リハビリテーションに要した交通費を請求することがあります。 実施地域を越えてから片道 10 km未満 300 円 実施地域を越えてから片道 10 km以上 500 円	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	前日までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	当日のご連絡の場合	ご利用料の全額

※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

(注) 当該事業所の運営規程において、定められている必要があります。

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	<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 15 日までに利用者あてお届け（郵送）します。</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 27 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) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 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となることがあります。)</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 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 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	押谷 健太
	イ 連絡先電話番号	06-6327-2220
	同ファックス番号	06-6327-2221
	ウ 受付日/受付時間	月曜日～金曜日/9：00～18：00

※ 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) 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	理学療法士 押谷 健太
虐待防止に関する担当者	理学療法士 押谷 健太

- (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。
- (5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (6) 虐待の防止のための指針を作成します。

9 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、次に掲げることにより留意して、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です。

- (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です。
- (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。

10 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	<ul 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	<ul style="list-style-type: none">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。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。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。）

11 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。

所属医療機関名：

所在地：

電話番号（勤務先及び携帯）：

主治医（氏名）：

家族等連絡先（氏名）：様（続柄）：

住所：

電話番号（自宅、勤務先及び携帯）：

12 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、市区町村、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。

市町村：大阪市 担当部・課名：福祉局高齢者施策部・介護保険課指定・指導グループ
電話番号：06-6241-6310

居宅介護支援事業者（事業所名）：

所在地： 電話番号：

担当介護支援専門員氏名：様

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 損保ジャパン日本興亜株式会社 保険名 ウォームハート

13 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。

14 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。

15 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。

16 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。

17 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

18 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 訪問介護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。
- (5) 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。

19 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
月	10:00～11:00	理学療法士による訪問 リハビリテーション	訪問リハビリテ ーション	○	7,192 円	719 円
火						
水						
木						
金						
1週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額					円	円

- (2) その他の費用

①交通費の有無	
②キャンセル料	重要事項説明書4－②記載のとおりです。

(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	（目安金額の記載）
----------	-----------

※ 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 ヶ月以内とします。

20 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。
 - 苦情処理台帳を作成します。
 - 苦情についての事実確認を行います。
 - 苦情処理方法を記載し、管理者によって決議いたします。
 - 苦情処理について関係者と連携、調整を行います。
 - 苦情処理方法及び改善内容について利用者にご説明・確認を行います。
 - 苦情処理は原則として 1 日以内に行います。
 - 苦情処理についての成果などを台帳に記録し保管いたします。

(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）	大阪市東淀川区豊新 1 丁目 21 番 29 号 電話番号 06-6327-2220 ファックス番号 06-6327-2221 受付時間 9：00～18：00
【東淀川区（保険者）の窓口】 （利用者の居宅がある市町村（広域連合）の介護保険担当部署の名称）	東淀川区役所保健福祉課 所在地 大阪市東淀川区豊新 2 丁目 1 番 4 号 電話番号 06-4809-9859 受付時間 平日 9 時から 17 時 30 分まで
【吹田市（保険者）の窓口】 （利用者の居宅がある市町村（広域連合）の介護保険担当部署の名称）	吹田市役所高齢福祉室 所在地 吹田市泉町 1 丁目 3 番 40 号 電話番号 06-6384-1343 受付時間 平日 9 時から 17 時 30 分まで
【摂津市（保険者）の窓口】 （利用者の居宅がある市町村（広域連合）の介護保険担当部署の名称）	摂津市役所高齢介護課 所在地 摂津市三島 1 丁目 1 番 1 号 電話番号 06-6383-1111 受付時間 平日 9 時から 17 時 15 分まで
【市役所の窓口】 大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課 （指定・指導グループ）	大阪府中央区船場中央 3 丁目 1 番 7-331 電話：06-6241-6310 FAX：06-6241-6608 受付時間：9：00～17：30
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪府中央区常盤町 1 丁目 3 番 8 号中央大通 FN ビル内 電話番号 06-6949-5418（苦情相談担当）

21 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、「大阪市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等を定める条例（平成 25 年大阪市条例第 26 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	〒533-0014 大阪府大阪市東淀川区豊新 1 丁目 21 番 29 号
	法人名	医療法人光誠会
	代表者名	理事長 藤田 淳一 印
	事業所名	医療法人光誠会ゆうメディカルクリニック ゆう訪問リハビリテーション
	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