

## 重要事項説明書②（介護予防訪問リハビリテーション）

### 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 財団医正会
代表者氏名	理事長 北澤 浩
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	豊橋市大岩町字北元屋敷 36 番地の 3 電話 0532-41-0011(代) FAX 0532-41-0210

### 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	二川病院
介護保険指定 事業所番号	2312001072
事業所所在地	豊橋市大岩町字北元屋敷 36 番地の 3
連絡先	電話 0532-41-0011(代) FAX0532-41-0210
事業所の通常の 事業の実施地域	二川小学校区、谷川小学校区、二川南小学校区、小沢小学校区、細谷小学校区及び、その周辺地域とする。 ※上記地域以外にお住いの方のご利用についてもご相談に応じます。 但し、「通常の実施地域」以外にお住いの方のご利用については、距離に応じて交通費を頂く場合があります。

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	医療法人財団医正会が開設する二川病院（以下「事業所」という。）が行う指定介護予防訪問リハビリテーションの事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、病院の理学療法士等が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要支援状態にある者の自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法、その他の必要なリハビリテーションを行うことを目的とする。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業は、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、利用者の居宅において、理学療法、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こととする。</li> <li>2. 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たって、病状が安定期にあり、診察にもとづき実施される計画的な医学的管理の下、自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた通院が困難な要支援者とする。</li> <li>3. 事業の実施にあたっては、介護予防支援事業者その他、保健医療福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めることとする。</li> </ol>

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日までとする。 但し、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び年末年始を除く。
営業時間	8：30から17：30までとする。 但し、木曜日及び土曜日は12：00までとする。

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から土曜日までとする。 但し、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び年末年始を除く。
サービス提供時間	9：00～12：00、13：00～17：00 但し、木曜日と土曜日については9：00～11：30とする。

(5) 事業所の職員体制

管理者	理事長 北澤 浩
-----	----------

職	職務内容	人員数
理学療法士	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>医師及び理学療法士、作業療法士、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の把握をします。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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	理学療法士 常勤兼務 2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
指定介護予防訪問リハビリテーション	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、その他必要なり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、生活機能の維持、向上を目指します。

訪問リハビリテーション計画の作成	利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的な訪問リハビリテーション計画を作成します。
リハビリテーションマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問リハビリテーション計画の進捗状況を英氣的に評価し、必要に応じて当該計画の見直しを行います。</li> <li>・指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士が介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。</li> </ul>
短期集中リハビリテーションの実施	医師が、集中的なり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た利用者に対して、医師の指示を受けた理学療法士が退院（退所）日又は認定日から起算して3月以内に集中的なりハビリテーションを行います。

## (2) 介護予防訪問リハビリテーションの禁止行為

介護予防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	算定要件	単位数（単位/回）
理学療法士による介護予防訪問リハビリテーション	<b>基本報酬</b> 1回20分（1週に6回が限度） （指示を行う医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定）	298 単位

加 算		単位数	算定回数等
<b>サービス提供体制強化加算</b> （訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数7年以上の者が一人以上）		6 単位	1 回につき
<b>短期集中リハビリテーション実施加算</b> （リハビリテーションマネジメント加算を算定している）	退院（所）日又は新たに介護認定を受けた日から3月以内	200 単位	1 日につき

※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。

※豊橋市の人件費割合による地域区分は7級地であり、訪問リハビリテーションの1単位当たりの単価は10.17円となります。

※(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 その他の費用について

交通費	利用者の居宅が、通常の実施地域以外の場合、運営規定の定めに基づき指定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。	
	① 実施地域を超えた地点から、片道5km未満	550円
	② // 片道5km以上10km未満	660円
	③ // 片道10km以上	770円
		を頂きます。

#### 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。(個々に定められた利用負担割合に応じた金額)</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5日頃までに発行し利用者あてにお届け(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>(2) 請求書の内容を確認していただき、請求月の15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 振込先：(金融機関名) 豊橋信用金庫 二川支店 (口座種別) 当座 (口座番号) 100063 (受取人) 医療法人 財団医正会</p> <p>(イ) 会計窓口にて支払い</p> <p>(3) お支払いの確認後、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。)</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 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	松井 将人
	イ 連絡先電話番号	0532-41-0011(代)
	同ファックス番号	0532-41-0210
	ウ 受付日及び受付時間	
	月、火、水、金	8：30～17：30
	木、土	8：30～12：00
	国民の祝日に関する法律に規定する休日及び年末年始を除く。	

※ 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及び、その他サービス利用に関連する認定証、証明書等の内容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) 利用者が要支援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支援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) 高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律（いわゆる高齢者虐待防止法）に定める通報を行います。
- (2) 状況に応じ、担当の介護支援専門員及び必要に応じて利用者が住所を有する市町村等に設置された高齢者虐待相談窓口に連絡をとります。

## 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

利用者に対する介護予防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、利用者に対する介護予防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。

## 11 身分証携行義務

介護予防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。

## 12 心身の状況の把握

介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、地域包括支援センター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 地域包括支援センター等との連携

介護予防訪問リハビリテーション計画は、既に介護予防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、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。なお、その記録については、その完結の日から少なくとも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 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。

## 16 非常災害時の対応について

事業所は、地震、火災噴火、津波等の天災、その他の自己の責に帰するべからざる不測の事由（大雨・暴風等による警報発令時など）が発生した場合にはサービスの実施ができないことがあります。尚、その事由が解消され対応可能な状況になり次第速やかにサービス実施を再開できるよう調整します。サービス実施についての変更・中止については事前に本人又は家族、担当の介護支援専門員等に連絡します。

## 17 サービス提供に関する苦情相談について

- (1) 提供した介護予防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）

### (2) 苦情申立の窓口

<b>【事業者の窓口】</b> 医療法人 財団医正会二川病院 担当者 松井 将人	書 在 地 豊橋市大岩町字北元屋敷 36 番地の 3 電話番号 0532-41-0011(代) ファックス番号 0532-41-0210 受付時間 8：30～17：30 (木、土 12：00 まで) 国民の祝日に関する法律に規定する休日及び年末年始を除く。
--	---

<b>【東三河広域連合の窓口】</b> 東三河広域連合 介護保険課	所在地 豊橋市八町通2丁目16番地 電話番号 0532-26-8471 ファックス番号 0532-26-8475 受付時間
<b>【公的団体の窓口】</b> 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課	所在地 名古屋市東区一丁目6番地の4 電話番号 052-971-4165 ファックス番号 052-962-8870 受付時間 月～金 9:00～17:00 国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12/29～1/3を除く。

#### 18 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。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	医師名	
	住 所	
	電話番号	

緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄)	( )
	電話番号	

19 重要事項説明の年月日

事業者は、利用者へのサービス提供にあたり、上記の通り重要事項の説明を行いました。

この重要事項説明書の説明年月日	令和      年      月      日
-----------------	-------------------------

事業者	所在地	〒441-3145 豊橋市大岩町字北元屋敷 36 番地の 3	
	法人名	医療法人 財団医正会	
	代表者名	理事長 北澤 浩	印
	事業所名	二川病院	
	説明者氏名		印

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。

利用者	住所	
	氏名	印

署名代行者 (又は法定 代理人)	住所	
	氏名	印