

指定（介護予防）訪問リハビリテーション

重要事項説明書

1.概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業者名	サン 訪問リハビリテーション
所在地	長崎県佐世保市大和町 30 番地
電話番号	0956-33-7771
FAX番号	0956-33-7772
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
サービスの提供地域	佐世保市内一円（但し、浅子・江迎・鹿町・吉井・世知原・小佐々・離島を除く）

* 上記以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者	理学療法士	1名		1名	従業者及び業務の管理
訪問職員	理学療法士	5名		5名	訪問リハビリテーションの業務、通所介護事業所を訪問し個別機能訓練の計画・作成等
	作業療法士	4名		4名	
	言語聴覚士	1名		1名	

2.営業日及び営業時間

1) 営業日：月曜日～金曜日

但し、国民の祝日及び法人の定める日を除く。

(12月30日～1月3日、8月14～15日、白十字会学術発表会(年1回))

2) 営業時間：8時20分～17時20分

3.当事業所の訪問リハビリテーションの特徴

(1) 事業の目的

社会医療法人財団白十字会（以下「事業者」という。）が開設するサン 訪問リハビリテーション（以下「事業所」という。）が行う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〕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、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、要介護状態にあり、医師が指定訪問リハビリテーションの必要を認めた高齢者に対し、適正な指定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。

(2) 運営の方針

事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、居宅において理学療法、作業療法、その他必要なりハビリテーションを行うことにより、心身の機能の維持回復を図ります。

事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めます。

利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. サービスの内容

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〕は、通院が困難な利用者に対して、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、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〔介護予防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〔介護予防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。

5. 訪問リハビリテーションの対象者

通院が困難な方でリハビリテーションが必要な要介護者や要支援者の方です。

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

契約後、事業所の医師の指示の下、ケアマネジャー（地域包括支援センター）のケアプランに基づき訪問リハビリテーションを開始いたします。

(2) サービスの終了

- ① ご利用者様の都合でサービスを終了する場合は、終了を希望する日の10日前までにお申し出ください。
- ② 人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1ヶ月前に文書で通知します。
- ③ 以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。
 - ・ご利用者様が介護保険施設に入所あるいは病院に入院した場合
 - ・要介護認定において、非該当（自立）と認定された場合
 - ・ご利用者様が亡くなられた場合

(3) サービスを提供できない場合について

以下のような場合、サービスを提供できるよう、訪問リハビリテーションの調整をお願いする場合がございます。また、調整を行ってもやむを得ずサービスを提供できない場合がございますことをご了承ください。

- ① 台風、積雪などの悪天候や交通事故などにより、交通の状況が著しく悪い場合
- ② 訪問セラピストが感染性疾患に罹患した場合
- ③ 地震や津波などの天変地異、戦争、騒乱などの不可抗力な事態が起こった場合

(4) その他

- ① 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご

利用者様、ご家族様に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。

- ② ご利用者様が、サービス利用のお支払いを請求日から 1ヶ月以上遅延し、料金のお支払いを勧告したにもかかわらず 7日以内にお支払いが確認できない場合、又はご利用者様やご家族様などが当事業所のサービス従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為（暴言・暴力・セクハラなどの行為）をおこなった場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ③ ご利用者様が、入院または一時的に訪問リハビリテーションが中止となった後、再開とされた際には、改めて訪問予定の調整を行わせて頂きますので、ご了承ください。

7.利用料金

(1) 利用料

- ・サービスを利用した場合のご利用者様が負担する利用料は、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。
- ・介護保険の給付範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

① 基本料金

(単位)

項目	要支援 1・2	要介護 1～5
訪問リハビリテーション費 1週間に6日を限度とし1回当たり20分のリハビリを実施した場合	307/回 利用開始月から12月超の場合5/回を減算	307/回
サービス提供体制強化加算(I) 看護師のうち勤続7年以上の者が1名以上	6/回	

② 主な加算

短期集中リハビリテーション実施加算 退院(所)日又は認定日から3月以内に集中的にリハビリを実施した場合	200/日	
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ または(A)ロ 継続的にリハビリテーションの質を管理した場合	—	Aロ 213/月 Bロ 483/月
中山間地域等提供加算 中山間地域等に居住する者へサービスを提供した場合	所定単位数の 5%を加算	
同一建物減算 1 同一建物居住者(20人以上)へサービス提供した場合	所定単位数の 10%を減算	
計画診療未実施減算 事業所の医師が診療をしていない場合	-50/回	
移行支援加算 社会参加等を支援し基準に適合した場合	—	17/日
事業所評価加算 基準に適合した場合	120/月	—

(2) その他の利用料

① 交通費

- ・サービス提供地域にお住まいの方は無料です。サービス提供地域以外にお住まいの方は、訪問車両がサービス提供地域を超える走行距離1KMにつき50円です。
(但し、中山間地域等の訪問リハビリテーション加算対象者を除きます。)

(3) 料金の支払い方法

- ・お支払い方法は、銀行振込、銀行引き落とし、現金集金の中から選べます。
- ・毎月、12日までに前月分の請求書を発行いたします。

【現金集金・銀行振り込みの場合】・・・当月の25日までにお支払いください。

【銀行引き落としの場合】・・・・・・・・・・当月の25日に引き落としとなります。

※銀行引き落としは、十八親和銀行のみの対応となります。

8. サービスの内容に関する苦情

当事業所の提供したサービスに対して、不満や苦情がある場合は、どんな些細なことでも構いませんので、次の窓口までお申しつけください。

① 当事業所のお客様・苦情窓口

担当者：サン リハビリテーション部 係長 佐藤 由季

当事業所のお客様・苦情相談解決責任者

担当者：サン 事務長 榮 広高

電話：0956-33-7771 F A X：0956-33-7772

受付：月曜日～金曜日（但し、祝祭日を除く）

受付時間：8時20分～17時20分

② その他

当事業所以外に、お住まいの市町村等の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

佐世保市長寿社会課：0956-24-1111

長崎県国民健康保険団体連合会：095-826-1599

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化などがあった場合は、必要に応じて臨機応変の手当てを行い、主治医の指示を受けて速やかに必要な対応をします。また、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をします。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者様がお住まいの市町村、ご家族様、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者様に対して当事業所の介護サービスの責により賠償すべき事故が発生した場合は十分に事故を検証し、妥当と考えられる損害賠償をできるだけ速やかに行います。

11. 当法人の概要

- | | |
|------------|---------------|
| (1) 法人名 | 社会医療法人財団 白十字会 |
| (2) 法人の所在地 | 長崎県佐世保市大和町 15 |
| (3) 電話 | 0956-33-7151 |
| (4) 代表者氏名 | 富永 雅也 |

同意書

令和 年 月 日

訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者様に対し、指定訪問リハビリテーション重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明いたしました。

【事業所】

所在地 長崎県佐世保市大和町 30 番地
名称 サン 訪問リハビリテーション

説明者氏名 印

私は、指定訪問リハビリテーション重要事項説明書により、事業者から訪問リハビリテーションについての重要事項の説明を受け理解した上で同意致します。

(利用者) 印

(代理人) 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者

住所

氏名 印

契 約 書

【利用者】 _____ (以下甲という。) と【事業者】 社会医療法人白十字会 (以下乙という。) とは乙が運営する【事業所】 サン 訪問リハビリテーション (以下丙という) の訪問リハビリテーションを利用するにあたり、次の通り契約いたします。

(契約期間) この契約書の契約期間は令和 年 月 日から利用者 (もしくは代理人) の終了意思表示があるまでとします。ただし契約期間中においても利用者がサービスを拒否する場合や、入院などによってサービスを受けることができなくなった場合は、双方合意の上、契約を終了できます。

(運営規程の概要) 丙の運営規程の概要 (目的・人員配置・サービス内容) は、別紙重要事項説明書に記載の通りです。

(訪問リハビリテーション計画の作成・変更) 丙は事業所の医師の指示、甲の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、訪問リハビリテーション計画を作成します。また計画書の実施状況の把握に努め、甲の希望や計画内容の必要性などを随時確認し、変更の必要があれば関係機関と調整のうえ変更を行います。

(担当セラピスト) 丙は甲のために担当の訪問セラピストを定め、訪問リハビリテーションを提供します。

甲は丙に対し担当の訪問セラピストの変更を求めることができます。その場合丙は可能な限り甲の要望に沿うように調整します。

(協力義務) 甲は、訪問リハビリテーションを利用するにあたり可能な限り、乙・丙に協力します。

(苦情対応) 甲から苦情があった場合、その対応については重要事項説明書にある当該窓口にて丙が誠意をもって迅速に対応します。

(緊急時の対応) 甲に異変があった場合、丙は重要事項説明書にあるように、迅速に対応します。

(費用について) サービスにかかる費用については重要事項説明書に記載の通りです。支払方法や、支払いが滞納した場合の対応につきましても重要事項説明書に記載の通りとします。

(秘密保持) 個人情報保護を含む守秘義務については別紙説明書に記載の通りです。

(解除権) 重要事項説明書にある通り、甲は、文書で通達することにより即座に、もしくは7日間以上の予告期間をもって、乙・丙に対して契約を解除することができます。乙・丙も重要事項説明書にある通り、甲に対して契約解除を行うことができます。

(利用者代理人) 甲は代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

(損害賠償) 乙・丙はサービスの提供に伴って利用者の生命・身体・財産に損害を賠償いたします。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合はこの限りではありません。

(協議事項) この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、甲乙丙の協議により定めます。

この契約の成立を証する為、本証2通を作成し、甲丙各署名押印して1通ずつを保有します。

令和 年 月 日

契約者【利用者】(甲)

住 所

氏 名

印

電話・携帯番号

代理人【兼連帯保証人】住 所

氏 名

印(続柄)

【緊急時の連絡先】

電話・携帯番号

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者

住所

氏名

印

【事業者】(乙)

住 所 長崎県佐世保市大和町 15 番地

名 称 社会医療法人財団白十字会

代表者 富永 雅也 印

【事業所】(丙)

所在地 長崎県佐世保市大和町 30 番地

名 称 サン 訪問リハビリテーション

管理者 佐藤 由季 印

個人情報の利用に係る同意について

当事業所では、利用者様の個人情報について下記の目的に利用し、その取扱いについては万全の体制で取り組んでおります。

利用者様及びご家族様の知り得た個人情報は守秘いたします。但し、利用者様の在宅療養をご支援させていただく際、関係職種との連携において、利用者様及びご家族様の同意を頂き情報提供いたします。

1) 利用者様の個人情報の利用目的

① 当事業所内での利用

- ・ 利用者様に提供する訪問リハビリテーション（計画・報告・連絡・相談等）
- ・ 介護保険請求等事務
- ・ 会計・経理等事務
- ・ 事故等の報告・連絡・相談
- ・ 利用者様への医療・介護サービスの質の向上（カンファレンス・ケア会議・研修等）
- ・ その他、利用者様に係る事業所内の管理運営業務

② 他の事業所等への情報提供

主治医の所属する医療機関、連携医療機関、利用者様に居宅サービスを提供するほかの居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

- ・ その他の業務委託
- ・ 御家族等介護者様への心身の状況説明
- ・ 審査支払い機関へのレセプト提出、審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 外部監査・調査機関への情報提供
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届け出等

③ その他上記以外の利用目的

- ・ 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・ 当事業所における学生および研修生の実習への協力
- ・ 学会および学会誌等での発表（原則、匿名化する。匿名化が困難な場合は利用者様の同意を得る。）

2) 個人情報の管理

当事業所は、個人情報の正確性を保ち、個人情報への不正アクセス、紛失、破壊、改ざん及び漏洩等の防止に努め、是正及び予防活動を推進し、適正な情報セキュリティ対策を講じます。

3) 管理体制

当事業所は、個人情報責任者を任命し、個人情報の適切な管理を実施し、日常業務における個人情報の適切な取り扱いを徹底します。

4) 法令・規範の遵守

当事業所は、個人情報の取り扱いについて、個人情報の保護に関する法令、及びその他の規範を遵守します。

5) 個人情報取り扱いに関する問い合わせ窓口

電 話 : 0956-33-7771

F A X : 0956-33-7772

受 付 : 月曜日～金曜日 (但し、祝祭日を除く)

受付時間 : 8時20分～17時20分

個人情報責任者 : サン リハビリテーション部 係長 佐藤 由季

同 意 書

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名

印

家族代表 住 所

氏 名

印 (続柄)

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者

住所

氏名

印