

重要事項説明書

訪問リハビリテーション

利用者： _____ 様

事業者：やす整形外科クリニック訪問リハビリテーション

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業名	やす整形外科クリニック訪問リハビリテーション
所在地	〒673-0012 兵庫県明石市和坂12-16 カトレアビル
連絡先	(電話) 078-924-4455 (FAX) 078-924-4456
管理者名	大西 康央 同一敷地内に所在するやす整形外科クリニック院長と兼務
サービス種類	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
介護保険指定番号	号
サービス提供地域	事業所から2.5km以内
開設年月日	平成31年1月1日

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日	午前9:00～午後4:30
土曜日	午前9:00～午後12:00
定休日	土曜日午後・日曜日・祝日、8月13～15日、12月30日～1月3日

※台風による暴風・大雪警報などで訪問に支障が生じた場合は、臨時休暇を頂く場合がございます。

(3) 職員体制

管理者	医師 大西 康央 1名
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	実情に応じた必要数

【理学療法士等の職務内容】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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、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。

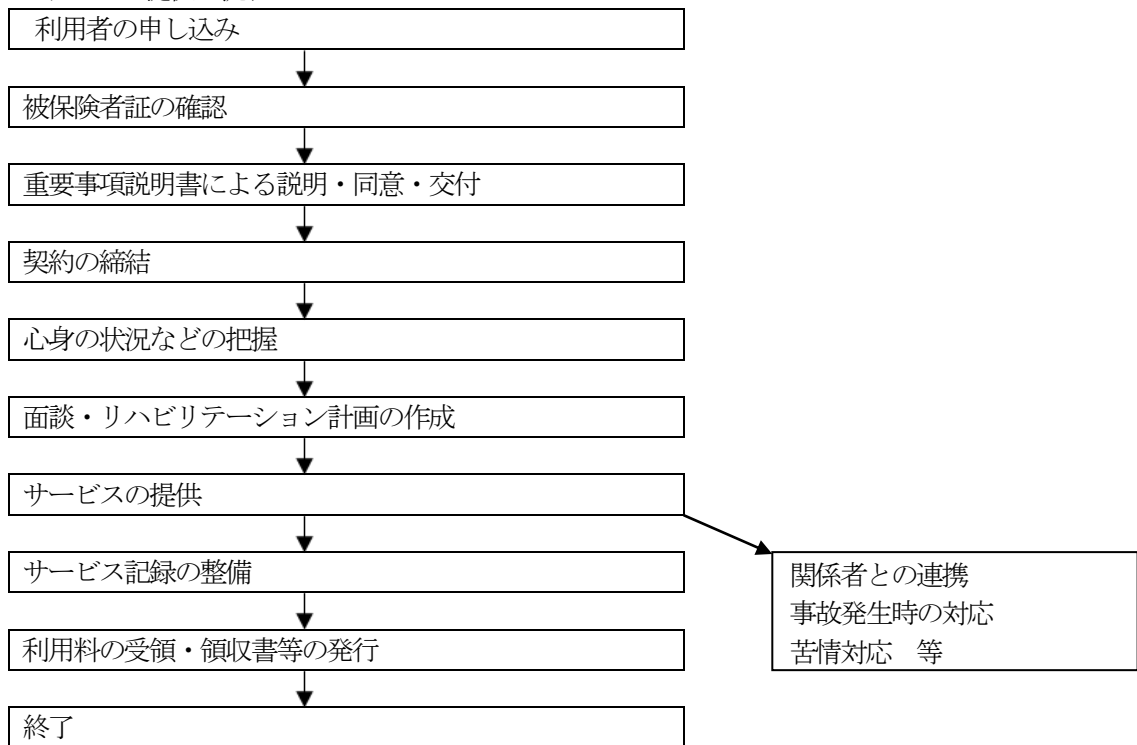
2 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	やす整形外科クリニック訪問リハビリテーションが行う運営に関する事項を定め、事業所の理学療法士等が、医師が指定訪問リハビリテーションの必要を認めたと高齢者に対し、安心して日常生活を過ごすことができるよう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する。
運営の方針	事業所の理学療法士等は、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、必要なリ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る。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

3 サービス内容及びサービス提供について

- (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、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、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。
- (5) 理学療法士や作業療法士が、ご利用様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用様がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (6) 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。
- (7) 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します。
- (8) 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。
- (9) 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。
- (10) 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。
 - ③ インフルエンザやノロウイルスなど感染があった場合、感染マニュアルにそって一定期間リハビリテーションを中止いたします。
- (11) 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 身体的拘束等を行う場合には、その態様および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
 - ⑥ 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

(12) サービス提供の流れ



4 虐待の防止について

(1) 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。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	管理者医師 大西 康央
-------------	-------------

- (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) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話措置等の活用方法）を定期的開催すると共に、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- (5) 従業員に対する虐待の発生またはその再発を防止するために啓発・普及するための研修を実施しています。

5 秘密の保持と個人情報の記載について

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「従業員」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。 ④ 事業者は、従業員に、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、従業員である 期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の 内容とします。</p>
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</p>

	<p>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>
--	---

6 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。

7 利用料金

(1) 費用

基本利用料として介護保険法等に規定する額の支払いを利用者から受けるものとする。

介護保険で居宅サービス計画書に基づく訪問リハビリテーションを利用する場合は、介護報酬告示上の額の1割又は2割を徴収するものとする。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたしますので、25日までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) 料金表

項目	単位	料金（1割負担の方）	料金（2割負担の方）	料金（3割負担の方）
介護予防訪問リハビリテーション費	298単位	307円	615円	923円
訪問リハビリテーション費	308単位	318円	636円	954円
短期集中リハビリテーション実施加算 ※注1 〔退院（所）日または認定日から3月以内〕	200単位	206円	413円	619円
サービス提供体制強化加算Ⅱ ※注2	3単位	3円	6円	9円
サービス提供体制強化加算Ⅱ ※注3	6単位	6円	12円	18円
退院時共同指導加算	600単位	619単位	1239単位	1859円
リハビリテーションマネジメント加算（A）イ ※注4	180単位	185円	371円	557円
リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ ※注5	213単位	220円	440円	660円
（医師が利用者または家族へ説明した場合）※注6	270単位	278円	557円	836円

※注1（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。

※注2 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3年以上の者が1人以上の場合算定します。2024年9月末まではこちらの加算になります。

※注3 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1人以上の場合算定します。2024年10月からこちらの加算に変更になります。

※注4 リハビリテーションマネジメント加算(A)イについては、事業所の医師、理学療法士、その他の職種が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理していきます。事業所の医師が、理学療法士に対し、利用者のリハビリテーションの目的に加え、「リハビリテーション開始前や実施中の留意事項」、「やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準」、「リハビリテーションにおける利用者に対する負荷」等のうち、いずれか1つ以上の指示を行います。医師、又は指示を受けた理学療法士が指示の内容が上記の基準に適合することがわかるように記録します。リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーション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、会議の内容を記録します。リハビリテーションの計画について、計画の作成に関与した理学療法士が利用者又はその家族に説明し、同意を得るとともに、説明した内容等を医師へ報告します。3月に1回以上、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てリハビリテーション計画を見直します。事業所の理学療法士が介護支援専門員に対し、リハビリテーションの専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のための必要な支援方法、日常生活上の留意点に関する情報提供を行います。以下のいずれかを満たすこと。事業所の理学療法士が居宅サービス計画に位置つけた居宅サービス事業所の従業者と利用者の居宅を訪問し、従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から介護の工夫に関する指導と日常生活上の留意点に関する助言を行います。事業所の理学療法士が利用者の居宅を訪問し、利用者の家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から介護の工夫に関する指導と日常生活上の留意点に関する助言を行います。上記の要件を満たしていることを確認し記録した場合に1月に1回算定します。

※注5 リハビリテーションマネジメント加算(A)ロについては、注4の要件に加えて、リハビリテーションの提供状況に関するデータを厚生労働省へ提出。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ていることに限り、1月に1回算定します。

※注6 リハビリテーションマネジメント加算において、医師が利用者または家族に説明した場合、リハビリテーションマネジメントに加えて月1回算定します。

(4) その他の費用

ご利用者の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者の負担になります。

(5) キャンセル料

①ご利用日の前営業日までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の50%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルをされる場合は、事業所までご連絡ください。

8 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル・虐待防止 連絡など）

相談方法・連絡先	電話 078-924-4455
担当者	責任者 大西 康央 不在時には、基本的な事項については誰でも対応できるようにすると共に担当者に必ず引き継ぎを行います。
窓口開設時間	9:00～16:30（休日を除く）
その他相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・明石市高年介護室 兵庫県明石市中崎1丁目5番1号 電話番号（直通）：078-918-5091/FAX078-919-4060 ・兵庫県国民健康保険団体連合会介護福祉課苦情相談係 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号（センタープラザ内） 電話番号（直通）：078-332-5617/FAX078-332-5650 ・兵庫県介護保険審査会 兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目10番1号（兵庫県庁介護保険課計画調整班） 電話番号（直通）：079-341-7711

- ・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。

9 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄：)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの連絡基準		

【事業者】

住 所： 兵庫県明石市和坂12-16 カトレアビル

社 名： やす整形外科クリニック

代表者： 院長 大西 康央

印

【事業所】

住 所： 兵庫県明石市和坂12-16 カトレアビル

事業所名： やす整形外科クリニック訪問リハビリテーション

(指定番号

)

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

_____年 _____月 _____日

【ご利用者】 住 所_____

氏 名_____印

【代理人】 住 所_____

氏 名_____印(続柄 _____)

署名代行理由：_____