

医療法人社団 一秀会 春日病院
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（神戸市指定:2815003559）

あなた（又はその家族）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します。わからないことがあれば、遠慮なく質問してください。

この「重要事項説明書」は、指定訪問リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意ください。ご了承ください。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

目次

1. 事業者概要	1
2. 事業所概要	1
3. 事業の目的及び運営の方針	2
4. 事業所の従業員体制	2
5. 提供するサービス内容とその利用料について	3
6. その他費用について	5
7. 利用料、利用者負担額(介護保険を適応する場合)その他の費用の 請求及び支払方法について	5
8. 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	6
9. サービス提供にあたって	6
10. 秘密の保持と個人情報の保護について	6
11. 緊急時の対応方法について	7
12. 事後発生時の対応方法について	8
13. 虐待の防止について	8
14. 身分証携行義務	9
15. 居宅介護支援事業者等との連携	9
16. 衛生管理等	9
17. サービス提供の記録	9
18. サービス提供に関する相談、苦情について	10
19. 留意事項	10
20. 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	11

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人社団一秀会
所在地	〒651-1144 神戸市北区大脇台3番1号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 春日秀樹
設立年月日	2016(平成28)年5月1日
電話番号	078-592-7500
FAX番号	078-593-5217
ホームページ	http://www.kasuga.gr.jp

2. 事業所概要

事業所名称	春日病院 訪問リハビリテーション
指定事業所番号	2815003559
所在地	〒651-1144 神戸市北区大脇台3番1号
電話番号	078-592-7500
FAX番号	078-593-5217
開設年月日	平成28年5月1日
営業日	月曜日～金曜日 ※但し祝祭日、病院の定める休日を除く
営業時間	9:00～12:00 又は 14:00～17:00
管理者の氏名	田中邦昇 (春日病院 リハビリテーション室 室長)
兼務する業務・事業所	春日病院
通常の事業の実施地域	神戸市北区(淡河、大沢、道場、八多、長尾各町、赤松台、上津台、鹿の子台は除く)

(※上記地域内では、交通費はサービス利用料金に含まれます。)

3. 事業の目的及び運営の方針

<p>事業の目的</p>	<p>医療法人社団一秀会 春日病院が設置する訪問リハビリテーション(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(以下、「事業」という。)は、要介護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、生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、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、利用者の心身機能の維持回復、生活機能の維持又は向上を図ることを目的とする。</p>
<p>運営の方針</p>	<p>利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するようその目標を設定し、計画的に行い、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る。また、事業の実施にあたっては、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、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連携に努める。</p>

4. 事業所の従業員体制

職 種	職員数	職務内容
管 理 者	1 名	所属職員を指導監督し、適切な事業の運営が行われるように統括する。
医 師	1 名	<ol style="list-style-type: none"> 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、作業療法士が協同により、指定訪問リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成にあたっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。
理学療法士	1 名	<ol style="list-style-type: none"> 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。
作業療法士	1 名	<ol style="list-style-type: none"> それぞれの利用者について、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。

5. 提供するサービスの内容とその料金について

イ. サービスの内容について

当事業所では、ご契約者様に対して以下のサービスを提供します。

<指定訪問リハビリテーション>

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、適切なりハビリテーションを提供する。

ロ. 提供するサービスの利用料及び利用者負担額

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該訪問リハビリテーションが法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

【介護保険適応の場合の基本料金】 ※1単位 10.66円 で算定

区分等	基本単位	利用料	利用者負担額	
			1割負担	2割負担
理学療法士、作業療法士等による訪問リハビリテーション 1回20分以上のサービス、週に6回が限度	290単位	3,091円	309円	618円

【医療保険適応の場合の基本料金】 ※1点 10円 で算定

区分等	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
理学療法士、作業療法士等による訪問リハビリテーション 1回20分以上のサービス、週6単位又は退院の日から起算して3月以内の場合は週12単位に限る	300点	3,000円	300円	600円	900円

当事業所の医師が診察を行っていない利用者に対して、訪問リハビリテーションを実施した場合は、1回につき20単位を減算します。

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(1日4単位上限)。

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等の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

【加算料金】(介護保険のみ) ※1単位 10.66円 で算定

	加算	基本単位	利用料	利用者負担額		算定回数等
				1割負担	2割負担	
要介護度による区分なし	短期集中リハビリテーション実施加算	200	2,132円	213円	426円	1日につき
	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	230	2,452円	245円	490円	1月につき
	社会参加支援加算	17	181円	18円	36円	1日につき
	サービス提供体制強化加算	6	64円	6円	12円	1月につき

短期集中リハビリテーション実施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)日又は要介護認定を受けた日から起算して3か月以内の期間に1週間につき概ね2日以上、1日当たり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Ⅰは、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同で計画の作成からサービス提供とその評価を行うことなどにより、継続的に訪問リハビリテーションの質を管理したことを評価し、算定します。

利用者ごとの訪問リハビリテーション計画に従ってサービス提供を行い、当該計画の進捗状況を定期的に評価や見直しを行います。指定居宅介護支援事業者を通して、指定居宅サービスの従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。当事業所の医師が、理学療法士等に訪問リハビリテーションの実施に当たっての指示を行い、その内容が分かるように記録を残します。

「社会参加支援加算」は、訪問リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者の社会参加等を支援し通所等に移行させた者が一定の割合を占めた場合、算定します。

(現時点で当該加算は未届のため算定しません)

「サービス提供体制強化加算」は、当事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

(2020年8月より基準に適合しているものとして届出・受理されました)

八. 法定代理受領を行わなかった場合(全額自己負担)

6. その他費用について

交 通 費	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。	
	片道 2 km未満	無料
	片道 2 km以上 5 km未満	200 円
	片道 5 km以上	300 円
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
	当日ご連絡の場合	50%
	ご連絡のない場合	100%

駐車場が確保できない場合、近隣駐車場の使用料金の請求いたします。

利用者の病状の急変や急な入院の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

7. 利用料、利用者負担額(介護保険を適応する場合)その他の費用の請求及び支払方法について

請 求 方 法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用料利用者負担額(介護保険を適応する場合)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。 2. 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用付きの翌月中旬ごろまでに利用者あてにお届け(郵送)します。
支 払 方 法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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、毎月 28 日(休日の場合は翌営業日)までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。 <ol style="list-style-type: none"> ①現金支払い ②指定口座への振り込み 2. お支払いの確認をしたら、支払方法の如何によらず、領収書をお渡しします。医療費控除の還付請求等で必要になりますので、保管願います。 領収書の再発行は致しかねますのであらかじめご了承ください。

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。

8. 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 希望される場合の相談先	相談担当者氏名	田中邦昇
	電話番号	078-592-7500
	F A X 番号	078-593-5217
	受付日時	月曜日～金曜日 ※但し祝祭日、病院の定める休日を除く 9:00～12:00 又は 14:00～17:00

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ので、予めご了承ください。

9. サービス提供にあたって

- イ. 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所にお知らせください。
- ロ. 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。
- ハ. 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。
- ニ. 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、すべて当事業所が行いますが、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います。

10. 秘密の保持と個人情報の保護について

<利用者及びその家族に関する秘密の保持について>

1. 事業者は、利用者又はその家族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ダンス」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又は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. 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、その秘密を保持するべき旨を従業者との雇用契約の内容とします。

<個人情報保護について>

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ん。
2. 事業者は、利用者又は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、電磁的記録も含む。)については、善良な管理者の注意を持って管理し、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。

家族等緊急連絡先	氏 名	(続柄:)
	住 所	
	電 話 番 号	
	携 帯 番 号	
	勤 務 先	
主 治 医	医 療 機 関	
	氏 名	
	電 話 番 号	

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。ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

なお、当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

市町村(保険者)の窓口	所在地	神戸市中央区加納町6丁目5番1号
	電話番号	(078)322-6326
	受付時間	8時45分～12時、13時～17時30分(平日)
居宅支援事業所の窓口	事業所	
	所在地	
	電話番号	
	担当介護支援専門員	

損害賠償保険の加入状況

保険会社名	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
保険名	医師賠償責任保険
補償の概要	開設者の業務の補助者たる医師(管理者、勤務医師等)や看護師、薬剤師、診療放射線技師その他使用人が起こした医療事故によって開設者が負担する法律上の賠償責任の補償

13. 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・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。

イ. 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者	安保雅央(事務部長)、奈良啓正(事務次長)
-------------	-----------------------

- ロ. 成年後見制度の利用を支援します。
- ハ. 苦情解決体制を整備しています。
- ニ. 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。
- ホ. サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

14. 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又は利用者の家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

15. 居宅介護支援事業者等との連携

- イ. 指定訪問リハビリテーションの提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保険医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ロ. サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「訪問リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ハ. サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

16. 衛生管理等

- イ. 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。
- ロ. 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。

17. サービス提供の記録

- イ. 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。またその記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- ロ. 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。

18. サービス提供に関する相談、苦情について

イ. 苦情処理の体制及び手順

- (1) 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。(下記に表わす【事業者の窓口】のとおり)
- (2) 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通りとします。

ロ. 苦情申立の窓口

事業者の窓口	所在地	神戸市北区大脇台 3 番 1 号
	電話番号	078-592-7500
	FAX 番号	078-593-5217
	受付時間	9 時～17 時 30 分(平日)

神戸市保健福祉局 高齢者福祉部介護指導課	所在地	神戸市中央区加納町 6 丁目 5 番 1 号
	電話番号	078-322-6326
	受付時間	8 時 45 分～12 時、13 時～17 時 30 分(平日)
兵庫県国民健康保険 団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	所在地	神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1801 号
	電話番号	078-332-5617
	受付時間	8 時 45 分～17 時 15 分(平日)
神戸市生活情報センター	電話番号	078-371-1221
	受付時間	8 時 45 分～17 時 30 分(平日)

当事業所で解決できない苦情について

兵庫県福祉サービス 運営適正化委員会	電話番号	078-242-6868
	受付時間	10 時～16 時(平日)

19. 留意事項

指定訪問リハビリテーション事業者は、サービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- イ. 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
- ロ. 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ハ. 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食

- ニ. 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三社の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合は除く)
- ホ. その他利用者又はその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

20. 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。

- イ. 提供予定の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 の適応	利用料	利用者 負担額
月	: ~ :		訪問リハビリ			
火	: ~ :					
水	: ~ :					
木	: ~ :					
金	: ~ :					
土	: ~ :					
日	: ~ :					
1 週当たりの利用料、利用者負担額(見積もり)合計額						

- ロ. その他の費用

交通費の有無	なし あり(円/月)
駐車場代の有無	なし あり(円/月)
キャンセル料	重要事項6のキャンセル料の記載のとおりです。

- ハ. 1ヶ月あたりの支払額(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	円/月
----------	-----

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、説明日から1ヶ月以内とします。

上記内容について、指定訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、神戸市訪問リハビリテーションの指定に関する要綱の規定に基づき、本書面にて利用者に重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	〒651-1144 兵庫県神戸市北区大脇台 3 番 1 号
	法人名	医療法人社団一秀会
	代表者名	理事長 春日秀樹
	事業所名	春日病院
	説明者氏名	リハビリテーション科

⑩

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	⑩
身元引受人	住所	
	氏名	⑩
	続柄	
署名代行者	住所	
	所属	
	氏名	⑩
	続柄	

署名を代行する理由： 手が不自由 認知症 その他（ ）

上記の理由により署名を代行することを依頼しました。

利用者氏名： _____ ⑩

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