

指定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。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 115 号）」第 10 条の規定に基づき、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、ご注意いただきたいことを説明するものです。

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	社会福祉法人 四天王寺福祉事業団
代表者氏名	理事長 南谷 恵敬
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府大阪市天王寺区四天王寺 1 丁目 11 番 18 号 TEL 06-6771-7971 FAX 06-6771-8961
法人設立年月日	昭和 8 年 5 月 30 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	四天王寺悲田院診療所 訪問リハビリテーション
介護保険指定 事業者番号	大阪府指定 2713802268 号
事業所所在地	羽曳野市学園前 6 丁目 1 番 1 号
連絡先 相談担当者名	TEL 072-957-7514 FAX 072-957-2111 作業療法士 松藤真里
事業所の通常の 事業の実施地域	羽曳野市・藤井寺市

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	様々な理由により通所サービスを利用できない場合や、生活の場でのリハビリテーションサービスが適している場合に、ニーズに応じて、利用者の能力・環境の両面からのアプローチにより、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 が自立支援、生活の質の向上をお手伝いします。
運営の方針	当診療所医師の診察を受けて頂き、訪問リハビリテーション指示、並びに訪問リハビリテーション実施計画に基づき、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 が利用者の心身の機能の維持回復を図ります。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（日曜、祝日 及び 12 月 29 日から 1 月 3 日は休み）
営業時間	8：45～17：00

(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～土曜日
サービス提供時間	9:00～16:30

(5) 事業所の職員体制

管理者	(医師) 倉田 義之
-----	------------

職 務 内 容	人 員 数
1 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。 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。事業所医師の指示に基づき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。 3 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。 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、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。	常勤 8 名 作業療法士 5 名 理学療法士 2 名 言語聴覚士 1 名 非常勤 3 名 作業療法士 2 名 理学療法士 1 名

3 提供するサービス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	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、生活機能の維持、向上をめざします。

(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

(2) 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	
訪問リハビリテーション 1		基本報酬（1回 20分 1週間に6回が限度）	1回 3,080円	1回（20分） 1割負担 308円
加 算		利用料	利用者負担額	算定回数等
訪問リハ短期集中 リハ加算	退院（所）日又は新たに 要介護認定の効力発生 日から3か月以内	2,000円	1割負担 200円	1日当たり
リハビリテーションマネジメント 加算（イ）		1,800円	1割負担 180円	1月につき
リハビリテーションマネジメント 加算（ロ）		2,130円	1割負担 213円	
医師が利用者又は家族に説明した場合		2,700円	1割負担 270円	
訪問リハサービス提供体制強化加算 I		60円	1割負担 6円	1回当たり
訪問リハ移行支援加算		170円	1割負担 17円	1日当たり
訪問リハ口腔連携強化加算		500円	1割負担 50円	1月につき
訪問リハ退院時共同指導加算（退院時のみ）		6,000円	1割負担 600円	1月につき
訪問リハ認知症短期集中リハ加算		2,400円	1割負担 240円	1日当たり
訪問リハ同一建物減算 1		所定単位数 の10%減	所定負担の 10%減	1月につき
訪問リハ同一建物減算 2		所定単位数 の15%減	所定負担の 15%減	1月につき

- ※ （利用料について、事業者が法廷代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額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。
- ※ 短期集中リハビリテーション実施加算とは、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、最大週12回まで行うことができます。
- ※ リハビリテーションマネジメント加算（イ）とは、事業所医師又は理学療法士等が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理します。医師は、理学療法士等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つ以上の指示を行ないます。医師又は理学療法士等は、指示の内容が上記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計画について、計画の作成に関与した理学療法士等が、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に報告します。3か月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等が、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、自立のために必要な支援方法、日常生活上の留意点に関する情報提供を行います。事業所の理学療法士等が、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の留意点に関する助言を行ない、記録を残します。
- ※ リハビリテーションマネジメント加算（ロ）とは、リハビリテーションマネジメント加算（イ）の算定要件を満たし、利用者ごとのリハビリテーション計画書の内容等を「LIFE」を用いて提出し、フィードバック情報等を活用します。
- ※ サービス提供体制強化加算 I 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都道府県知事に届け出た訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し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。

- ※ 移行支援加算とは、利用者の指定通所介護事業所への移行等を支援した場合に、移行支援加算として評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内に限り、1 日につき所定単位数を加算します。
- ※ 口腔連携強化加算とは、当事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に当該評価の結果を状況提供した場合に、1 月に 1 回限り所定単位数を加算します。
- ※ 退院時共同指導加算とは、当事業所の医師又は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき 1 回限り所定単位数を加算します。
- ※ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算とは、認知症の診断を受け、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、その退院・退所日又は訪問開始日から 3 月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行ないます。
- ※ 同一建物減算とは、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（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）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。当事業所における一月当たりの利用者が 50 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 85/100 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。

4 その他の費用について

① 交通費	指定訪問リハビリテーションに要した交通費（コインパーキング代金）を請求することがあります。
② キャンセル料	当日 9 時までのご連絡の場合キャンセル料は不要です。
	利用者都合でご連絡ないまま 訪問してしまった場合 1 提供当りの料金の 10%を請求いたします。 ※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。
③ その他	指定訪問リハビリテーションサービス提供に当たり、必要となる居宅での電気・ガス・水道の費用はご利用者の負担となります。

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	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。 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 日頃に利用者あてにお届け（郵送）します。
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	ご利用者指定口座からの自動振替（請求月の 26 日頃）による方法でお願いいたします。他の方法でのご支払を希望される場合は、ご相談させていただきます。領収書は翌月にお届け（郵送）いたしますので、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。）

- ※ 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 か月以上遅延し、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、右の相談担当者までご相談ください。	ア 相談担当者氏名	松藤真里
	イ 連絡先電話番号	072-957-7514
	連絡先 FAX 番号	072-957-2111
	ウ 受付日及び受付時間	月～土 8:45～17:00

※ 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、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）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、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、かかりつけ医師に報告します。
- (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權の擁護・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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	在宅施設長 大田 忠志
-------------	-------------

- (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。

9 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	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	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。）
---------------	---

10 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。

【事業者の窓口】 四天王寺悲田院診療所 訪問リハビリ 担当者 松藤真里	所在地 羽曳野市学園前 6 丁目 1 番 1 号 電話番号 072-957-7514 FAX 番号 072-957-2111 受付時間 8：45～17：00
【市町村（保険者）の窓口】 羽曳野市役所高年介護課	所在地 羽曳野市誉田 4 丁目 1 番 1 号 電話番号 072-958-1111 FAX 番号 072-950-2536 受付時間 9：00～17：00
【市町村（保険者）の窓口】 藤井寺市役所健康福祉部	所在地 藤井寺市岡 1 丁目 1 番 1 号 電話番号 072-939-1111 FAX 番号 072-952-9503 受付時間 9：00～17：00
【家族等 緊急連絡先】	氏名・続柄
	電話番号
【担当居宅介護支援事業者 連絡先】	居宅介護支援事業者 ケアネージャー名 電話番号

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	損害保険ジャパン株式会社
保険名	医師賠償責任保険

11 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。

12 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。

13 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。

14 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。

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 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者負担額

訪問頻度	サービス区分	加 算・減 算	利用者負担額 (割)
	訪問リハビリ1(分) 利用者負担額(割) ¥	☐ 訪問リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) ☐ 訪問リハビリサービス提供体制強化加算Ⅰ ☐ 訪問リハビリ短期集中リハビリテーション加算 ☐ 訪問リハビリ移行支援加算 ☐ 訪問リハビリ口腔連携強化加算 ☐ 訪問リハビリ退院時共同指導加算 ☐ 訪問リハビリ認知症短期集中リハビリ実施加算 ☐ 訪問リハビリ同一建物減算Ⅰ	

(2) その他の費用

①交通費	有 () ・ 無
②キャンセル料	重要事項説明書 4-②に記載の通りです

(3) 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額とその他の費用の合計）の目安

1月当りの利用料、 利用者負担額（見積もり）	
---------------------------	--

※ 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ヵ月以内とします。

17 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苦情及び相談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 苦情及び相談に円滑かつ適切に対応するための手順は以下のとおりとします。

- i 苦情や相談があった場合、苦情相談担当者（対応者）はしっかりと話を聞き
場合によってはご自宅へ伺うなど、状況の把握や事実確認に努めます。
- ii 対応者は速やかに管理者に状況等の報告を行い、利用者または家族の立場に立った適切な対処方法を検討します。

- iii 検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ず利用者または家族へ報告します。
- iv 苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で再発防止や今後のサービス向上のための取り組みを従業者全員で検討します。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 四天王寺悲田院診療所 担当者 松藤真里	所在地 羽曳野市学園前 6 丁目 1 番 1 号 電話番号 072-957-7514 FAX 番号 072-957-2111 受付時間 8:45~17:00
【市町村（保険者）の窓口】 羽曳野市役所高年介護課	所在地 羽曳野市誉田 4 丁目 1 番 1 号 電話番号 072-958-1111 FAX 番号 072-950-2536 受付時間 9:00~17:00
【市町村（保険者）の窓口】 藤井寺市役所健康福祉部	所在地 藤井寺市岡 1 丁目 1 番 1 号 電話番号 072-939-1111 FAX 番号 072-952-9503 受付時間 9:00~17:00
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室介護保険課	所在地 大阪市常磐町 1 丁目 3 番 8 号 電話番号 06-6949-5418 FAX 番号 06-6949-5417 受付時間 9:00~17:00
【大阪府の窓口】 大阪府社会福祉協議会 運営適正委員会	所在地 大阪市中央区谷町 7 丁目 4 番 15 号 電話番号 06-6191-3130 FAX 番号 06-6191-5660 受付時間 10:00~16:00（土・日・祝 除く）

18 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、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 115 号）」第 10 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府大阪市天王寺区 1 丁目 11 番 18 号
	法人名	社会福祉法人 四天王寺福祉事業団
	代表者名	四天王寺悲田院 在宅 施設長 大田 忠志 印
	事業所名	四天王寺悲田院診療所 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

代筆の場合 代筆者氏名（続柄）

代理人 （成年後見人等）	住所	
	氏名	印