

利用者：_____様

訪問リハビリテーションサービス 介護予防訪問リハビリテーションサービス

重要事項説明書

◆◇目次◇◆

1. 経営法人	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業の目的と運営方針	1
4. 営業日及び営業時間、実施範囲	1
5. 職員体制	2
6. サービスの提供	2
7. 家族等の代理人	2
8. サービス利用料金	2
9. お支払方法	5
10. 緊急時・事故発生時の対応	5
11. 要望・苦情対応	6
12. サービス提供に当たっての留意事項	6

1. 経営法人

- | | |
|---------------|------------------------|
| (1) 法 人 名 | 社会福祉法人 栄和会 |
| (2) 法 人 所 在 地 | 札幌市厚別区厚別町山本 750 番地 6 号 |
| (3) 電 話 番 号 | 011-896-5010 |
| (4) 代 表 者 | 理事長 藤井 和子 |
| (5) 設 立 年 月 日 | 平成 5 年 8 月 5 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---------------|---|
| (1) 名 称 | 介護老人保健施設あつべつ訪問リハビリテーション |
| (2) 介護保険指定番号 | 介護老人保健施設 第 0150380087 号 |
| (3) 施 設 所 在 地 | 札幌市厚別区厚別町山本 750 番地 6 号 |
| (4) 電 話 番 号 | 011-896-5020 |
| (5) ファックス番号 | 011-896-5055 |
| (6) 管 理 者 | 楠岡 修身 (医師) |
| (7) 事業開始年月日 | 平成 18 年 5 月 25 日 |
| (8) 併 設 事 業 | 入所療養介護サービス
(介護予防) 短期入所療養介護サービス
(介護予防) 通所リハビリテーションサービス |

3. 事業の目的と運営方針

(1) 目的

訪問リハビリテーションサービス (介護予防訪問リハビリテーションサービス) (以下、「訪問リハビリテーションサービス等」という。) については、要介護状態又は要支援状態と認定された利用者 (以下、「利用者」という。) に対し、介護保険法令の趣旨に従って、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 (以下、「訪問リハビリテーション計画等」という。) を立案・実施し、利用者の心身機能の維持・回復を図ることを目的とします。

(2) 運営方針

- ・ 訪問リハビリテーションサービス等の従業者 (以下、「従業者」という。) は、利用者が居宅において、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・作業療法等の必要なリハビリテーションを行うことにより、心身機能の維持回復を図ります。
- ・ サービスの実施にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導・説明を行い、利用者の同意を得て実施するよう努めます。また、居宅介護支援事業者 (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ます。
- ・ 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当事業所が得た利用者の個人情報については、当事業所でのサービスの提供にかかる以外の利用は原則行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又は本重要事項説明書に定める家族等の了解を得ることとします。

4. 営業日及び営業時間、実施範囲

営 業 日	火曜日から金曜日 * 祝日、年末年始 (12 月 29 日から 1 月 3 日) は休業
営業時間	8 時 45 分から 17 時 15 分
実施範囲	札幌市厚別区・清田区・白石区、江別市

5. 職員体制

職 種	配置基準	職務内容
管理者（医師）	1 人	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）に携わる従事者の総括管理、指導を行います。
理学療法士（兼任）	1 人	医師の指示および訪問リハビリテーション計画等に基づき、利用者の心身の機能回復を図るために必要なリハビリテーションや指導を行う。
作業療法士（兼任）	1 人	

6. サービスの提供

- 訪問リハビリテーションサービス等は、計画的な医学的管理を行っている医師（以下、「主治医」という。）の指示に基づき、訪問リハビリテーション計画等を作成しサービスを提供します。
- 訪問リハビリテーションサービス等は、利用者の居宅を訪問し、機能訓練や食事・更衣・排泄等の日常生活動作訓練等を行います。また、住宅改修や福祉用具、介護方法等の助言・指導を行います。
- 主治医に対して利用開始時、それ以降は 3 ヶ月毎に訪問リハビリテーションサービス等に関する指示書として診療情報提供書の作成を依頼します。なお、診療情報提供書作成に関する費用は利用者負担となります。
- 当事業所は主治医に対して、利用者の状況変化等について 3 ヶ月毎に情報提供を行います。

7. 家族等の代理人

- 利用者は原則として家族等の代理人（以下、「代理人」という。）を定め、サービス利用契約を締結させるものとします。ただし、代理人を立てることが困難とする相当の理由がある場合は、この限りではありません。
- 代理人はサービス利用契約・重要事項・利用料金等の利用者に関する一切の件に関し、連帯保証の責を負うこととします。
- 代理人に変更があった場合は、利用者もしくは代理人が、速やかに事業所へ連絡するとともに、代理人変更手続きを行うこととします。代理人変更手続きとは本重要事項説明書及び契約書の取り直しを行うこととします。

8. サービス利用料金

利用料金は単位に地域加算 10.17 円をかけた額で、介護保険負担割合証に記載された割合（1 割又は 2 割又は 3 割）が自己負担額となります。

* 料金欄の上段が 1 割負担の方、中段が 2 割負担の方、下段が 3 割負担の方の料金です。

* 介護保険料の滞納により、負担割合が 3 割となる場合があります。

(1) 訪問リハビリテーション

科目	単位数	料金	備考
訪問リハビリテーション費 (1 単位あたり)	308	314 627 940	1 単位 : 20 分

・個別加算（1日当たり・1月当たり・1回当たり）

加 算 名	単位	円	備 考
短期集中リハビリ実施加算 (1日あたり)	200	204 407 611	退院・退所日又は認定日から3月以内 *週2回1日40分以上の場合 *リハビリテーションマネジメント 加算を算定している場合
認知症短期集中リハビリ実 施加算	240	244 488 732	認知症であると医師が判断した者で あって、リハビリによって生活機能の 改善が見込まれると判断された者に 対して、医師または医師の指示を受け た理学療法士、作業療法士もしくは言 語聴覚士が、その退院（所）日または 訪問開始日から3月以内にリハビリ を集中的に行った場合
口腔連携強化加算	50	51 102 153	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、歯科医療機関およびケ アマネジャーに対し、当該評価の結果 を情報提供した場合
退院時共同指導加算	600	611 1,221 1,831	病院または診療所に入院中の者が退 院するに当たり、訪問リハビリテーシ ョン事業所の医師または理学療法士、 作業療法士もしくは言語聴覚士が、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
移行支援加算 (1日あたり)	17	18 35 52	リハビリテーションの提供終了日か ら起算して14～44日以内に、リハ ビリテーション終了者に対して、電話 等により通所介護等の実施状況を確認 し、記録する。また、通所介護等の 事業所へ移行するに当たり、当該利用 者のリハビリテーション計画書を移 行先の事業所へ提供した場合
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	6	7 13 19	勤続7年以上のリハビリ職員が1人以 上配置
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	3	3 6 9	勤続3年以上のリハビリ職員が1人以 上配置

リハビリテーション マネジメント加算	イ	180	183 366 549	<ul style="list-style-type: none"> ・医師がリハビリの実施にあたり、詳細な指示をおこなうこと ・3月に1回以上リハビリテーション会議を開催、必要に応じて計画を見直し、介護支援専門員に情報提供を行っている場合等 ・計画書をPT, OT 又は ST が説明し同意を得るとともに医師に報告した場合
	ロ	213	217 434 650	リハビリテーションマネジメント加算 (A) イの要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し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た場合
※医師が利用者またはその家族に説明した場合、上記に加算		270	275 549 824	リハビリテーション計画について、事業所の医師が、利用者またはその家族に説明し、同意を得た場合

・個別減算（1日当たり・1月当たり・1回当たり）

法令で定められている要件を満たさなかった場合に適用されます。

減算名	単位	円	備考
訪問リハ計画診療未実施減算	-50	- 51 -102 -153	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合（1回につき）
業務継続計画未実施減算	所定単位数×1/100		感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数×1/100		虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合

(2) 介護予防訪問リハビリテーション

科目	単位数	料金	備考
介護予防訪問リハビリテーション費 (1単位あたり)	298	303 606 909	1単位：20分

・個別加算（1日当たり・1月当たり・1回当たり）

短期集中リハビリ実施加算	200	204 407 611	退院・退所日又は認定日から3月以内 ＊週2回1日40分以上の場合
口腔連携強化加算	50	51 102 153	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、歯科医療機関およびケアマネジャーに対し、当該評価の結果を情報提供した場合

退院時共同指導加算	600	611 1,221 1,831	病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師または理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が、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
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6	7 13 19	勤続7年以上のリハビリ職員が1人以上配置
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3	3 6 9	勤続3年以上のリハビリ職員が1人以上配置

・個別減算（1日当たり・1月当たり・1回当たり）

法令で定められている要件を満たさなかった場合に適用されます。

予防訪問リハ計画診療未実施減算	-50	-51 -102 -153	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合（1回につき）
予防訪問リハ12月超減算	-30	-31 -62 -92	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合（1回につき）
業務継続計画未実施減算	所定単位数×1/100		感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数×1/100		虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合

9. お支払方法

毎月15日までに前月分の請求書を発行しますので、その月末日までに以下の方法でお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

(1) 現金支払い

(2) 銀行振込

【振込先】北洋銀行 すすきの支店 普通 0752394

【口座名】社会福祉法人栄和会 老人保健施設あつべつ 理事長 藤井和子
(シャカイフクシホシエンエイカイ ロウジンホケンシヤツツベツ リジチョウ フジイロコ)

(3) 金融機関口座自動引き落とし

10. 緊急時・事故発生時の対応

(1) 緊急時の対応

- ・利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当事業所は、代理人又は代理人が指定する者及び利用者の主治医に対し緊急に連絡します。

(2) 事故発生時の対応

- ・サービス提供等により事故が発生した場合、当事業所は利用者に対し必要な措置を講じます。
- ・事故発生時は代理人又は代理人が指定する者等及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

11. 要望・苦情対応

(1) 事業所での対応

- ・利用者及び代理人等は、当事業所の提供する訪問リハビリテーションサービス等に対しての要望又は苦情等について、下記の担当者に申し出ることができます。
- ・要望又は苦情の対応手順については以下の通りとなります。
 - ① 電話・面接・書面等にて、担当者が内容をお聞きします。
 - ② 担当者は書面で苦情解決責任者に報告し、事実関係の確認と協議の準備を行います。
 - ③ 事実関係の確認後、苦情解決責任者は申し出をされた方と誠意を持って話し合いを行い解決に努めます。
- ・要望又は苦情の対応職員は、以下の通りとなります。

苦情解決責任者	楠岡 修身	(管理者・医師)
苦情受け担当者	田村 誠也	(支援相談係長)
第三者委員	林 恭裕	(社会福祉法人栄和会 監事)

(住所) 北広島市西の里東4丁目3-14 (電話) 090-3890-1365

奥田 龍人(NPO 法人シーズネット 理事長)

(住所) 札幌市手稲区前田2条11丁目10-1 (電話) 090-7053-5234

(2) 当事業所以外での対応

苦情申し出は以下の公的機関でも行えます。

- ・札幌市厚別区役所保健福祉課
(住所) 札幌市厚別区厚別中央1条5丁目
(電話) 011-895-2400
- ・北海道福祉サービス運営適正化委員会
(住所) 札幌市中央区北2条西7丁目かでの2・7
(電話) 011-204-6310
- ・国民健康保険団体連合会
(住所) 札幌市中央区南2条西14丁目
(電話) 011-231-5161
- ・その他各市区町村役所介護保険関係部署

12. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者の都合でサービスを中止する場合、当事業所ではキャンセル料は徴収しません。ただし、利用を中止する場合は、利用者又は代理人等から当事業所へ利用予定日前日あるいは利用開始時刻の1時間前までに中止の旨の連絡をお願いします。
- (2) 利用中の体調不良等により、通常のリハビリテーションが提供できないと判断した場合は、サービス内容の変更又は中断することがあります。利用中断となった場合、サービスの提供状況に関わらず当該日の予定利用料の全額を算定します。
- (3) 地域特性による降雪や基幹道路の交通規制、従業者の体調不良等で訪問が困難となった場合は、利用中止のお願いをすることがあります。
- (4) 従業者に対して、利用者や代理人の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。
- (5) 禁止行為
 - ・利用者及び代理人は、利用中、次の各号に該当する行為してはいけません。
 - ① 金銭及び食物等のやりとり
 - ② 従業者に対する贈物や飲食のもてなし
 - ③ 従業者に対する暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
 - ④ パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為

- ⑤ 無断で職員の写真や動画を撮影すること、また、無断で録音等を行うこと
- ⑥ SNS 等へ無断で写真や動画、音声などを投稿すること
- ⑦ その他上記①～⑥に準ずる行為
- ・ ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合はサービス中止や契約を解除する場合があります。
- パワーハラスメント例
 - ・ 物を投げつける、叩く、蹴る、手を払いのける、唾を吐く、服を引きちぎる 等
 - ・ 怒鳴る、奇声、大声、恫喝、威圧的な態度、理不尽な要求 等
- セクシャルハラスメント例
 - ・ 身体への不要な接触、わいせつな画像を見せる、性的な話をする、手を握る 等

付 則

この重要事項説明書は、平成27年 4月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、平成27年 8月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、平成28年 4月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、平成28年 6月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、平成30年 4月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、平成30年 8月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、平成30年12月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 元年 5月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 元年10月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 2年 4月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 3年 4月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 3年10月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 4年 4月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 6年 6月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 7年 4月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 7年 9月 1日より施行する。

<記入欄>

【請求書・領収書の送付先】

氏名 し め い _____ (続柄)

住 所 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

【緊急連絡先】

氏名 し め い _____ (続柄)

住 所 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

【利用者の主治医】

医療機関名 _____

電 話 番 号 _____

本重要事項説明書を2通作成し、利用者・事業者が記名捺印の上、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

介護老人保健施設あつべつ訪問リハビリテーションサービス等の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人栄和会 介護老人保健施設あつべつ

説明者職名 支援相談員 氏 名 _____ 印

利用者 _____ は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設あつべつ訪問リハビリテーションサービス等の提供開始に同意しました。

【利用者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 大正・昭和 年 月 日

【家族等の代理人】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

*心身状況により、利用者本人による記入が困難なため、重要事項については家族等の代理人が同意し記入する。 印

(事業者控え)