

重要事項説明書

あなた（又はその家族様）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、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. 事業の目的

医療法人弘仁会南和病院が設置する訪問リハビリテーションセンター（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、その利用者様が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持または向上を目指し、利用者様の居宅において、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、その他の必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復、生活機能の維持または向上を図ることを目的とします。

2. 運営方針

利用者様の要介護状態の軽減若しくは悪化防止または要介護状態となることの予防に質するようその目標を設定し、計画的に行い、利用者様の意思および人格を尊重し、常に利用者様の立場に立ったサービス提供に努めます。また、事業の実施にあたっては、利用者様の所在する市町村、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、居宅サービス事業所、保険医療サービスおよび福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

3. 事業所の概要

事業所名	医療法人弘仁会 南和病院訪問リハビリテーションセンター
事業所番号	2911701643
所在地	〒638-0833 奈良県吉野郡大淀町大字福神1-181
電話番号	0747-54-5800
FAX 番号	0747-54-5700
ホームページ	http://www.koujin.jp
代表者	理事長 和田 信弘
事業所管理者	和田 信弘
サービスを提供する地域	大淀町 吉野町一部 下市町一部 御所市一部 (上記以外の地域の方でもご相談ください)

営業日	月曜日から金曜日 * 日曜日と年末年始（12月30日～1月3日）までは休日
営業時間	9：00～17：00

4. 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	1. 居宅介護事業業者との連携を図る。 2. 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が協同により、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い、訪問リハビリテーション計画を作成し、それを利用者に交付する。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1名 (現不在) (現不在)	1. 医師と協同で訪問リハビリテーション計画書を作成し、それを利用者様に交付する。 2. 訪問リハビリテーション計画書に基づき、指定訪問リハビリテーションのサービスを提供する。 3. 常に利用者様の病状、状況、希望及びそのおかれている環境の的確な把握に努め、利用者様に対し適切なサービスを提供する。 4. 利用者様の訪問リハビリテーション計画書に従ったサービスの実施状況及びその評価について、診療記録を作成し保管するとともに、医師に報告する。

5. サービスの内容（指定訪問リハビリテーション）

利用者様に対して医学的管理を行っている医師の指示に基づき、心身機能及び生活機能の維持回復を図るため、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、その計画書の内容を利用者様またはその家族様へ説明し、適切なリハビリテーションを提供します。

6. 利用料金

利用者様にお支払いいただく利用者負担金は介護保険の法定利用料に基づく金額です。また、食材費、衛生材料費および日常生活においても常に必要となる物で、利用者さまが負担することが適当と認められる費用については、利用者様の実費負担となります。

【介護保険料法定利用料 基本料金】

区分等	基本単位	利用者負担 1割負担	利用者負担 2割負担
訪問リハビリテーション ※1回 20分以上 週6回まで	308単位	308円	616円
介護予防訪問 リハビリテーション ※1回 20分以上 週6回まで ※12ヶ月超5単位減算	298単位	298円	596円

【加算料金】

加算	基本単位	利用料	利用者負担 1割負担	利用者負担 2割負担	算定 回数等
①サービス提供体制加算	6単位	6円	6円	12円	1回につき
②退院時共同指導加算	600単位	600円	600円	1200円	退院時1回
③認知症短期集中リハビリ テーション加算	240単位	240円	240円	480円	退院・開始から 3か月まで
④診療未実施減算	-50単位	-50円	-50円	-100円	1回につき
⑤中山間地域等に居住する 者へのサービス提供加算	所定単位数に10/100を乗ます				

- ① 事業所に勤続7年以上の療法士が1名以上勤務している場合に算定します。
- ② 利用者様が病院等を退院されるとき、入院先の施設における退院前カンファレンスに訪問事業所の療法士等が参加し、共同指導を行った場合に算定します。
- ③ 認知症であると医師が判断した方に対して、その退院日または訪問開始日から3か月間、集中的にリハビリテーションを行った場合算定します。
- ④ 当事業所の医師が訪問リハビリに係る診療を行わなかった場合は減算します。
- ⑤ 厚生労働大臣が定める地域に住する利用者様に対し、サービスを行った場合算定します。

7. その他費用について

①交通費

- ・通常サービス実施地域（大淀町・下市町・吉野町・御所市）にお住まいの方は無料です。それ以外の方は下記の交通費をご負担いただきます。
- ・また駐車場が確保できない場合、近隣駐車場の使用料金を請求いたします。

片道5km未満	100円/日
片道10km未満	200円/日
片道20km未満	300円/日
以下同様に5km加算につき	100円/日

②キャンセル料

- ・利用者様がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに当事業所までご連絡下さい。

TEL: 0747-54-5800 (医療法人弘仁会 南和病院 代表)

- ・利用者様のご都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。(ただし、ご契約者さまの容態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合は不要です)

サービス利用日の前日まで	無料
サービス利用の当日	利用者負担金の100%

- ・サービス担当のリハビリ技師が急な体調不良などによりサービスを行えない場合がありますが、その際には代行診療は行いません。その場合はできるだけ前日に連絡させていただきます。またその場合キャンセル料はいただきません。

8. 料金の支払い方法

①請求方法

- ・利用料利用者負担額及びその他の費用の額は、サービス提ごとに計算、利用月ごとの合計金額により請求いたします。
- ・上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月中旬ごろまでに、利用者宛にお届け（郵送）します。

②支払い方法

- ・お支払いは下記のいずれかの方法でお願いいたします。

※現金払い

※指定口座への振り込み：振込口座は以下となります。

南都銀行 吉野口支店（480）

普通預金口座：口座番号 0099529

口座名義： 医療法人 弘仁会 理事長 和田信弘

- ・お支払いを確認いたしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書を発行いたします。領収書の再発行は致しかねますので、ご了承ください。

9. サービス利用に当たっての留意事項

- ① サービスの提供に先立ち、介護保険被保険者証に記載された内容を確認させていただきます。内容に変更があれば速やかに当事業所にお知らせください。
- ② 利用者様が要介護認定を受けていない場合は、利用者様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。

- ③ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等は、医師の診察に基づき、利用者様又は家族様の同意を得たうえで、リハビリテーション計画書を作成します。作成した計画書は利用者様に交付し、その計画に従ったサービスを提供します。
- ④ 理学療法士及び言語聴覚士は金銭の貸借など、金銭の取り扱いはいたしかねますので、ご了承ください。また、理学療法士及び言語聴覚士に対する贈り物や飲食などのもてなしはご遠慮させていただきます。

10. 相談窓口、苦情対応

当事業所に対する苦情やご相談は以下のところで受け付けています。

【当事業所の受付】

苦情対応窓口担当者、解決責任者	廣池 裕美（理学療法士）
対応時間	9：00～17：00（平日）
電話番号	0747-54-5800
FAX 番号	0747-54-5700

※担当する職員の変更にしましては、利用者様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、ご希望に添えない場合がございます。

【行政機関その他苦情受け付け機関】

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口などに苦情を伝えることができます。

奈良県国民健康保険団体連合会	住所：奈良県橿原市大久保町 302-1 電話：0120-21-6899 0744-29-8311 FAX：0744-29-8322
大淀町役場	住所：奈良県吉野郡大淀町桧垣本 2090 電話：0747-52-5501 FAX：0747-52-4310

11. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合、その他必要な時は、速やかに利用者様の主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者様があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

【主治医】

医療機関	
電話番号	
主治医名	

【家族等緊急連絡先】

お名前（続柄）	
住所（勤務先名称）	
電話番号	

１２．事故発生時における対応

利用者様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には、市町村、利用者様のご家族様、利用者さまの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。

市町村（保険者）の窓口	所在地： 担当部署： 電話番号： 受付時間：
居宅支援事業所の窓口	事業所名： 電話番号： 担当介護支援専門員：

１２．虐待の防止について

当事業所は、利用者様の人権の擁護、虐待の防止等のために、以下に掲げるとおり、必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する指針を作成し、責任者、担当者を選定します。

虐待防止に関する責任者	和田信弘（理事長 及び虐待防止検討委員会委員長）
虐待防止に関する担当者	廣池裕美（リハビリテーション科長）

② 成年後見人制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備します。

④ 従業者に対する虐待防止を啓発。普及させるための研修を実施します。

⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現在養護している家族、親族、同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

１３．記録の整備について

当事業所はご契約者さまに対する、訪問リハビリテーションの提供に関する計画や具体的サービス内容、苦情等の事柄についての記録を整備し、各サービスの開始日から５年間保存します。

14. 守秘義務と個人情報の保護について

【守秘義務】

- ① 事業者、理学療法士及び言語聴覚士は訪問リハビリテーションサービスを提供する上で知り得たご契約者さま、ご家族さまに関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。なおこの守秘義務は事業者、従業員が退職した場合も継続します。
- ② 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。
- ③ 当事業者は事業者の従業員が退職後在職中に知り得たご契約者さま及びご契約者さまのご家族の秘密を漏洩することがないように必要な措置を講じます。

【個人情報保護】

- ① 業者はご契約者さまの個人情報を用いる場合は、ご契約者さま又はご契約者さまのご家族さまの同意を得て、サービス担当者会議などにおいて用いるものとします。
- ② 業所は利用者様から予め同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者様の個人情報を用いませぬ。また利用者様の家族さまにおいても同様とします。
- ③ 業所は利用者様又は家族様に関する個人情報が含まれる記録物（電磁的記録も含む）については、適切に管理し、処分の際も第三者への漏洩を防止します。
- ④ 業所が管理する情報については、利用者又は家族様の求めに応じて、その内容を開示します。開示の結果、情報の訂正、追加又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で訂正等を行うものとします。なお、開示に際して複写料などが必要な場合は、利用者様の負担となります。

15. 損害賠償

事業者の責任により利用者様に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。ただし、その損害の発生について、ご契約者さまに故意または過失が認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

16. その他

- ① 指定訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携帯し、初回訪問時及び掲示の指示を求められた場合、速やかに提示します。
- ② 指定訪問リハビリテーションの提供にあたり、居宅支援事業所及び保険医療サービスまたは福祉サービスの提供者と連携に努めます。
- ③ サービス提供職員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。
- ④ 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、衛生管理に努めます。
- ⑤ サービス提供者は利用者様の金銭、預貯金通帳、証書等のお預かりはいたしません。
- ⑥ 利用者様又は家族様からの金銭、物品、飲食の教授をいたしません。

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

〈事業者〉

奈良県吉野郡大淀町大字福神 1－181

医療法人 弘仁会 南和病院 理事長 和田信弘 印

〈説明者〉 _____ 印

上記内容の説明を事業者から受け、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。

〈ご利用者〉

住所	
氏名	印

〈署名代行者〉

住所	
氏名	印
代行理由	☐ 手が不自由 ☐ 認知機能低下 ☐ その他（ ）

〈説明日〉 年 月 日