

訪問リハビリテーション重要事項説明書

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	社会医療法人 慈生会
代表者氏名	伊藤 雅史
所在地	東京都足立区一ツ家4-3-4
電話番号	03-3850-8711

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	介護老人保健施設 イルアカーサ 訪問リハビリテーション
介護保険指定 事業者番号	1372110138
事業所所在地	東京都足立区六木4-9-10
相談連絡先	電話：03-5673-1020 携帯：070-5084-0695 担当：高梨 仁美、福田 匠（理学療法士）
実施サービス	① 訪問リハビリテーション ②介護予防訪問リハビリテーション
実施地域	足立区（六木・神明・神明南・北加平・加平・佐野・辰沼・谷中・東和・大谷田・東綾瀬・六町・南花畑）、八潮市（浮塚・大原・圀） ※実施区域外の方も必要に応じて要相談

※利用者のご都合や体調不良、その他のご連絡も上記までお問い合わせください。

(2) 事業所の職員体制

職種	職務内容	人員数
医師	利用者に対する医学的管理を行う	常勤1名
リハビリ専門職	医師の指示・訪問リハビリテーション計画（介護予防訪問リハビリテーション計画）に基づき居宅を訪問し、利用者に対しリハビリテーションを行う	理学療法士4名 （内、管理者1名）

管理者は、職員の管理及び事業の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとし、また、医学的観点から計画の作成に必要な情報提供及びリハビリ方法についての指導、助言や利用者・家族に対する療養上必要な事項の指導、助言を行う。

(3) 事業の目的及び運営の方針

（事業の目的）

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）にある者の自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法の必要なりハビリテーションを行うことを目的とする。

(事業の運営方針)

1 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、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法、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ることとする。

2 事業の実施にあたっては、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的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行う。

3 事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他、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、関係区市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めることとする。

(4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から土曜日
休 日	日曜日、祝日、12月31日から1月3日
営 業 時 間	午前8時45分から午後5時00分

豪雪、台風などの天災、感染症発生時などは、職員及び利用者の安全確保のため、営業を休止する場合があります。

3 提供するサービスの内容

要介護状態となった場合においても、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ます。

4 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下さい。

(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。居宅サービス計画及

び訪問リハビリテーション計画に沿ったサービスを提供し、その実施状況及び評価について、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) 他医療機関の医師から情報提供を行って訪問リハビリを提供する場合、情報提供に係る主治医の診察と、情報提供を受けた訪問リハビリテーション事業所の医師の診察が3月毎必要です。主治医からの情報提供書作成には、診療情報提供所料が発生します。また、受診が行われない場合、リハビリテーションの指示書の発行ができないため、その間のリハビリテーション実施は出来ません。あらかじめご了承ください。
- (5) 医師の指示により、リハビリテーションを実施するのに危険性が高いと判断される場合は中止させていただく場合があります。
- (6) 利用者の都合によりサービスをキャンセルする場合、キャンセル料として1回の訪問につき500円を請求させていただきます。但し、病状の急変などやむを得ない事情がある場合、又は利用日の午前8時45分までに連絡があった場合は対象外となります。
- (7) 通常の事業の実施地域を越えてサービスを提供する場合、それに要した交通費に関する請求は行いません。
- (8) 事業所は、利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。また、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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。
- (9) サービスを利用するにあたり、以下の禁止行為を定めています。
 - ①職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
 - ②職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
 - ③職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求など性的嫌がらせ行為）
- (10) 事業者は、職員の心身に危害が生じ、又は生ずる恐れがある場合であって、その危害の発生または再発を防止することが著しく困難となり、利用者に対して介護サービスの提供が困難となった場合は、相当な期間の経過後介護サービス契約を解約することができます。
- (11) このことにより、契約を解約する場合、事業者は介護支援事業所または区市町村と連絡を取り、利用者の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業所等の紹介、その他必要な措置を講じます。

5 利用者負担金

介護保険の適用になる利用者（要支援または要介護認定を受けられる方）は、下記利用料金の1割から3割をお支払いいただきます（消費税は課税されません）。

但し、介護保険の給付の範囲を超えた分につきましては、下記利用料金の10割の全額自己負担となります。

＜介護保険＞ 当事業所の地域は1単位につき11.10単位が乗算されます

【訪問リハビリテーション基本料金】

要介護1～5の方

利用時間	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
20分	308単位	3418円	341円	683円	1025円
40分	616単位	6837円	683円	1367円	2051円
60分	924単位	10256円	1025円	2051円	3076円

要支援1～2

利用時間	基本単位	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
20分	298単位	3307円	330円	661円	992円
40分	596単位	6615円	661円	1323円	1984円
60分	894単位	9923円	992円	1984円	2977円

【その他加算内容】

・サービス提供体制強化加算Ⅰ（1回につき6単位）

サービスを提供する理学療法士等のうち、勤続7年以上のものが1人以上いる場合

10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
66円	6円	13円	19円

・サービス提供体制強化加算Ⅱ（1回につき3単位）

サービスを提供する理学療法士等のうち、勤続3年以上のものが1人以上いる場合

10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
33円	3円	6円	9円

・移行支援加算（1日につき17単位）

以下基準に適合すること

- ① 評価対象期間において、サービスの提供を終了した者のうち、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型通所介護、通所事業その他社会参加に資する取り組みを実施した者の占める割合が100分の5を超えている。
- ② 評価対象期間中にサービスの終了日から14日以降44日以内に、当事業所の理学療法士等が終了者に対して、指定通所介護等の実施状況について確認し、記録してい

る。

③ 12 月を事業所の利用者平均利用月数で除して得た数が 100 分の 25 以上である。

④ 終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、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と提供する。

10 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
188 円	18 円	37 円	56 円

・リハビリテーションマネジメント加算（イ）（1 月あたり 180 単位）

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す。また、構成員と情報を共有し、その内容を記録に残す。リハビリテーション計画について、作製に関与した理学療法士等が利用者またはその家族に対して説明し、同意を得ると共に医師に報告する。

10 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
1998 円	199 円	399 円	599 円

・リハビリテーションマネジメント加算（ロ）（1 月あたり 213 単位）

リハビリテーションマネジメント加算（イ）の要件に加え、訪問リハビリテーション計画等の内容に関するデータを、厚生労働省に提出し、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。

10 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
2364 円	236 円	472 円	709 円

・医師が利用者又はその家族に説明し、同意を得た場合

（上記リハビリテーションマネジメント加算に加え 270 単位 追加）

10 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
2997 円	299 円	599 円	899 円

・退院時共同指導加算（当該退院につき 1 回限り 600 単位）

事業所の医師又は理学療法士等が、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、初回の訪問リハビリテーションを行った場合

10 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
6660 円	666 円	1332 円	1998 円

・認知症短期集中リハビリテーション実施加算

（1 日あたり 240 単位／1 週間に 2 回を限度）

医師が認知症と診断し、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方に対して、理学療法士等が退院（所）日又は訪問開始日から 3 ヶ月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合

10 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
2664 円	266 円	532 円	799 円

・短期集中リハビリテーション加算 （１日につき２００単位）

＜要介護＞

退院（所）日又は認定を受けた日から３月以内に、１週につき概ね２日以上、１日あたり２０分以上実施

＜要介護＞

退院（所）日又は認定を受けた日から３月以内に、１週につき概ね２日以上、１日あたり２０分以上実施

10 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
2220 円	222 円	444 円	666 円

・口腔連携強化加算 （１回につき５０単位／１月に１回限り算定）

事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施し、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対し、評価の結果を情報提供した場合

10 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
555 円	55 円	111 円	166 円

【その他減算項目】

・訪問リハビリテーション診療未実施減算 （１回につき△５０単位減算）

事業所の医師が利用者の診察を行っていない場合

※但し、入院中の医療機関の医師からの情報提供のもと、リハビリテーションを提供した場合は１ヶ月に限り減算適用外

10 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
－555 円	－55 円	－111 円	－166 円

・（要支援者のみ対象）利用開始月から１２ヶ月を超えた場合

（下記要件を満たさない場合は△３０単位減算）

- ① ３月に１回以上、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情報を構成員と共有。会議の内容を記録すると共に、リハビリテーションの計画を見直す。
- ② リハビリテーション計画書等の内容の情報を厚生労働省に提出し、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。

10 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
－333 円	－33 円	－66 円	－99 円

6 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) 利用者は連帯保証人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。
- (2) 利用者の連帯保証人は、利用者が本契約上、当事業者に対して負担する一切の責務を極度額30万円の範囲で、利用者と連帯して支払う責任を負います。

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します。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて翌月15日までに利用者または連帯保証人にお届けします。 *利用者及び連帯保証人は、連帯して当事業所に対し、当該合計額を翌月末日までに下記いずれかの方法で支払うものとします。
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	ア 下記のいずれかの方法によりお支払いとなります。 (ア)銀行機関による自動払込み (イ)現金支払い イ 支払いの確認が済み次第、領収書を発送します。 (医療費控除の還付請求の際に必要なことがありますので、各自必ず保管して下さい)

7 個人情報の保護について

- (1) 職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことはありません。
- (2) 業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持します。
- (3) 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家族の個人情報をを用いることはありません。
- (4) 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）

8 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へ連絡します。

・主治医

医 療 機 関	
主 治 医 名	
電 話 番 号	
備 考	

・家族等連絡先

氏 名	(続柄：)
電 話 番 号	
備 考	

氏名及び続柄、住所、電話番号（自宅、勤務先及び携帯）

9 訪問リハビリテーション開始時のリスクについて

訪問リハビリテーションの実施にあたり、リハビリ中の安全な対応を心掛けておりますが、利用者の身体状況や疾患により、下記の様な危険性が伴います。

- ①歩行練習中の転倒、ベッドや車椅子への移乗動作練習中の転倒等による事故の恐れがあります。
- ②高齢者の骨はもろい為、関節運動等の通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ③高齢者の皮膚は薄く、車椅子に擦ってしまう等のわずかな摩擦で皮膚剥離が出来やすい状態にあります。
- ④高齢者の血管はもろく、ベッド柵にぶつける等の少しの衝撃で皮下出血が出来やすい状態にあります。

利用者の全身状態が急に悪化した際はかかりつけ医に連絡し、必要に応じて救急搬送を行う事があります。

10 事故発生時の対応方法について

- ① 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、区市町村、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。
- ② 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。
- ③ 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、その完結の日から2年間保存します。

1 1 虐待防止

- ① 虐待防止担当者 小林孝道、高梨仁美
- ② サービス提供中に、要介護者または介護者（家族・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、速やかにこれを区市町村に通報します。
- ③ 利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から区への虐待提出について適切な対応を行い、管轄の地域包括支援センターと連携を図ります。

1 2 各種相談及び苦情、ハラスメントに関する窓口

(1) 各種相談及び苦情、ハラスメント処理の体制及び手順

ア 利用者及びその家族からの相談及び苦情、職員からのハラスメント等に対応す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 指定訪問リハビリテーションに係る利用者からの相談及び苦情、職員のハラスメント等の事案に対し、迅速に対応します。

(2) 各種相談及び苦情、ハラスメントに関する窓口

訪問リハビリテーション事業所	所在地： 東京都足立区六木 4－9－1 0 電話番号： 03 - 5673 - 1020 受付時間： 8：45～12：30、13：30～17：00 担 当： 小林 孝道、高梨 仁美
足立区介護保険課	所在地： 足立区中央本町一丁目 17 番 1 号 電話番号： 03-3880-5887
東京都国民健康保険団体連合会	所在地： 千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政 会館 11 階 電話番号： 03-6238-0177

前項の相談、苦情の内容について記録し、その完結日から 2 年間保存します。

以上の内容について、「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（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 条及び第 91 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

年 月 日

事業所 住 所 東京都足立区六木 4-9-10
事業所名 介護老人保健施設 イルアカーサ
訪問リハビリテーション

説 明 者 _____

上記内容の説明を事業者から確かに受け、了承しました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

連帯保証人

住 所 _____

氏 名 _____（続柄： _____）

代理人（選任した場合）

住 所 _____

氏 名 _____（続柄： _____）

訪問リハビリテーション契約における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

事業者が、介護保険法及び医療保険に関する法令に従い、私の訪問リハビリテーションサービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

2. 使用にあたっての条件

① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容(例示)

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ・ その他の情報

※ 「個人情報」とは、利用者及び家族個人に関する情報であって、特定の個人が識別される、又は識別され得るものをいいます。

社会医療法人慈生会

介護老人保健施設 イルアカーサ 訪問リハビリテーション 殿

年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

家族

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代理人（選任した場合）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

個人情報保護方針（プライバシーポリシー）の変更通知書

社会医療法人慈生会 介護老人保健施設イルアカーサ 訪問リハビリテーションが定める個人情報保護方針(プライバシーポリシー)に関して、私本人及び家族は、この度個人情報の利用について、情報の（開示・利用停止）を希望します。

以下の署名・捺印をもって、社会医療法人慈生会 介護老人保健施設イルアカーサ 訪問リハビリテーションに（開示・利用停止）を要求します。

社会医療法人慈生会

介護老人保健施設 イルアカーサ 訪問リハビリテーション 殿

年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

家族

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代理人（選任した場合）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

＜医療保険での利用料金について＞

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（１単位：２０分）

- １． 同一建物居住者以外の場合 （３００点）
- ２． 同一建物居住者の場合 （２５５点）

※在宅患者訪問リハビリテーション自動管理に要した交通費は、利用者の負担となります。

＜介護保険以外の料金について＞

・キャンセル料 （訪問１回につき５００円）

利用者様の都合によりサービスをキャンセルする場合にご請求させていただきます。

- ① 病状の急変などやむを得ない事情がある場合は除く
- ② 利用日の午前８時４５分までに連絡があった場合は除く

・交通費（介護保険対象）

実施区域を越えた訪問に関する交通費は請求致しません

介護保険給付の範囲を超えたサービス利用料金は全額自己負担になる場合がございます。

【本契約書第１０条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(ふりがな) (続柄)
・住 所	〒
・電話番号	