

## 訪問リハビリテーション重要事項説明書

あなた（又はあなたのご家族）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（指定介護予防訪問リハビリテーション）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ご説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。

《この「重要事項説明書」は、厚生省令に基づき、契約締結に際して、ご注意くださいたいことを説明するものです》

### 1. 事業者の概要

事業者名称	公益社団法人 信和会		
代表者氏名	理事長 小林 充		
本部所在地	京都市左京区田中飛鳥井町89 京都民医連あすかい病院内 電話 075-712-9111 FAX075-712-9118（介護事業部）		
法人設立年月日	1955年1月12日		
介護事業所数 （予防を含む）	介護予防支援 1ヶ所 訪問看護 3ヶ所	居宅介護支援 4ヶ所 居宅療養管理指導 6ヶ所	通所リハビリテーション 5ヶ所 通所介護 1ヶ所 訪問リハビリテーション 2ヶ所 短期入所療養介護 1ヶ所 介護医療院 1ヶ所

### 2. 事業所の概要

#### （1）事業所の所在地等

事業所名	公益社団法人信和会 京都民医連あすかい病院 訪問リハビリテーション
所在地	〒606-8226 京都市左京区田中飛鳥井町89番地
管理者（院長）	中川 裕美子
介護保険指定番号	京都府指定 2610601342
訪問を実施する地域	京都市左京区内で当院より4km範囲内
連絡先（9：00～17：00）	電話 075-712-9091 FAX 075-701-9183

#### （2）職員体制

職種	常勤	業務内容	計
管理者	1名	従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。	1名
管理者代行（理学療法士）	1名	管理者の命を受け、従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。	1名
理学療法士	5名	医師の指示のもと、訪問リハビリテーション計画を作成するとともに、利用者に対して理学療法・作業療法・言語聴覚療法その他必要なりハビリテーションを行う。	5名
作業療法士	1名		1名
言語聴覚士	1名		1名

#### （3）営業時間

平日	午前8時45分～午後5時15分
土曜・日曜・祝日	休業（12月29日～1月3日は年末年始休業）

### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態または要支援状態となった利用者が全人的復権を理念として理学療法、作業療法、言語聴覚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、単なる機能回復訓練のみならず潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものであり、自立した生活への支援を通じて、利用者の生活機能の改善と悪化の防止又は尊厳ある自己実現に寄与することを目的とします。
運営の方針	利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止または要介護状態と陥ることなく自立した日常生活を営むことができるよう支援すること、並びに介護する者の負担軽減に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。

4. 利用料及び支払い方法について \*令和6年6月1日より以下に変更 (利用料は1割負担の金額が記載されていますが「介護保険負担割合証」に準じた負担金となります)

基本サービス費・加算単位数/訪問リハビリテーション		(1単位=10.55円)
訪問リハビリテーション費	約 325 円/回 (308 単位/回)	1回につき20分以上のリハビリを行った場合、算定。週6回まで算定可。退院・退所後3ヶ月間は週12回算定可。
介護予防 訪問リハビリテーション費	約 314 円/回 (298 単位/回)	1回につき20分以上のリハビリを行った場合、算定。週6回まで算定可。退院・退所後3ヶ月間は週12回算定可。
訪問リハ計画診療未実施減算	約 53 円/回減算 (50 単位/回減算)	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っていない場合に減算される。
サービス提供体制強化加算 (I)	約 7 円/回 (6 単位/回)	7年以上の経験者が在籍している場合算定可。
退院時共同指導加算	約 633 円/月 (600 単位/月)	入院中の利用者の退院にあたって退院前カンファレンスに参加して情報を共有したうえで在宅での訪問リハビリテーション計画に反映させることで初回の訪問リハビリテーション実施時に限り1回算定可。
短期集中リハビリ実施加算	約 211 円/日 (200 単位/日)	退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に1週に概ね2回以上、20分以上/回行った場合算定。利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなかった場合でも算定可。
認知症短期集中 リハビリ実施加算	約 253 円/日 (240 単位/日)	医師に認知症と診断され、リハビリテーションにより生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、退院(所)または訪問開始日から3月以内の期間に1週に2日を限度として算定可。
リハビリテーション マネジメント加算イ	約 189 円/月 (180 単位/月)	訪問リハビリテーション計画の見直しを行っていること。リハビリテーション会議を開催し利用者の状況等に関する情報をケアマネージャ、他サービスの担当者などと共有すること。訪問リハビリテーション計画をリハビリテーション専門職が説明し、利用者の同意を得ること。3ヶ月に1回以上リハビリテーション会議を開催し状態の変化に応じリハビリテーション計画を見直ししていること。家族や指定居宅サービス事業所の従業者と訪問し、必要な指導および助言を行うことで算定可。
リハビリテーション マネジメント加算ロ	約 225 円/月 (213 単位/月)	上記リハビリテーションマネジメント加算イに加え、訪問リハビリテーションに関するデータを厚生労働省に提出していること。
* 医師の説明による加算	約 285 円/月 (270 単位/月)	上記リハビリテーションマネジメント加算に加え、訪問リハビリテーション計画を医師が説明し利用者・家族の同意を得ること。
口腔連携強化加算	約 53 円/月 (50 単位/月)	訪問リハビリ従業者が口腔の健康状態を評価し、利用者の同意を得て歯科医療機関及びケアマネージャに対して情報提供を行うことで算定可。
移行支援加算	約 18 円/日 (17 単位/日)	訪問リハビリテーションにより社会参加を維持できる他のサービス等に移行している利用者の割合が5%以上いた事業所に対して算定可。
介護予防12ヶ月継続減算	約 32 円/回減算 (30 単位/回減算)	利用開始日の属する月から12ヶ月以上継続して介護予防訪問リハビリテーション費を算定している利用者に対する減算。

その他の料金

リハビリテーション実施にともなう訓練・材料費、外出訓練時の交通費	実費	
キャンセル料	500 円 (1回につき)	通常の実施地域を越えて行う場合の交通費 500 円 (1回につき)

お支払い方法について

原則、口座振り替えとなります。(現金でのお支払いをご希望の方はお申し出下さい)

毎月10日以降に前月分の請求書を発行します。その翌月の12日(日祝の場合翌営業日)に指定口座より振り替えさせていただきます。引落確認の後、領収書を発行いたします。

## 5. 苦情申立窓口

### (1) 当事業所の相談・苦情担当者

訪問リハビリテーションに関する相談・要望・苦情等については、下記担当者までお申し出下さい。

相談窓口	利用時間	連絡先
京都市民医連あすかい病院 担当者 田伐 康孝	月～金 9:00～17:00 土 9:00～13:00	電話 075-712-9091 F A X 075-701-9183

(2) 上記以外に、保険者である市町村の相談・苦情窓口や、京都府国民健康保険団体連合会の苦情処理窓口、法人本部に苦情を伝えることができます。

相談窓口	利用時間	連絡先	相談窓口	利用時間	連絡先
公益社団法人信和会 介護事業部	月～金 9:00～17:00 土 9:00～13:00	電話 075-712-9111 F A X 075-712-9118			
京都市左京区役所・健康長寿推進課	月～金 9:00～17:00	電話 075-702-1071	京都市中京区役所・健康長寿推進課	月～金 9:00～17:00	電話 075-812-2544
京都市東山区役所・健康長寿推進課	同上	電話 075-561-9128	京都市上京区役所・健康長寿推進課	同上	電話 075-441-2872
京都府国民健康保険団体連合	同上	電話 075-354-9090	京都府健康福祉部 介護福祉事業課	同上	電話 075-414-4672

## 6. 秘密保持及び個人情報保護について

事業者及びその従業員は、正当な理由がない限りご利用者に対するサービスの提供にあたって知り得たご利用者またはご利用者家族の秘密について、従業員の退職後も含め、それを保持いたします。ご利用者に医療上の必要がある場合やその他正当な理由がある場合には、ご利用者又はご利用者家族からの同意を得た上で、個人情報の提供を行います。個人情報使用目的は、サービス提供・介護保険事務・管理運営業務等限定し、詳細は別紙文書「当事業所は利用者さんの個人情報保護に取り組んでいます」に記載する内容とします。

## 7. 事故発生時の対応・損害賠償

万一事故が発生した場合は、マニュアルに従い速やかに対処し、ご利用者家族、かかりつけ医、ご利用者の保険者である京都市に連絡します。また事業所管理者と法人介護事業部へ報告を行い、再発防止に努めます。事業者は、事故を防止するための不断の努力を行うと共に、万一の事故に備え「賠償責任保険」に加入します。

## 8. 虐待防止に関する事項

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

担当者：在宅リハビリテーション課長

## 9. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じるものとする。

- (1) 事業者は従業員に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- (2) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

## 10. 衛生管理等

事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- (3) 事業所において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

### 11. 就業環境の確保

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場や就業場所において行われる性的な言動又は優越的関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業員の就業環境を害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

### 12. 緊急時の対応

ご利用者の体調悪化等緊急時には、事業所の医師に連絡をとり、医師の指示に従います。緊急連絡先、かかりつけ医等へ連絡を行います。

緊急連絡先	お名前	電話番号
かかりつけ医	氏名・医療機関	電話
	所在地	

以上の記載内容につき変更が生じた場合は、「変更一覧表」に変更内容を記載し、利用者と事業者の双方の合意をもって、記名・押印をし、本書に添付することとします。事業者は変更内容につき「重要事項説明書」の該当箇所を利用者に十分説明するものとする。

年 月 日 当事業者は、事業内容及び重要事項の説明を行い、交付しました。

事業者  
事業者 公益社団法人 信和会  
事業所 京都民医連あすかい病院  
事業所番号 2610601342  
住所 京都市左京区田中飛鳥井町89番地  
代表者名 管理者 中川 裕美子

説明者 職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日 私は、本書に基づいて事業内容及び重要事項の説明を受け同意し、受領しました。

利用者  
住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

\*代筆の場合下記参照

利用者が手指の障がいなどで文字が書けない等の場合、欄外に、署名を代行の旨・続柄・氏名を付記することで差し支えない。(契約関係上、事業者は代筆不可)

(例) 上記署名は、京都 花子(妻)が代行しました。

代理人 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (利用者との続柄 \_\_\_\_\_)  
(選任した場合)

# 重要事項説明書「変更一覧表」

〈第 回変更〉本契約を次の通り変更します。

変更項目	変更内容	
	変更前	
	変更後	加
変更年月日		

以上の記載内容を説明し、交付しました。

私は、本書に基づいて、訪問リハビリテーションの内容及び重要事項の説明を受け同意し、受領しました。

年 月 日  
事業者 事業者 公益社団法人 信和会  
事業所 京都民医連あすかい病院  
事業所番号 2610601342  
住所 京都市左京区田中飛鳥井町89番地  
代表者名 管理者 中川 裕美子

年 月 日  
利用者 住所  
氏名

\* 代筆の場合下記参照

説明者 職名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

利用者が手指の障がいなどで文字が書けない等の場合、欄外に、署名を代行の旨・続柄・氏名を付記することで差し支えない。(契約関係上、事業者は代筆不可)(例)上記署名は、京都 花子(妻)が代行しました。

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
(選任した場合)  
氏名 \_\_\_\_\_ (利用者との続柄 \_\_\_\_\_)